

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. W
USIA 24 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 38-39 MINGGU
DENGAN DENGAN KPD DI UPT
PUSKESMAS CIBATU**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

**ANGGITA
KHGB22039**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**

2025

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

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

Garut, 11 juni 2025

Yang membuat pernyataan

Materai Rp. 10.000

(ANGGITA)
KHGB22039

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LAPORAN TUGAS AKHIR

**JUDUL :ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. W
USIA 24 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 38-39 MINGGU
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD)**

NAMA : ANGGITA

NIM : KHGB22039

Laporan Tugas Akhir ini telah Disetujui Untuk Disidangkan Dihadapan Tim
Penela'ah Program Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa
Husada Garut

Garut, 11 Juni 2025

**Menyetujui,
Pembimbing**

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

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. W USIA 24
TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 38-39 MINGGU DENGAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD)**

NAMA : ANGGITA

NIM : KHGB22039

Laporan Tugas Akhir Ini Telah disidangkan Dihadapan Tim Pembimbing dan Tim
Penela'ah Program Studi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut
Garut, 11 Juni 2025

**Menyetujui,
Pembimbing**

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

Penela'ah I

Penela'ah II

(Bdn.Desy Syswianti, S.ST.,M.Kes)

(Bdn.Dian Fitriyani,S.ST.,M.Keb)

**Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII Kebidanan**

(Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang Maha Pengasih dan Penyayang karena atas rahmat dan karunia-Nya telah memberi kemudahan dan kekuatan kepada penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini tepat pada waktunya. Shalawat dan salam semoga senantiasa tercurah limpahkan kepada teladan kita Nabi Muhammad SAW. Laporan tugas akhir ini berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. W USIA 24 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 38-39 MINGGU DENGAN KPD DI UPT PUSKESMAS CIBATU.”**

Adapun tujuan pembuatan tugas akhir ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan akhir Diploma 3 Kebidanan. Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan dikarenakan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, sehingga penulis mengalami hambatan, tantangan, dan kesulitan. Namun atas segala bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, penulis mampu menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan baik. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, SE., M.Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M. Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.

4. Ibu Lina Humaeroh, S.ST., M. Kes Selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut
5. Ibu Bdn.Naning Suryani,S.ST.,M.Keb Selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan.
6. Ibu Bdn.Desy Syswianti, S.ST.,M.Kes Selaku Penguji 1 yang telah menguji dan membimbing
7. Ibu Bdn.Dian Fitriyani,S.ST.,M.Keb Selaku Penguji 2 yang telah menguji dan membimbing
8. Seluruh dosen, staf pengajar, dan tata usaha di STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali berbagai ilmu yang bermanfaat.
9. Kepada seluruh Bidan yang juga selalu memberikan dukungan serta membantu penulis dalam bentuk moral dan materi, serta memberikan ilmu dan bimbingannya kepada penulis.
10. Kepada Ny. W yang telah bersedia menjadi pasien, dan sudah dapat bekerja sama dengan baik kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
11. Kepada Superhero, panutanku dan Pintu Surgaku Ibu Dewi Karwati, Terimakasih sudah berjuang untuk kehidupan penulis, beliau tidak henti hentinya memberi kasih sayang dengan penuh cinta dan selalu memberikan dukungan, motivasi serta do'a yang dipanjatkan selama ini sehingga penulis mampu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
12. Kepada kakak saya Trisna, Terimakasih telah bersedia dan selalu mendukung penulis, sehingga dapat melaksanakan kuliah sampai saat ini

serta dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, tidak henti hentinya penulis mengucapkan terimakasih.

13. Kepada diri sendiri Anggita terimakasih karena sudah bertahan dan berjuang berbagai situasi yang pernah terjadi untuk mengerjakan Laporan Tugas Akhir ini, setiap pencapaian kecil yang saya dapatkan saya beri apresiasi dan untuk kegagalan yang telah dilalui akan saya jadikan sebagai pembelajaran diri.
14. Kepada seseorang sebagai partner spesial saya yang tak kalah penting kehadirannya, terima kasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis serta memberikan dukungan dalam bentuk materi, waktu dan tenaga untuk membantu proses mengerjakan Laporan Tugas Akhir ini dan terima kasih telah menjadi rumah dalam hal yang menemani, mendukung ataupun menghibur dalam kesedihan, mendengar keluh kesah, memberikan semangat untuk pantang menyerah.
15. Kepada Sahabat saya Frida Febrianti Agnia Guntari, Desi kania, Syakila Nur fatwa dan teman-teman seperjuangan saya rekan mahasiswi Program Studi D3 Kebidanan Karsa Husada Garut yang sudah berjuang bersama mengerjakan Laporan Tugas Akhir ini.
16. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan laporan ini penulis masih banyak kekurangan. Oleh karena ini penulis mengharapkan saran dan masukan untuk penyempurnaan laporan ini. Akhir kata, penulis berharap laporan ini dapat bermanfaat bagi penulis, institusi dan pembaca

DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	
LAPORAN TUGAS AKHIR.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	
LAPORAN TUGAS AKHIR.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penulisan.....	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
1.5 Metode Penelitian	4
1.6 Tempat dan Waktu Pengkajian.....	5
1.6.1. Tempat Pengkajian	5
1.6.2. Waktu Pengkajian.....	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
2.1 Persalinan	6
2.1.1 Definisi Persalinan	6
2.1.2 Tanda Gejala Persalinan	6
2.1.3 Jenis Persalinan	7
2.1.4 Tahapan Persalinan.....	8
2.1.5 Tujuan Asuhan Persalinan.....	10

2.2	Ketuban Pecah Dini (KPD)	11
2.2.1	Definisi Ketuban Pecah Dini (KPD)	11
2.2.2	Etiologi Ketuban Pecah Dini (KPD)	12
2.2.3	Tanda Gejala Ketuban Pecah Dini (KPD).....	13
2.2.4	Faktor Terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD).....	14
2.2.5	Komplikasi Ketuban Pecah Dini (KPD)	17
2.2.6	Diagnosa Ketuban Pecah Dini (KPD)	18
2.2.7	Prinsip Ketuban Pecah Dini (KPD).....	20
2.2.8	Penanganan Ketuban Pecah Dini (KPD)	21
2.2.9	Penanganan Bidan dalam Kasus Ketuban Pecah Dini (KPD).....	22
2.2.10	Pemeriksaan Ketuban Pecah Dini (KPD)	22
2.3	Kewenangan Bidan dalam Kasus Ketuban Pecah Dini (KPD).....	23
2.3.1	Peran Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Ibu	25
BAB III TINJAUAN KASUS		29
ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. W USIA 24 TAHUN		
G1P0A0 GRAVIDA 38-39 MINGGU DENGAN DENGAN KPD DI UPT		
PUSKESMAS CIBATU.....		29
3.1	Data Subyektif	29
3.2	Data Obyektif	32
3.3	Analisa.....	35
3.4	Penatalaksanaan.....	35
CATATAN PERKEMBANGAN KALA I FASE LATEN		36
CATATAN PERKEMBANGAN KALA I FASE AKTIF		38
CATATAN PERKEMBANGAN KALA II.....		40
CATATAN PERKEMBANGAN KALA III		42
CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV		44
BAB IV PEMBAHASAN		61
4.1	Data Subyektif	61
4.2	Data Obyektif	63
4.3	Analisa.....	64
4.4	Penatalaksanaan.....	64
4.5	Pendokumentasian	69
BAB V PENUTUP		70

5.1	Kesimpulan.....	70
5.2	Saran	71
DAFTAR PUSTAKA		72
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Matriks	27
-------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN

ANC	: Antenatal Care
APN	: Asahan Persalinan Normal
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TBJ	: Taksiran Berat Janin
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
DJJ	: Detak Jantung Janin
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMD	: Inisiasi Menyusun Dini
LILA	: Lingkar Lengan Atas
IMT	: Indeks Masa Tubu
TBBJ	: Taksiran Berat Badan Janin
UPT	: Unit Pelaksana Teknis
WHO	: World Health Organization
AKI	: Angka Kematian Ibu
SOAP	: Subjective (subjektif), Objective (objektif), Assessment (penilaian), dan Plan (rencana)
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
TBC	: Tuberkulosis
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
PPROM	: Preterm Premature Rupture Of Membrane

USG	: Ultrasonografi
KPD	: Ketuban Pecah Dini
PH	: Potential of hydrogen
DM	: Diabetes Melitus
KB	: Keluarga Berencana
TAK	: Tidak ada keluhan
HBSAG	: Hepatitis B Surface Antigen
TTV	: Tanda Tanda Vital
BPM	: Bidan praktik mandiri
OUE	: Orifisium Uteri Eksternum
KPSW	: Ketuban pecah sebelum waktunya
LEA	: Leukosit Esterase

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Ketuban Pecah Dini	74
Lampiran 2 Lembar Bimbingan LTA	78
Lampiran 3 Lembar Bimbingan Revisi LTA.....	79

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Rate* (MMR) merupakan sejumlah kematian akibat dari proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan yang dijadikan indikator derajat kesehatan perempuan. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu target global Sustainable Development Goals (SDGs) dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Wijayanti, 2023).

Menurut *World Health Organization* (WHO) angka kejadian KPD di dunia pada tahun 2017 sebanyak 50-60% (Wulandari, 2019), Berdasarkan data di Indonesia sebanyak 65%, terjadinya ketuban pecah dini terjadi pada tahun 2020 angka kejadian ketuban pecah dini di Jawa Barat sebanyak 230 kasus dari 4834 (4,75%) kebanyakan kasus kematian ibu disebabkan pada saat persalinan juga masa nifas (Wulandari, 2019).

Dalam proses persalinan terdapat komplikasi yang mengakibatkan kematian ibu yaitu perdarahan 60%, infeksi 25%, Gestosis 10%, penyebab lain 5%. Infeksi yang banyak dialami oleh Sebagian besar merupakan akibat dari adanya komplikasi/penyakit kehamilan, seperti koromaniotitis, infeksi saluran kemih, sebanyak 65% adalah karena Ketuban Pecah Dini (KPD) yang banyak menimbulkan infeksi pada ibu dan bayi (Jannah, 2018).

Menurut Kementrian Kesehatan Indonesia mencatat, jumlah kematian ibu di Indonesia sebanyak 4.627 jiwa pada tahun 2020. Jumlah tersebut 12 meningkat 8,92% dari tahun sebelumnya yang sebanyak 4.197 jiwa. Berdasarkan provinsi, sebanyak 745 ibu yang meninggal dunia berada di Jawa Barat pada tahun lalu. Proporsinya mencapai 16,1% dari kota kematian ibu di tanah air (Kemenkes, 2020). Berdasarkan data kesehatan Kabupaten Garut angka kematian ibu (AKI) di Kabupaten Garut sebanyak 59 kasus pada tahun 2022, turun sekitar 47.52% dibandingkan tahun 2021 yang sebanyak 112 kasus (Garut, 2022). Berdasarkan studi pendahuluan, kejadian Ketuban Pecah Dini di UPT puskesmas cibatu 12 kasus Tahun 2024 Ketuban Pecah Dini.

Bidan merupakan salah satu tenaga Kesehatan yang berperan sangat penting dalam pelayanan kebidanan di tengah masyarakat. Dalam rangka membantu menurunkan AKI dan AKB, maka bidan diuntut untuk dapat melakukan pengawasan pada seorang wanita hamil secara menyeluruh dan bermutu sehingga komplikasi dapat ditemukan sedini mungkin. Untuk itu bidan dalam menjalankan fungsinya diuntut untuk mampu mendeteksi dini 3 tanda gejala komplikasi pada kehamilan, dan memberikan pertolongan persalinan yang bersih dan aman, memberikan pertolongan kegawatdaruratan dalam kebidanan salah satunya penanganan pada ibu dengan kasus Ketuban Pecah Dini (KPD) sesuai dengan kewenangannya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka lapoaran karya ilmiah akhir ini adalah “Bagaimana Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. W Usia 24 tahun G1P0A0 Dengan Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Cibatu?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan persalinan pada Ny.W 24 Tahun G1P0A0 Gravida 38-39 Minggu Inpartu dengan Ketuban Pecah Dini di UPT Puskesmas Cibatu.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. W Usia 24 Tahun G1P0A0 dengan dengan ketuban pecah dini di UPT Puskesmas Cibatu.
- 2) Melakukan Pengkajian data Objektif pada Ny. w usia 24 tahun G1P0A0 dengan dengan ketuban pecah dini di UPT Puskesmas Cibatu.
- 3) Menegakan analisa pada Ny. W usia 24 tahun G1P0A0 dengan dengan ketuban pecah dini di UPT Puskesmas Cibatu.
- 4) Melakukan penatalaksanaan pada Ny. W usia 24 tahun G1P0A0 dengan ketuban pecah dini di UPT Puskesmas Cibatu.
- 5) Melakukan pendokumentasian pada Ny. W usia 24 tahun G1P0A0 dengan ketuban pecah dini di UPT Puskesmas Cibatu.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai sarana Laporan Tugas Akhir bagi penulis untuk mengaplikasikan teori yang diperoleh selama perkuliahan dalam rangka menambah wawasan khususnya asuhan kebidanan, mempelajari kesenjangan yang terjadi dilapangan terutama dalam penanganan Ketuban Pecah Dini.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil asuhan kebidanan ini akan dijadikan referensi bagi mahasiswa dalam meningkatkan proses pembelajaran dan data dasar untuk Karya Tulis Ilmiah selanjutnya. Menjadi bahan untuk melakukan evaluasi dalam pelayanan, penegakan diagnosa dan pendokumentasian ini dan Agar pasien mengetahui dan memahami tentang komplikasi persalinan serta masalah pada persalinan sehingga timbul kesadaran bagi klien untuk memperhatikan kehamilannya.

1.5 Metode Penelitian

Asuhan kebidanan ini disusun dalam bentuk studi kasus yang didapat berdasarkan keadaan dan situasi yang nyata dan bertujuan pada pemecahan masalah dengan teknik pengumpulan data primer dan sekunder. Dimulai dengan mencari informasi dan buku-buku yang terkait dengan penanganan kasus kebidanan. Data diambil berdasarkan tanya jawab langsung tentang masalah yang diangkat dan juga melakukan observasi terhadap klien, selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi, palpasi,

auskultasi, dan perkusi. Tahap akhir adalah studi dokumentasi yaitu dengan cara melihat catatan medik dan data penunjang yang ada di dalam status klien.

1.6 Tempat dan Waktu Pengkajian

1.6.1. Tempat Pengkajian

Pengkajian Asuhan kebidanan ini dilakukan di Ruang Poned Puskesmas Cibatu.

1.6.2. Waktu Pengkajian

Waktu Pengkajian dilakukan pada hari Selasa 24 Februari 2025.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Persalinan

2.1.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar, persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir, persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 Minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Jannah, 2018).

Menurut *World Health Organization* (WHO) Persalinan normal adalah persalinan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung secara spontan dengan lama persalinan dalam batas normal, beresiko rendah sejak awal persalinan hingga partus dengan massa gestasi 37-42 minggu. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNK-KR, 2017).

2.1.2 Tanda Gejala Persalinan

Menurut (Suparyanto, 2020) tanda dan gejala persalinan yaitu sebagai berikut :

1) Tanda Inpartu

Penipisan serta adanya pembukaan serviks, kontraksi uterus yang menyebabkan berubahnya serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), keluar cairan lendir yang bercampur darah melalui vagina.

2) Tanda persalinan

Ibu merasa ingin meneran atau menahan nafas bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada bagian rektum dan vagina, perineum mulai menonjol, vagina dan sfingter ani mulai membuka, pengeluaran lendir bercampur darah semakin meningkat.

2.1.3 Jenis Persalinan

1) Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu :

- a) Persalinan Spontan, Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir.
- b) Persalinan Buatan, Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi porsep atau dilakukan operasi *sectio caesaria*.
- c) Persalinan Anjuran, Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban karena pemberian *prostaglandine*.

2) Berdasarkan umur kehamilan dan berat badan bayi, yaitu :

- a) Abortus, pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram sampai 999 gram.
- b) Partus Premature, pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 22 minggu dan 37 minggu berat badan bayi antara 1000 gram sampai 2499 gram.
- c) Partus Maturnus, pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 37 minggu dan 42 minggu dengan berat badan bayi antara 2500 gram sampai 4000 gram.
- d) Partus Postmaturnus (Serotinus), pengeluaran buah kehamilan dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu.

2.1.4 Tahapan Persalinan

1) Fase Persalinan Kala 1

Menurut Girsang beberapa jam terakhir dalam kehamilan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir normal. Persalinan kala 1 disebut juga sebagai proses pembukaan yang dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap 10 cm (Girsang, 2017).

Menurut (Sari, 2019), Kala 1 persalinan terdiri dari 2 fase, yaitu sebagai berikut :

- a) Fase Laten, terjadi ketika serviks melebar 0-3 cm, kontraksi uterus pada fase ini tidak teratur dan singkat, hanya berlangsung 20-40

detik. Fase laten berlangsung sekitar 6-18 jam pada primipara, dan 2-10 jam pada multipara.

- b) Fase Aktif, terjadi ketika serviks melebar 4-10 cm. Kontraksi uterus pada fase ini terjadi setiap 5-8 menit, durasi kontraksi 45-60 detik, dan intensitasnya sedang sampai dengan kuat. Fase aktif berlangsung 3 jam pada primipara dan 2 jam pada multipara.

2) Fase persalinan kala II

Kala II disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga bayi lahir. Proses ini berlangsung selama kurang lebih 2 jam pada ibu primigravida dan kurang lebih 1 jam pada ibu multigravida. Adapun tanda dan gejala yang muncul pada kala dua adalah sebagai berikut:

- a) Kontraksi semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- b) Menjelang akhir kala satu, ketuban akan pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak dan tidak bisa dikontrol.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan yang dideteksi lengkap dengan diikuti rasa ingin mengejan.
- d) Kontraksi dan mengejan akan membuat kepala bayi terdorong menuju jalan lahir, sehingga kepala mulai muncul pada jalan lahir, subocciput akan bertindak sebagai hipomoklion, kemudian bayi lahir secara berurutan dari ubun-ubun besar, dahi, hidung, muka, dan seluruhnya.

3) Fase persalinan kala III

Kala III sering juga disebut dengan melahirkannya plasenta.

Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) Uterus menjadi bundar
- b) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- c) Tali pusat bertambah Panjang
- d) Adanya semburan darah secara tiba-tiba
- e) Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu kurang lebih 6-15 menit setelah bayi lahir.

4) Fase persalinan kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu dilakukan dengan melakukan pemantauan pada kala IV yaitu lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus baik dan kuat, evaluasi tinggi fundus uteri, memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan, periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum, evaluasi keadaan ibu, dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV di bagian belakang partograph, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

2.1.5 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang

bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Prawirohardjo, 2013).

2.2 Ketuban Pecah Dini (KPD)

2.2.1 Definisi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini (KPD) yaitu ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) sering disebut dengan *premature rupture of the membrane* (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan preterm. Pada keadaan ini dimana resiko infeksi ibu dan anak meningkat. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam masalah obsetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi (Astuti, 2023).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum terjadi tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu, sedangkan kurang 36 minggu tidak terlalu banyak (Manuaba, 2018).

Ketuban pecah dini adalah kondisi saat kantung ketuban pecah lebih awal sebelum proses persalinan atau ketika usia kandungan belum mencapai 37 minggu. Kondisi tersebut dapat menyebabkan komplikasi dan membahayakan nyawa ibu dan janin. Ketuban pecah dini berkaitan dengan

penyulit yang berdampak buruk terhadap kesehatan dan kesejahteraan maternal maupun terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin Intrauterin, sehingga hal tersebut dapat meningkatkan masalah kesehatan. Ketuban pecah dini biasanya ditandai dengan keluarnya cairan berupa air melalui vagina setelah umur kehamilan berusia 22 minggu dan dikatakan ketuban pecah dini apabila terjadi sebelum proses persalinan (Nuraeni, 2023).

Jadi dapat disimpulkan bahwa persalinan dengan KDP adalah proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir, yang disebabkan karena adanya cairan yang keluar dari jalan lahir ibu sebelum terdapat tanda tanda persalinan (Yulianti, 2020).

2.2.2 Etiologi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Menurut (Handayani, 2017). Penyebab ketuban pecah dini antara lain :

- 1) Serviks inkompeten (penipisan serviks) yaitu kelainan pada serviks uteri dimana kanalis servikalis selalu terbuka.
- 2) Ketegangan uterus yang berlebihan, misalnya pada kehamilan ganda dan hidroamnion karena adanya peningkatan tekanan pada kulit ketuban diatas ostium uteri internum pada serviks atau peningkatan intra uterin secara mendadak.
- 3) Faktor keturunan (ion Cu serum rendah, vitamin C rendah, kelainan genetik).
- 4) Kelainan letak janin dalam Rahim, misalnya dalam letak sungsang dan letak lintang, karena tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas

panggul yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah. Kemungkinan kesempitan panggul, perut gantung, sepalopelvik, disproporsi.

- 5) Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenden dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.
- 6) Status Hubungan Seksual. Hubungan seksual saat hamil tetap dianjurkan bagi wanita hamil pada umumnya asalkan saja mereka dapat mengontrol atau mengendalikan dirinya untuk tidak berkontraksi. Keseringan melakukan hubungan seksual dapat frekuensi melebihi 3 kali dalam seminggu ternyata lebih beresiko, posisi koitus suami diatas dan menekan dinding perut, penetrasi penis yang sangat dalam merupakan factor resiko terjadinya ketuban pecah dini.

2.2.3 Tanda Gejala Ketuban Pecah Dini (KPD)

- 1) Mengalirnya cairan dari vagina, air ketuban semburan darah/bersih ditegaskan dengan pemeriksaan kertas *nitrazine positive* (biru gelap)
- 2) Kemungkinan pembesaran serviks dengan kemungkinan janin turun atau gugur jika kelahiran *preterm* segera terjadi
- 3) Terdapat tanda tanda infeksi (demam, bau badan tidak enak, takikardia)
- 4) Kelahiran *preterm* berlangsung dengan *preterm premature rupture of membrane* (PPROM) (Johnson, 2014).

2.2.4 Faktor Terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD)

Beberapa faktor resiko yang mempengaruhi terjadi ketuban pecah dini adalah:

1) Usia ibu

Ibu dengan usia <20 tahun mempunyai risiko lebih tinggi terjadi KPD. Hal ini dikarenakan organ reproduksinya belum bekerja dengan baik termasuk jalan lahir wanita yang belum optimal untuk bekerja secara sempurna. Sedangkan wanita dengan usia di atas 35 tahun akan mengalami penurunan fungsi organ yang berarti mempunyai potensi lebih besar untuk terkena penyakit *degenerative* seperti tensi yang tinggi, gangguan pada sistem pembuluh darah, dan penyakit gula di mana beberapa penyakit ini (Susilowati, 2021).

2) Kehamilan Gemeli

Pada kehamilan gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan, menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil. Sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga dapat mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Astuti, 2021).

3) Paritas

Kehamilan yang terlalu sering disebut dengan multipara atau grademultipara mempengaruhi proses embriogenesis, selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya. Semakin banyak

paritas, semakin mudah terjadinya infeksi amnion karena rusaknya struktur serviks pada persalinan sebelumnya. KPD lebih sering terjadi pada multipara, karena penurunan fungsi reproduksi, berkurangnya jaringan ikat, vaskularisasi dan servik yang sudah membuka satu cm akibat persalinan yang lalu (Astuti, 2021).

4) Preterm

Pada ibu dengan usia kehamilan preterm adalah 28-36 minggu, pada trimester ke-3 selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim dan pembesaran janin. Hal ini dikarenakan pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks ekstraseluler amnion, korion, dan apoptosis membrane janin. Ketuban pecah dini pada kehamilan premature disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal misalnya infeksi yang menjalar dari vagina, polihidramnion, inkompeten serviks, solusio plasenta (Susilowati, 2021).

5) Infeksi Vagina/Serviks

Membran ketuban yang pecah dapat disebabkan oleh banyak hal, adapun salah satunya yaitu karena adanya bakteri anaerob yang tumbuh pada area vagina ibu. Hal ini bisa disebabkan oleh vulva hygiene ibu yang kurang baik sehingga bisa menimbulkan adanya infeksi ascendens, yaitu karena adanya perumbuhan bakteri patogen atau terjadi perubahan mikroba flora normal yang ada pada daerah vagina maupun servik ibu. Bakteri patogen ini nantinya akan merambat melalui vagina, kemudian

ke serviks ibu hingga nantinya masuk ke membran ketuban yang dapat menyebabkan penurunan fungsi pada membran ketuban. Serta dengan Serviks Inkompetensi. Inkompetensia serviks adalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal, trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi (Astuti, 2021).

6) Hubungan Seksual

Frekuensi *coitus* pada trimester III kehamilan yang lebih 3 kali dalam seminggu diyakini berperan dalam terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Hal ini berkaitan dengan kondisi orgasme yang memicu kontraksi rahim oleh karena adanya paparan terhadap hormon prostaglandin di dalam semen atau cairan sperma (Winkojosastro, 2017).

Trauma juga diyakini berkaitan dengan terjadinya ketuban pecah dini. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual saat hamil baik dari frekuensi yang lebih dari 3 kali seminggu dapat memicu terjadinya ketuban pecah dini (KPD) karena menyebabkan tekanan intra uterin mendadak meningkat (Nugroho, 2018).

Ibu hamil yang melakukan hubungan seksual dengan frekuensi berlebihan akan berisiko mengalami ketuban pecah dini karena sperma yang dihasilkan setiap kali berhubungan intim mengandung

prostaglandin sehingga akan terus merangsang kontraksi, dengan demikian semakin sering berhubungan intim maka akan semakin besar kontraksi yang ditimbulkan sehingga berakibat pecahnya ketuban sebelum waktunya (Suryoprajogo, 2018).

7) Perilaku Merokok

Menurut WHO (2013) kebiasaan merokok atau lingkungan dengan rokok yang intensitas tinggi dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil. Rokok mengandung lebih dari 2.500 zat kimia yang teridentifikasi termasuk karbon monoksida, amonia, aseton, sianida hidrogen, dan lain-lain. Paparan asap rokok mempengaruhi semua tahap reproduksi manusia yaitu peningkatan resiko untuk kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, solusio plasenta, plasenta previa, keguguran, lahir mati, lahir prematur, berat badan lahir rendah, kecil untuk usia kehamilan dan bawaan anomali seperti bibir sumbing (Astuti, 2021).

2.2.5 Komplikasi Ketuban Pecah Dini (KPD)

1) Bagi Ibu

- a) Infeksi dalam persalinan. Jika terjadi infeksi dan kontraksi ketuban pecah dini, dapat menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas.
- b) Infeksi puerperalis/masa nifas.
- c) Partus lama/dry labour
- d) Meningkatnya Tindakan operatif obstetric (khususnya SC).

2) Bagi Janin

- a) Prematurus, masalah yang dapat terjadi pada persalinan premature di antaranya adalah respiratory distress syndrome, hipotermia, gangguan makan neonates, retinopathy of prematurity, pendarahan *intraventricular*, *necrotizing enterocolitis*, gangguan otak (dan risiko *cerebral palsy*), *hyperbilirubinemia*, anemia, sepsis.
- b) Prolaps funiculi/penurunan tali pusat
- c) Hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi).
Mengakibatkan kompresi tali pusat, prolapse uteri, dry labour/partus lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, pendarahan intrakrantal, gagal ginjal, distress pernafasan.
- d) Sindrom deformitas janin Terjadi akibat oligohidramnion. Diantaranya terjadi hypoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat.
- e) Morbiditas dan mortalitas perinatal (Marmi, 2016).

2.2.6 Diagnosa Ketuban Pecah Dini (KPD)

1) Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna keluarnya cairan tersebut. His belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir darah. (Prawirohardjo, 2013).

2) Inspeksi

Pengamatan dengan mata biasa, akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas (Prawirohardjo, 2013).

3) Pemeriksaan dengan speculum

Pemeriksaan dengan spekulum pada KPD akan tampak keluar cairan dari *ostium uteri eksternum* (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan manuver valsava, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior.

4) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan Dalam Dengan pemeriksaan dalam akan didapatkan cairan dalam vagina dan selaput ketuban masih utuh atau sudah tidak ada lagi (Mufidah, 2019).

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium

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

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

d) Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG) Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun, sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion, walaupun pendekatan diagnosis KPD cukup banyak macam cara, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana (Mufidah, 2019).

Tentukan ada atau tidaknya infeksi Tanda-tanda infeksi diantaranya sebagai berikut:

- a) Suhu tubuh ibu lebih dari 38°C
- b) Air ketuban keruh dan berbau
- c) Pemeriksaan ketuban dengan LEA (*Leukosit Esterase*) Leukosit darah >15.000/mm
- d) Janin yang mengalami takikardi mungkin mengalami *distress intrauterine* (Prawirohardjo, 2013)

2.2.7 Prinsip Ketuban Pecah Dini (KPD)

- 1) Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung .
- 2) Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam *obstetric* berkaitan dengan penyakit kelahiran premature dan terjadi *corioamnionity* sampai sepsis yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu.

- 3) Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intra uterine atau oleh kedua faktor tersebut, berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina atau serviks (Prawirohardjo, 2013).

2.2.8 Penanganan Ketuban Pecah Dini (KPD)

- 1) Pastikan diagnosis.
- 2) Tentukan umur kehamilan.
- 3) Evaluasi ada tidaknya infeksi maternal maupun infeksi janin.
- 4) Apakah dalam keadaan inpartu, terdapat adanya kegawatan janin.
- 5) Riwayat keluarnya air ketuban berupa cairan jernih keluar dari vagina yang kadang-kadang disertai tanda-tanda lain dari persalinan.
- 6) Diagnosis ketuban pecah dini premature dengan inspekulo dilihat adanya cairan ketuban dari kavum uteri. Pemeriksaan pH vagina perempuan hamil 4,5 bila ada cairan ketuban pHnya sekitar 7,1 – 7,3. Antiseptic yang alkalin akan menaikkan pH vagina.
- 7) Dengan pemeriksaan *ultrasound* adanya ketuban pecah dini harus masuk rumah sakit untuk diperiksa lebih lanjut. Jika ada perawatan air ketuban berhenti keluar, pasien dapat pulang untuk rawat jalan. Bila terdapat persalinan dalam kala aktif, korioamnionitis, gawat janin, persalinan diterminasi. Bila ketuban pecah dini pada kehamilan premature, diperlukan penatalaksanaan yang komprehensif. Secara umum penatalaksanaan pasien ketuban pecah dini yang tidak dalam persalinan

serta tidak ada infeksi dan gawat janin, penatalaksanaannya bergantung pada usia kehamilan.

2.2.9 Penanganan Bidan dalam Kasus Ketuban Pecah Dini (KPD)

Pada umumnya lebih baik untuk membawa semua pasien dengan KPD ke rumah sakit dan melahirkan bayi yang berumur >37 minggu dalam 24 jam dari pecahnya ketuban untuk meminimalkan risiko infeksi intrauterine. Tindakan konservatif dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dan kebidanan diantaranya dalam pemberian antibiotik Penisilin atau Ampisilin. Batasi pemeriksaan secara ketat untuk mengurangi insidens korioamnionitis, terutama pada pasien yang memilih penatalaksanaan konservatif. Melibatkan pasien dalam proses pengambilan keputusan yaitu penatalaksanaan konservatif atau penatalaksanaan aktif (Kartika, 2019).

2.2.10 Pemeriksaan Ketuban Pecah Dini (KPD)

Berdasarkan penelitian (Putriliani, 2024) yang berjudul Hubungan antara pemeriksaan inspekulo dan lakmus kaitannya dalam diagnosis Ketuban Pecah Dini (KPD). Keduanya merupakan metode pemeriksaan non-invasif yang sering digunakan bersamaan untuk meningkatkan akurasi diagnosis. Berikut penjelasannya:

1) Pemeriksaan Inspekulo

Tujuan: Mengamati secara langsung cairan ketuban yang keluar dari serviks melalui vagina dengan bantuan spekulum.

Hasil Positif: Terlihat cairan bening di fornix posterior atau keluar dari ostium uteri eksternum.

Kelebihan: Dapat melihat langsung adanya cairan dan mengevaluasi kemungkinan infeksi (misalnya lendir bernanah).

2) Pemeriksaan Lakmus (Nitrazin Test)

Tujuan: Mengukur pH cairan vagina dengan kertas lakmus.

Prinsip: Air ketuban: pH 7,0–7,5 (basa)

Sekret vagina normal: pH 4,5–5,5 (asam)

Hasil Positif: Kertas lakmus berubah warna (biasanya dari oranye menjadi biru), menandakan cairan bersifat basa.

3) Hubungan Keduanya

Pemeriksaan inspekulo dapat mengonfirmasi visual adanya cairan ketuban, sementara lakmus memberikan konfirmasi kimiawi melalui pengukuran pH. Dilakukan secara bersamaan untuk meningkatkan akurasi diagnosis KPD. Jika hasil inspekulo meragukan (misalnya cairan sedikit atau tidak jelas), maka tes lakmus dapat membantu memperkuat diagnosis.

2.3 Kewenangan Bidan dalam Kasus Ketuban Pecah Dini (KPD)

Wewenang bidan diatur dalam Permenkes RI No. 28 tahun 2017 bagian kedua tercantum pada pasal 18 bahwa dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi serta keluarga berencana. Pasal 19 ayat (2) dan (3) Permenkes RI No. 28

tahun 2017 menjelaskan bahwa kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 18 diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

Pelayanan Kesehatan ibu meliputi :

- 1) Konseling pada masa sebelum hamil
- 2) Antenatal pada kehamilan normal
- 3) Persalinan normal
- 4) Pelayanan kesehatan ibu nifas normal
- 5) Pelayanan Kesehatan pada ibu menyusui
- 6) Konseling pada masa antara dua kehamilan

Kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan Kesehatan ibu dijelaskan pada pasal 19 ayat (3), bidan berwenang melakukan:

- 1) Episiotomi dan pertolongan persalinan normal
- 2) Penjahitan luka jalan lahir tingkat 1 dan 2
- 3) Memberikan penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan rujukan
- 4) Memberikan tablet tambah darah pada ibu hamil
- 5) Pemberian Vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
- 6) Memfasilitasi atau membimbing dalam inisiasi Menyusui Dini dan ASI

Ekstusif

- 7) Memberikan uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum
- 8) Memberikan penyuluhan dan konseling
- 9) Memberikan bimbingan pada kelompok ibu hamil, serta berwenang memberikan keterangan hamil dan kelahiran.

Bidan juga berwenangan memberikan pelayanan kesehatan anak yang dijelaskan pada pasal 20, meliputi;

- 1) Memberikan pelayanan neonatal esensial
- 2) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan
- 3) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah
- 4) Memberikan konseling dan penyuluhan .

Pasal 21 Pemenkes RI No. 28 tahun 2017 menjelaskan wewenang bidan dalam memberikan pelayanan Kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, Meliputi:

- 1) Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- 2) Pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntik.

Selain wewenang yang telah dijelaskan pada pasal 18, bidan juga memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan dan pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter.

2.3.1 Peran Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Ibu

Bidan berperan aktif dalam menggalakan penyebaran mengenai kesehatan serta membantu menangani ibu selama masa kehamilan hingga melahirkan. Bahkan ibu dengan ketuban pecah dini tidak terlepas dari pengawasan bidan. Peran bidan dalam menurunkan angka kematian ibu yang salah satunya disebabkan oleh ketuban pecah dini, yang mana jika tidak dilakukan dengan baik dan benar maka akan baik untuk kelangsungan

hidup ibu dan bayi. Oleh karena itu, bidan berperan dalam skrining awal dan juga penatalaksanaan persalinan dengan ketuban pecah dini (Suharyati, 2024).

Tabel 2.1 Matriks

NO	Masalah /Kasus	Pengertian	Penyebab		Planing/Intervensi		Evidence Based
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
1.	Ketuban Pecah Dini	Ketuban Pecah Dini(KPD) atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) sering disebut dengan premature reapture of the membrane (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada 6 primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan	1.Serviks inkompeten 2.Ketegangan uterus yang berlebihan 3.Faktor Keturunan 4.Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten. 5.Kelainan	Hubungan seksual ibu yang lebih dari 3x dalam 1 minggu	Penanganan KPD secara aktif :kehamilan>37 minggu induksi dengan oksitosin, bila gagal dilakukan sc. Dapat pula diberikan missoprostol intra vaginal tiap 6 jam maksimal 4x. Bila ada tanda tanda infeksi berikan anti biaotik dosis tinggi dan persalinan di akhiri. 1.Bila skor pelviks <5 lakukan pematangan serviks kemudian induksi, jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan sc.	1.Konsultasi dan kolaborasi dengan dokter 2.Pasang infus RL 3.Memberikan obat antibiotikcefitaxim Skintest (-) 4.Drip oksitosin 5IU dalam cairan RL 20 tpm 5. Membatasi pemeriksaan dalam 6.Observasi kemajuan persalinan 7.Melakukan penolongan persalinan	1.Usia kehamilan 24-30 minggu lebih baik di pertahankan dengan pemberian antibiotik profilakasis dengan kortikosteroid 2.Usia kehamilan>34 bila di pertahankan kehamilannya akan meninggalkan resiko korioamnionitis dan sepsis 3.Aktif pada kehamilan>37

		aterm maupun pada kehamilan preterm. Pada keadaan ini dimana risiko infeksi ibu dan anak meningkat. Ketuban pecah dini merubakan masalah penting dalam masalah obstetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi.(Purwaningtyas, 2017).	letak janin dalam rahim 6.Infeksi 7.Coitus saat kehamilan trimester III dengan frekuensi 3x seminggu Menurut (Manuaba, 2009		2.Bila skor >5 induksi persalinan, partus pervaginam (prawiroharjo,3013)		minggu lebih di pilih induksi awal dengan oksitosin dari pada menggunakan prostaglandin pervaginam karena dapat meningkatkan korioamnionitis dan infeksi neonatal (PNPK, 2026)
--	--	---	---	--	--	--	---

BAB III
TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. W USIA 24 TAHUN
G1P0A0 GRAVIDA 38-39 MINGGU DENGAN DENGAN KPD
DI UPT PUSKESMAS CIBATU

Tanggal Pengkajian : 24 Februari 2025
Tempat Pengkajian : Ruang Poned
Waktu Pengkajian : 07.00 WIB
Nama Pengkaji : Anggita

3.1 Data Subyektif

1) Identitas

Nama Ibu/Suami	: Ny. W	/	Tn.H
Umur	: 24 Tahun	/	23 Tahun
Suku	: Sunda	/	Sunda
Agama	: Islam	/	Islam
Pendidikan	: SMA	/	SMP
Pekerjaan	: IRT	/	Buruh
Alamat	: Kp. Negla 01/07 Ds.Cibatu		

2) Alasan Datang

Ibu mengaku hamil 9 bulan datang ke puskesmas ingin memeriksa kehamilannya.

3) Keluhan Utama

Ibu mengatakan keluar air-air dari jalan lahir berwarna jernih sejak jam 05.00 WIB ,belum ada lendir bercampur darah dan mengeluh mules tetapi tidak sering dan gerakan janin aktif masih bisa dirasakan.

4) Riwayat Menstruasi

Ibu mengaku pertama kali menstruasi pada usia 14 tahun dengan siklus 29 hari, lama menstruasi 5-7 hari, banyaknya darah ganti pembalut 3x sehari, tidak ada keluhan.

5) Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 29-05-24

TP : 05-02-25

Usia Kehamilan : 38-39 Minggu

- a) Kehamilan ini merupakan kehamilan yang pertama dan ibu tidak pernah keguguran.
- b) Ibu melakukan ANC secara rutin di BPM sebanyak 4x posyandu sebanyak 5x di puskesmas 3x dan 2x melakukan pemeriksaan USG.
- c) Selama kehamilan yang pertama ini ibu tidak menderita penyakit apapun. Ibu tidak mengkonsumsi obat-obatan atau jamu-jamuan kecuali obat yang diberikan oleh bidan.
- d) Ibu merasakan gerakan janin yang pertama saat usia kandungan 4 bulan dan gerakan janin aktif lebih dari 10 kali dalam 12 jam.
- e) Ibu tidak merokok, tidak mengkonsumsi obat-obatan terlarang dan tidak minum-minuman keras.

- f) Rencana persalinan ibu di Puskesmas, dengan pendamping persalinan adalah suami dan keluarga. Dan ibu juga sudah mempersiapkan alat alat yang dibutuhkan untuk bersalin contohnya seperti baju bayi, transportasi, dll

6) Riwayat Obstetri yang Lalu

Ibu mengatakan ini kehamilan yang Pertama, dan tidak pernah keguguran

7) Riwayat Kesehatan

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit berat, menular, menahun seperti DM, TBC, HIV/AIDS, asma, hipertensi, jantung. Ibu mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit berat, menular, menahun seperti DM, TBC, HIV/AIDS, asma, hipertensi, jantung.

8) Riwayat KB

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan kontrasepsi KB apapun.

9) Riwayat Psikososial

a) Riwayat Pernikahan

Ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suaminya, nikah pada usia 21 tahun dan suami usia 20 tahun.

b) Respon Keluarga

Suami dan keluarga senang atas kehamilannya dan kehamilan ini kehamilan yang di inginkan dan di tunggu-tunggu.

c) Pengambilan Keputusan

Ibu mengatakan yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah suami.

10) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu biasanya makan 2-3x sehari dengan menu bervariasi, tidak ada makanan yang dipantang, ibu minum kurang lebih 8-9 gelas per hari, jenis air putih dan kadang air teh manis, ibu mengatakan makan nasi dan sayur dalam porsi kecil.

b) Eliminasi

Eliminasi Pola eliminasinya : BAB 1x Sehari, BAK 6-8x sehari, BAB dan BAK tidak ada keluhan. Ibu mengatakan BAB terakhir kemarin sore, dan BAK terakhir sebelum ke rumah sakit.

c) Istirahat Ibu mengatakan istirahat malam kurang lebih 6 jam

d) Aktivitas Ibu hanya mengerjakan pekerjaan ringan

e) Personal Hygiene Mandi 2x sehari, keramas 3x seminggu

3.2 Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Keadaan emosional : Stabil

Kesadaran : *Composmentis*

2) Tanda Vital

TD : 120/80 mmHg

Nadi : 88 x/menit

Respirasi : 21 x/menit

Suhu : 36,6 °C

3) Antropometri

BB sebelum hamil	: 45 kg
BB sesudah hamil	: 57 kg
Kenaikan BB	: 12 Kg
TB	: 148 cm
LILA	: 25 cm
IMT	: 27,1 cm (<i>Overweight</i>)

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Warna rambut Hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak nyeri tekan
- b) Muka : Bersih, tidak oedema, tidak pucat.
- c) Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
- d) Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik
- e) Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik.
- f) Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat.
- g) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak nyeri tekan.
- h) Dada/payudara : Payudara simetris, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, kolostrum belum ada
- i) Abdomen
 - Inspeksi : Tidak ada luka bekas operasi
 - Palpasi : TFU : 30 cm
 - a) Leopold I : Di fundus teraba bagian bulat, lunak, tidak melenting (bokong).
 - b) Leopold II : Teraba bagian besar janin keras, datar, memanjang di sebelah kiri (punggung) dan bagian-bagian kecil di sebelah kanan.(PUKI)
 - c) Leopold III : Bagian terbawah janin teraba

keras, bulat, melenting (kepala) sudah bisa digoyangkan

d) Leopold IV : Sudah masuk PAP (Divergen)
perlimaan : 2/5

DJJ : 148x/menit/reguler

TBBJ : $(30-12) \times 155 = 2.790$ gram

j) Ekstremitas : Tangan simetris, kuku bersih, tidak pucat, tidak
atas oedema, jari lengkap

k) Ekstremitas : Kaki simetris, tidak oedema, kuku bersih dan tidak
bawah pucat, jari lengkap, tidak varices, refleks patella +

l) Genetalia : Pemeriksaan dalam:

Vulva/vagina : T.a.k

Portio : Tebal lunak

Pembukaan : 1 cm

Ketuban : Negatif

Presentasi : Kepala

Penurunan Kepala : Hodge II

5) Pemeriksaan Penunjang

HB : 11.4 gr/dl

Gol darah : B+

Protein urine : Negatif

Glukosa urine : Negatif

HIV/AIDS : Negatif

Sifilis : Negatif

HBsAg : Negatif

Tes Lakmus : (+)

3.3 Analisa

G1P0A0 Gravida 38-39 Minggu Kala 1 Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini.

3.4 Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : Ibu dan Keluarga mengetahuinya.

- 2) Mengobservasi keadaan umum ibu, TTV, DJJ, His dan kemajuan persalinan

Evaluasi : Hasil terlampir di status ibu

- 3) Menganjurkan Ibu untuk memenuhi nutrisinya seperti makan dan minum di sela-sela his

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia ,ibu meminum teh manis dan memakan roti

- 4) Memberikan ibu obat antibiotik

Evaluasi : Amoxilin tab 500gram

- 5) Menyiapkan partus set, dan perlengkapan lainnya

Evaluasi : Sudah disiapkan

- 6) Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Hasil terlampir distatus ibu

CATATAN PERKEMBANGAN KALA I FASE LATEN

Tanggal Pengkajian : 24 Februari 2025

Pukul : 10.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Poned

A. Data Subyektif

Ibu mengeluh mulesnya bertambah dan mulai sering.

B. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

Emosional : Stabil

2) Tanda-tanda vital

TD : 120/80 mmHg

Nadi : 84 x/menit

Respirasi : 21 x/menit

Suhu : 36,6 °C

3) Pemeriksaan Fisik

DJJ : 146 x/menit

HIS : 2x10'30"

PD : V/V t.a.k

Pembukaan : 3-4 cm

Portio : Tebal lunak

Ketuban : Negatif

Presentasi : Kepala

Hodge : III 2/5

C. Analisa

G1P0A0 inpartu 38-39 dengan kala 1 fase laten dengan Ketuban pecah dini janin tunggal hidup.

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bahwa ada sedikit kemajuan pembukaan

Evaluasi: Ibu dan keluarga mengerti dan mengetahui

- 2) Mengajarkan ibu teknik relaksasi

Evaluasi: Ibu bersedia melakukannya, tujuan anjuran teknik relaksasi ini agar mengurangi rasa nyeri dan tegang otot, menurunkan kecemasan stres, membantu ibu tetap fokus dan tenang, memperlancar proses persalinan, meningkatkan kerja sama ibu dalam proses persalinan

- 3) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum agar tidak kehilangan tenaga

Evaluasi: Ibu bersedia dan menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi berprotein seperti daging ayam, ikan, telur, sayuran, dan buah-buahan, agar membantu meningkatkan energi ibu saat persalinan

- 4) Menganjurkan ibu untuk mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu seperti miring kiri tetapi tidak dianjurkan untuk banyak gerak seperti jalan-jalan

Evaluasi: Ibu mengerti. Manfaat posisi miring kiri atau kanan untuk meningkatkan aliran darah ke janin, mengurangi risiko hipotensi supinasi jika ibu terlalu lama terlentang, berat rahim bisa menekan vena cava menyebabkan penurunan tekanan darah (hipotensi), meningkatkan kenyamanan ibu saat kontraksi semakin kuat, posisi miring kiri atau kanan bisa membantu mengurangi rasa tidak nyaman, membantu penyesuaian posisi janin.

- 5) Melakukan observasi kemajuan persalinan

Evaluasi: Observasi dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN KALA I FASE AKTIF

Tanggal Pengkajian : 24 Februari 2025

Pukul : 14.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Poned

A. Data Subyektif

Ibu mengatakan mulesnya semakin bertambah dan mulai teratur.

B. Data Objektif

1) Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

2) Tanda-tanda vital

TD : 120/80 mmHg

N : 89 x/m

R : 21 x/m

S : 36°C

3) Pemeriksaan Fisik

Auskultasi : DJJ 146 x/m teratur

HIS : 3x10'35"

Genetalia

Vulva vagina : t.a.k

Portio : Tebal lunak

Pembukaan : 5-6 cm

Ketuban : Negatif (-)

Presentasi : Kepala

Hodge : III 2/5

C. Analisa

G1P0A0 inpartu 38-39 dengan kala 1 fase aktif dengan Ketuban pecah dini janin tunggal hidup.

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan kepada ibu

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti.

- 2) Mengajarkan ibu untuk mengatur nafas dengan baik dan benar

Evaluasi : Ibu melakukan tarik nafas dari hidung keluar dari mulut

- 3) Mengajarkan ibu untuk mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu seperti miring kiri tetapi tidak dianjurkan untuk banyak gerak seperti jalan-jalan

Evaluasi: Ibu mengerti .Manfaat posisi miring kiri atau kanan untuk meningkatkan aliran darah ke janin, mengurangi risiko hipotensi supinasi jika ibu terlalu lama terlentang, berat rahim bisa menekan vena cava menyebabkan penurunan tekanan darah(hipotensi), meningkatkan kenyamanan ibu saat kontraksi semakin kuat, posisi miring kiri atau kanan bisa membantu mengurangi rasa tidak nyaman, membantu penyesuaian posisi janin.

- 4) Melakukan observasi kemajuan persalinan

Evaluasi : Dilakukan observasi kemajuan persalinan

CATATAN PERKEMBANGAN KALA II

Tanggal Pengkajian : 24 Februari 2025

Pukul : 18.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Poned

A. Data Subyektif

Ibu mengeluh mules semakin kuat dan merasa ingin BAB ada dorongan ingin mendedan.

B. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 89 x/menit

Respirasi : 21 x/menit

Suhu : 36,5 °C

His : 4x10'45"

DJJ : 147 x/menit (Reguler)

3) Pemeriksaan dalam

Vulva/vagina : T.a.k

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : Lengkap (10 cm)

Ketuban : Negatif

Presentasi : Kepala

Penurunan kepala : Hodge IV

C. Analisa

G1P0A0 parturien kala II Janin Tunggal Hidup dengan Ketuban Pecah Dini.

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan kepada ibu.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan juga mengetahui keadaanya.

- 2) Menganjurkan ibu untuk mengatur nafas pada saat persalinan.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang di sarankan.

- 3) Menganjurkan ibu untuk mengatur posisi yang nyaman.

Evaluasi : Ibu memilih posisi litotomi.

- 4) Membantu ibu mendedan saat kontraksi datang

Evaluasi : Kepala janin crowning.

- 5) Melakukan episiotomi saat kepala janin crowning

Evaluasi : Kepala tampak mentap di vulva saat kontraksi.

- 6) Bayi lahir pukul 18.30 WIB spontan langsung menangis, tonus otot kuat, kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan. BB: 2900 gr PB: 47cm LK: 31cm LD: 30cm LP: 29cm

- 7) Melakukan penatalaksanaan bayi baru lahir, mengeringkan bayi dengan segera kecuali muka dan telapak tangan.

Evaluasi : Sudah dilakukan dan memberikan bayi kepada ibunya.

8) Memfasilitasi IMD.

Evaluasi : IMD dilakukan dan berhasil, bayi sudah dipelukan ibu, ibu merasa senang.

CATATAN PERKEMBANGAN KALA III

Tanggal Pengkajian : 24 Februari 2025

Pukul : 18.35 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Poned

A. Data Subyektif

Ibu mengatakan merasa senang atas kelahiran bayinya , ibu masih merasa mules.

B. Data Obyektif

Keadaan Umum : Baik

TFU : Sepusat

kontraksi : Baik

palpasi : Tidak teraba janin kedua

kandung kemih : Kosong

Genetalia : Tampak tali pusat menjulur dan ada semburan darah

C. Analisa

P1A0 Inpartu Kala III

D. Penatalaksanaan

1) Memberitahu ibu tindakan yang akan dilakukan selanjutnya.

Evaluasi : Ibu memahami dan bersedia untuk tindakan selanjutnya.

- 2) Mengecek janin ke2.

Evaluasi : Pengecekan sudah dilakukan.

- 3) Menyuntikan oxytosin 10 IU secara IM, sudah disuntikan dalam 1 menit.

Evaluasi : Sudah dilakukan penyuntikan oxytosin.

- 4) Melakukan peregangan tali pusat terkendali, terdapat tanda pelepasan plasenta, tali pusat memanjang terdapat semburan darah dan uterus globular.

Evaluasi : Plasenta lahir spontan pukul 18.40 WIB

- 5) Melakukan masase uterus 15 kali dalam 15 detik.

Evaluasi : Sudah dilakukan masase, kontraksi baik, terdapat 20 kotiledon selaput utuh.

- 6) Mengeksplorasi jalan lahir untuk memastikan kembali tidak ada plasenta yang tertinggal.

Evaluasi : Telah dilakukan eksplorasi jalan lahir.

- 7) Mengecek kelengkapan plasenta.

Evaluasi : Sudah dilakukan pengecekan plasenta, plasenta lengkap

CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV

Tanggal Pengkajian : 24 Februari 2025

Pukul : 18.45 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Poned

A. Data Subyektif

Ibu mengatakan bahagia atas kelahiran anaknya dan ibu mengeluh lemas serta ada rasa mules.

B. Data Obyektif

1) Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

2) Tanda-tanda vital

TD : 110/80 mmHg

N : 88 x/m

R : 21 x/m

S : 36.7°C

3) Abdomen

TFU : 2 jari dibawah pusat.

4) Kontraksi uterus : Baik ,konsistensi keras

Kandung kemih : Kosong

5) Genetalia

Vulva/vagina tidak ada kelainan, terdapat luka laserasi diperineum derajat

2, pengeluaran darah pervaginam ± 50 cc.

C. Analisa

P1A0 Inpartu Kala IV.

D. Penatalaksanaan

- 1) Melakukan Anastesi dengan lidocain dan melakukan heacting.

Evaluasi : Lakukan inspeksi dan klasifikasi derajat luka, pemberian anastesi lidokain 1% sebelum menjahit luka, penjahitan luka jahit otot dan jaringan subkutan terlebih dahulu, kemudian kulit.

- 2) Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, tanda-tanda vital normal.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui hasil keadaannya.

- 3) Mengajarkan ibu dan keluarga untuk menilai kontraksi yaitu dengan masase uterus.

Evaluasi : Tujuan mengajarkan masase uterus untuk membantu uterus berkontraksi dengan baik, menurangi risiko pendarahan post partum, mempercepat involusi uterus (kembali rhim ke ukuran normal).

- 4) Melakukan pemantauan kala IV yaitu meliputi TTV, kontraksi uterus, jumlah pendarahan, kandung kemih pada 1 jam pertama setiap 15 menit sekali dan setiap 30 menit sekali pada jam kedua

Evaluasi : Terlampir dipatrograf

- 5) Memberitahu KIE tanda bahaya post partum (nifas).

Evaluasi : Ibu mengerti. Tanda bahaya yang harus ibu waspadai yaitu pendarahan banyak seperti mengganti pembalut 1 pembalut/jam berturut turut, atau keluar darah beku besar, rahim terasa lunak dan tidak mengecil

,demam tinggi $>38^{\circ}\text{C}$ bisa menandakan adanya infeksi nifas, nyeri perut hebat, keputihan berbau busuk tandanya ada infeksi pada jalan lahir, Nyeri payudara dan bengkak, luka perineum bengkak atau bernanah menandakan ada luka infeksi, tidak bisa BAK atau BAB terjadinya retensi urin atau konstipasi, pusing lemas ,jantung berdebar,tanda infeksi saluran kemih nyeri saat BAK.

- 6) Memberitahu ibu tentang asuhan yang dilakukan dirumah, untuk membersihkan jalan lahirnya dengan menggunakan air dingin yang mengalir dan juga bersih harus sampai kering menggunakan kain yang kering dan bersih, karena ibu mempunyai luka laserasi di perineum.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang disarankan.

ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS PADA NY. W USIA 24 TAHUN P1A0 POSTPARTUM 1 JAM FISIOLOGIS DI UPT PUSKESMAS CIBATU.

Tanggal Pengkajian : 24 Februari 2025

Pukul : 20.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang PONED

A. Data Subyektif

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan dan hanya merasa linu bekas jahitan.

B. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

Keadaan emosional : Stabil

2) Tanda Vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 88 x/m

Respirasi : 21 x/m

Suhu : 36,5°C

3) Pemeriksaan fisik

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : Bentuk simetris, tidak ada pembengkakan, puting menonjol, colostrum (+), tidak ada nyeri tekan.

Abdomen : Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong.

Genetalia : Tidak ada varises, tidak ada kelainan, terdapat luka jahitan, pengeluaran darah ± 40 cc

C. Analisa

Ny. W P1A0 Postpartum 1 jam Fisiologis.

D. Penatalaksanaan

1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu.

Evaluasi: Ibu mengerti

- 2) Mengobservasi keadaan umum ibu, TTV, TFU, kontraksi, perdarahan.

Evaluasi: dilakukan.

- 3) Memberitahukan bagaimana mengurangi rasa nyeri pada bekas robekan jalan lahir.

Evaluasi : ibu mengerti

- 4) Memberitahukan perawatan luka pada jahitannya.

Evaluasi: ibu mengerti

- 5) Memberitahukan nutrisi ibu pasca lahir.

Evaluasi : ibu mengerti.

- 6) Memberitahukan dan menjelaskan tanda dan bahaya ibu nifas.

Evaluasi: ibu mengerti.

- 7) Pencatatan dan pendokumentasian tindakan .

Evaluasi: Terlampir

**ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR
PADA BY.NY.W USIA 1 JAM FISIOLOGIS
DI UPT PUSKESMAS CIBATU**

Tanggal Pengkajian : 24 Februari 2025

Pukul : 20.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang PONED

A. Data Subyektif

Ibu mengatakan bayinya sudah menyusui.

B. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik
 Warna kulit : Kemerahan
 Tonus otot : Kuat

2) Tanda Vital

Nadi : 128x/menit
 Respirasi : 37x/menit
 Suhu : 36,6°C

3) Antropometri

BB : 2900 gram
 PB : 47 cm
 LK : 31 cm
 LD : 30 cm
 LP : 29 cm

4) Pemeriksaan fisik

- a) Kepala : Keadaan ubun-ubun lunak, berdenyut, tidak ada molase, tidak ada caput succedaneum.
- b) Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera bersih
- c) Hidung : Bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung
- d) Mulut : Labio skizis tidak ada, refleks Rooting ada, refleks Sucking ada, refleks Swallowing ada.

- e) Leher : Tidak ada pembengkakan di daerah leher, refleks tonic neck ada.
- f) Dada : Bentuk dada simetris, keadaan puting susu simetris, tidak ada retraksi dinding dada.
- g) Bahu, lengan : Gerakan bahu, lengan dan tangan simetris jumlah jari tangan kanan dan kiri lengkap, gerakan aktif.
- h) System saraf : Refleks moro ada.
- i) Abdomen : Tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat, bentuk abdomen normal.
- j) Genetalia : Labia mayora menutupi labia minora
- k) Tungkai, kaki : Keadaan tungkai dan kaki simetris, gerakan aktif, jumlah jari kaki kanan dan kiri normal, refleks babinski ada.
- l) Punggung : Tidak ada cekungan dan tonjolan reflek galant ada.
- m) Anus : Lubang anus ada.
- n) Kulit : Verniks ada, warna kulit kemerahan.

C. Analisa

Bayi Ny.W umur 1 jam Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan fisiologis

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu.

Evaluasi: Ibu mengerti

- 2) Keringkan bayi dan jaga kehangatan bayi.

Evaluasi: bayi dalam keadaan hangat.

- 3) Memberikan suntikan vit K 1 dengan dosis (1 mg) salep mata 1 jam segera setelah lahir.

Evaluasi: dilakukan, memberikan vit K dipaha kiri secara IM.

- 4) Memberitahu ibu bahwa bayinya akan dilakukan imunisasi HBO.

Evaluasi : dilakukan , memberikan HBO dipaha kanan secara IM.

- 5) Lanjutkan pemantauan observasi TTV bayi.

Evaluasi: dilakukan.

**ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS
PADA NY. W USIA 24 TAHUN P1A0 POSTPARTUM 2 JAM
FISIOLOGIS DI UPT PUSKESMAS CIBATU.**

Tanggal Pengkajian : 24 Februari 2025

Pukul : 22.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang PONED

A. Data Subyektif

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan dan hanya merasa linu bekas jahitan.

B. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

Keadaan emosional : Stabil

2) Tanda – tanda Vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 89 x/m

Respirasi : 20 x/m

Suhu : 36,5°C

3) Pemeriksaan fisik

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : Bentuk simetris, tidak ada pembengkakan, puting menonjol, colostrum (+) , tidak ada nyeri tekan.

Abdomen : Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong.

Genetalia : Tidak ada varises, tidak ada kelainan, terdapat luka jahitan, pengeluaran darah ± 40 cc

C. Analisa

Ny.W P1A0 Postpartum 2 jam Fisiologis.

D. Penatalaksanaan

1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu.

Evaluasi: Ibu mengerti

2) Mengobservasi keadaan umum ibu, TTV, TFU, kontraksi, perdarahan.

Evaluasi: TTV dalam batas normal.keadaan umum baik

3) Memberitahukan perawatan luka pada jahitannya.

Evaluasi: Membersihkan luka jahitan dengan air dingin dan dilap menggunakan handuk bersih dan kering

- 4) Memberitahukan nutrisi ibu pasca lahir.

Evaluasi : Makan makanan yang bergizi dan berprotein seperti sayuran, buah buahan dan daging

- 5) Pencatatan dan pendokumentasian tindakan .

Evaluasi: Terlampir

**ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR
PADA BY.NY.W USIA 2 JAM FISIOLOGIS
DI UPT PUSKESMAS CIBATU**

Tanggal Pengkajian : 24 Februari 2025

Pukul : 22.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang PONED

A. Data Subyektif

Ibu mengatakan bayinya sudah BAB,BAK dan sudah bisa menyusui dengan adekuat.

B. Data Obyektif

- 1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

- 2) TTV

Nadi : 128 x/menit

Respirasi : 37 x/menit

Suhu : 36,6°C

C. Analisa

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 2 jam.

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu.

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

- 2) Menjaga kehangatan bayi

Evaluasi : bayi di dekat ibu dan bayi dalam keadaan hangat

- 3) Bayi sudah bisa menyusui dan bayi sudah BAB BAK.

Evaluasi : Menyusui sudah adekuat dan BAB BAK sudah

- 4) Melakukan lanjutan observasi keadaan umum dan TTV

Evaluasi : Dilakukan

ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS PADA NY. W USIA 24 TAHUN P1A0 POSTPARTUM 12 JAM FISIOLOGIS DI UPT PUSKESMAS CIBATU.

Tanggal Pengkajian : 25 Februari 2025

Pukul : 09.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang PONED

A. Data Subyektif

Ibu mengatakan saat ini hanya merasa linu bekas jahitan.

B. Data Obyektif

- 1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

Keadaan Emosional : Stabil

2) TTV

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 89 x/menit

Respirasi : 21 x/menit

Suhu : 36,5°C

3) Pemeriksaan fisik

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, puting menonjol, asi sudah keluar

Abdomen : Kontraksi uterus baik, Tfu 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong

Genetalia : Tidak ada benjolan, terdapat luka bekas jahitan, tidak ada kemerahan pada luka, terdapat darah berwarna merah segar (lochea rubra)

C. Analisa

Ny. W P1A0 Postpartum 12 jam Fisiologis.

D. Penatalaksanaan

1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu

Evaluasi : Ibu mengetahui

- 2) Memberitahu ibu bahwa keadaan umum ibu dan TTV ibu dalam batas normal

Evaluasi : Ibu mengerti

- 3) Memberitahu ibu kebutuhan nutrisi pasca persalinan.

Evaluasi : Dianjurkan makanan yang mengandung protein tinggi dan bergizi seperti buah-buahan, dada ayam, ikan, telur, nasi merah, kacang-kacangan

- 4) Memberitahu ibu dan keluarga pemberian asi eksklusif

Evaluasi : apabila bayi tidur lebih dari 2 jam bangunkan untuk disusui, susui bayi dengan posisi yang benar bayi yang mendekat ke payudara

- 5) Memberitahu ibu perawatan payudara.

Evaluasi : Menjaga kebersihan pada payudara harus sering dibersihkan, melakukan pijatan pada payudara dengan hangatkan tangan lalu pijat pada bagian luar kearah puting drngan gerakan memutar biasanya dilakukan 2-3 kali sehari

- 6) Memberitahu ibu perawatan luka jahitan.

Evaluasi : Mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat luka ,bersihkan area perineum setiap kali setelah BAK dan BAB dengan air dingindan bersih ,keringkan dengan menepuk jangan digosok menggunakan kain atau tisu bersih.

7) Memberitahu ibu pemenuhan nutrisi setelah melahirkan

Evaluasi : Makan makanan mengandung karbo,protein vit seperti nasi merah,kentang,ubi,rotigandum,daging tanpa lemak,ikan,telur ,dan buah buahan

8) Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi

Evaluasi : Demam atau terlalu dingin suhu diatas 37,5 dan suhu dibawah 36,5, nafas cepat atau sesak,warna kulit kuning,muntah,tidak BAB selama 48 jam,tali pusat berdarah atau bernanah

9) Memberitahu ibu tanda bahaya pada ibu.

Evaluasi : pendarahan berlebih, demam tinggi, nyeri perut hebat atau terus menerus, luka bekas jahitan memerah bengkak berbau,payudara nyeri bengkak kemerahan,keluaran cairan/keputihan bau busuk dari jalan lahir,sakit kepala hebat.

10) Menjadwalkan kontrol ulang

Evaluasi : Jumat Tanggal 28 Februari 2025

11) Pendokumentasian.

**ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR
PADA BY.NY.W USIA 12 JAM FISILOGIS
DI UPT PUSKESMAS CIBATU**

Tanggal Pengkajian : 25 Februari 2025

Pukul : 09.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang PONED

A. Data Subyektif

Ibu mengatakan bayinya sudah BAB,BAK dan sudah bisa menyusui dengan adekuat.

B. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

2) TTV

Nadi : 129 x/menit

Respirasi : 37 x/menit

Suhu : 36,5°C

C. Analisa

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 12 jam fisiologis.

D. Penatalaksanaan

1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu.

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2) Menjaga kehangatan bayi

Evaluasi : bayi di dekat ibu dan bayi dalam keadaan hangat

- 3) Bayi sudah bisa menyusui dan bayi sudah BAB BAK.

Evaluasi : Menyusui sudah adekuat dan BAB BAK sudah

- 4) Penkes kepada ibu tentang Asi Eksklusif

Evaluasi : Susui bayi secara on demend (Sesering mungkin, setiap bayi ingin dan apabila bayi tidur lebih dari 2 jam segera bangunkan dan susui.

- 5) Memberitahu ibu posisi menyusui.

Evaluasi : Posisi ibu duduk atau berbaring dengan nyaman ,gunakan bantal untuk menyangga lengan dan punggung jika perlu ,posisikan payudara dengan mulut bayi ,posisi pada bayi perut menghadap ke perut ibu ,kepada bayi sedikit menengadah ,hidung bayi sejajar dengan puting ibu

- 6) Memeberitahu ibu cara memandikan bayi.

Evaluasi : Menggunakan air hangat,pastikan airnya tidak terlalu panas cek dengan tangan atau siku,jika sudah mandi bayi harus dijemur

- 7) Memberitahu untuk menjaga kebersihan dan pencegahan infeksi

Evaluasi : Cuci tangan sebelum menyentuh bayi, perawatan tali pusat(harus kering,bersih,tidak ditutup kain atau kasa)

- 8) Memberitahu tanda bahaya pada bayi

Evaluasi : Warna kulit kebiruan,warna kulit kuning seluruh badan,tidak BAB/BAK selama 48 jam,demam,hipotermia,kejang,nafas cepat.

- 9) Memberitahu ibu bahwa imunisasi yang telah diberikan di puskesmas adalah Hepatitis B O (HB-O) dan Vitamin K.

Evaluasi : HBO dan Vitamin K sudah diberikan

- 10) Memberitahu ibu kunjungan imunisasi selanjutnya yaitu BCG pada usia 1 bulan, DPT-HB-Hib 1 polio 1 rotavirus 1 dan pcv 1 pada usia 2 bulan, DPT-HB-Hib 2 polio 2 rotavirus 2 pada usia 3 bulan, DPT-HB-Hib 3 polio 3 rotavirus 3 pada usia 4 bulan, Influenza 1 PCV 3 pada usia 6 bulan, MR (Measles-Rubella 1) dan Japanese encephalitis (JE) 1 pada usia 9 bulan, PCV Varisela 1 hepatitis a pada usia 12 bulan.

Evaluasi : Ibu mengerti dan memahaminya

- 11) Menjadwalkan kunjungan ulang bayi.

Evaluasi : terlampir

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas tentang kesenjangan antara teori dan hasil tinjauan kasus penatalaksanaan asuhan pada Ny.W dengan persalinan ketuban pecah dini di Puskesmas Cibatu pada tanggal 24 Februari 2025. Untuk memudahkan pembahasan berdasarkan langkah-langkah asuhan kebidanan yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

4.1 Data Subyektif

Pasien datang ke puskesmas pada hari senin tanggal 24 Februari 2025 pukul 07.00 WIB, setelah itu dilakukan anamnesa yang didapatkan pada Ny.W umur 24 Tahun G1P0A0 hamil 8 bulan, dengan HPHT 29 Mei 2024 TP 05-03-2025 pada kehamilan ini merupakan kehamilan aterm yang berlangsung pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir. Ibu mengeluh keluar cairan lumayan banyak dari jalan lahir, cairan yang keluar berwarna jernih dan berbau amis. Hal ini sesuai teori bahwa tanda dan gejala terjadinya KPD yaitu dengan tanda inpartu atau pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan (Prawirohardjo, 2013).

Sedangkan menurut (Manuaba, 2018), Ketuban Pecah Dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Apabila terjadinya sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut dengan Ketuban Pecah Dini

kehamilan premature. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Manuaba, 2018).

Menurut penelitian (Ikrawanty, 2019), Ada beberapa faktor yang mengalami Ketuban pecah dini (KPD) yaitu usia kehamilan, paritas, umur ibu, pekerjaan dimana usia kehamilan merupakan 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari pertama haid terakhir. Kehamilan aterm atau kehamilan ≥ 37 minggu sebanyak 8-10% ibu hamil akan mengalami KPD, dan sebanyak 1% kejadian KPD pada ibu hamil preterm < 37 minggu. Pada sebagian besar ibu bersalin dengan KPD yaitu antara umur kehamilan 37 minggu. Saat mendekati persalinan terjadi peningkatan matrix metalloproteinase yang cenderung menyebabkan KPD dan pada trimester akhir akan menyebabkan selaput ketuban mudah pecah dikarenakan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin (Ikrawanty, 2019).

Hasil anamnesis lainnya, Kehamilan pada usia muda ($< 20-22$ tahun) sering terjadi penyulit/komplikasi bagi ibu maupun janin. Karena disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, dimana rahim belum bisa menahan kehamilan dengan baik sehingga selaput ketuban belum matang dan mudah mengalami robekan sehingga dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini (Ayu, 2019).

Pada 1-2 hari yang lalu ibu mengaku biasa melakukan hubungan seksual lebih dari 3x dalam seminggu hampir rutin dengan suaminya. Hal ini sesuai teori bahwa keseringan melakukan hubungan seksual dengan frekuensi

melebihi 3x dalam seminggu ternyata lebih berisiko terjadinya Ketuban Pecah Dini (Handayani, 2017).

4.2 Data Obyektif

Berdasarkan hasil pengkajian secara objektif yaitu melakukan pemeriksaan keadaan umum ibu dalam keadaan baik, kesadaran compos mentis, TTV normal, pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan pada ibu. Hal ini sesuai dengan teori (Walyani, 2017).

Melakukan test lakmus hal ini sesuai dengan teori (Mufidah, 2019). Dengan melakukan pemeriksaan tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas merah berubah menjadi biru menunjukkan bahwa adanya air ketuban (alkalis). PH air ketuban (alkalis). PH air ketuban 7-7,5 darah dan inveksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu. Dapat disimpulkan bahwa dalam tindakan pemeriksaan tes lakmus antara teori dan praktik tidak terdapat kesenjangan.

Pemeriksaan leopard dan pemeriksaan dalam. Leopard I teraba bulat, lunak dan tidak melenting, leopard II teraba keras memanjang seperti papan disebelah kiri dan teraba bagian kecil disebelah kanan, leopard III bagian bawah teraba bulat, keras, melenting, leopard IV bagian bawah sudah masuk pintu atas panggul (PAP) 1/5 bagian divergen, denyut jantung janin 145x/menit belum ada his. Pemeriksaan dalam terdapat v/v tidak ada kelainan, portio teraba, pembukaan 1cm, ketuban (-) pasien mengatakan keluaran air-air pukul 05.00 WIB, penurunan kepala di hodge I, hal ini sesuai dengan teori bahwa, ketuban pecah dini merupakan salah satu penyulit dalam kehamilan

dan persalinan yang berperan dalam meningkatkan kesakitan dan kematian maternal perinatal yang dapat disebabkan oleh adanya infeksi, yaitu dimana selaput ketuban yang menjadi penghalang masuknya bakteri, penyebab infeksi sudah tidak ada sehingga dapat membahayakan bagi ibu dan janinnya (Wilda, 2020).

4.3 Analisa

Berdasarkan data tersebut Ny. W usia 24 tahun G1P0A0 di diagnosa Ketuban Pecah Dini (KPD). Dapat disimpulkan bahwa kondisi pasien memerlukan penanganan cepat dan tepat untuk mencegah risiko infeksi pada ibu maupun janin. Dari data subjektif dan objektif, ditemukan bahwa tanda-tanda vital ibu dalam batas normal, denyut jantung janin masih baik, namun terdapat peningkatan risiko infeksi akibat lamanya selang waktu sejak ketuban pecah. Asuhan yang diberikan telah sesuai standar, meliputi observasi ketat, pemberian edukasi, serta kolaborasi dengan tenaga medis untuk perencanaan persalinan yang aman. Analisa menunjukkan bahwa deteksi dini dan pengambilan keputusan klinis yang tepat sangat penting dalam mencegah komplikasi lebih lanjut pada kasus KPD.

4.4 Penatalaksanaan

Pada penatalaksanaan kasus terhadap ibu bersalin Ny.W usia 24 tahun G1P0A0 penanganan yang dilakukan yaitu dengan melakukan pemantauan keadaan umum ibu, kesadaran, TTV, DJJ, pemeriksaan dalam, dan berkolaborasi dengan dokter di puskesmas. Pada pemeriksaan dalam hal ini

sesuai dengan teori (Mufidah, 2019) bahwa dengan pemeriksaan dalam akan didapatkan cairan dalam vagina dan selaput ketuban masih utuh atau tidak.

Pada pukul 05.00 WIB ibu mengeluh keluaran air2 kemudian pada jam 07.00 WIB ibu datang ke puskesmas lalu di periksa lakmus hasil (+) dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan 1 cm belum ada his, ibu diberitahu tentang pembukaan sudah ada, mengajarkan ibu untuk mengatur nafas dengan baik dan benar, memberitahu ibu untuk rileks, memberitahu keluarga pasien untuk memberikan ibu asupan nutrisi dan minum, dan menganjurkan ibu untuk miring kiri dan memposisikan ibu senyaman mungkin. sesuai dengan teori (Walyani, 2015) Melakukan test lakmus hal ini sesuai dengan teori (Mufidah, 2019).

Dengan melakukan pemeriksaan tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas merah berubah menjadi biru menunjukkan bahwa adanya air ketuban (alkalis). PH air ketuban (alkalis). PH air ketuban 7-7,5 darah dan inveksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu. Dapat disimpulkan bahwa dalam tindakan pemeriksaan tes lakmus antara teori dan praktik tidak terdapat kesenjangan.

Pada pukul 18.00 WIB ibu mengatakan mules semakin bertambah dan sering, HIS 4x10'x45'' pembukaan 10cm (lengkap), memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan ibu siap untuk melakukan persalinan, memposisikan ibu dengan posisi litotomi. Ibu dipimpin meneran dan dianjurkan untuk menarik nafas disela – sela kontraksi. Untuk mengurangi resiko robekan yang sangat besar dan tidak beraturan.

Kala II disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga bayi lahir. Proses ini berlangsung selama kurang 12 lebih 2 jam pada ibu primigravida dan kurang lebih 1 jam pada ibu multigravida. Kala II dimulai pada jam 18.00 WIB ,bayi lahir pada pukul 18.30 WIB spontan langsung menangis tonus otot kuat ,kulit kemerahan ,jenis kelamin perempuan BB: 2900gr TB: 47cm LK: 31cm LD: 30cm LP: 29cm Apgar skor 8-9. Pada penatalaksanaan dilakukan pemeriksaan dalam hal ini tidak sesuai dengan teori dan praktik, yang menyebutkan batasi pemeriksaan dalam dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetric menurut (Manuaba, 2018).

Pada proses persalinan sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal (APN)60 langkah salah satunya kesiapan penolong dalam menggunakan APD yaitu : memakai celemek, kacamata google, sepatu tertutup, masker dan sarung tangan DTT atau steril. Pada proses persalinan ini penolong tidak memakai / menggunakan APD lengkap seperti kacamata google, penolong hanya memakai gown, sepatu tertutup, masker dan sarung tangan, maka dari itu persiapan penolong persalinan tidak sesuai APN. Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan praktik (PPIBI, 2021).

Menyuntikan oxytocin 10 IU di paha kanan ibu secara IM pada jam 18.35 WIB, terpadat tanda tanda pelepasan plasenta, melakukan penanganan tali pusat terkendali kurang dari 10 menit plasenta lahir pukul 18.40 WIB dan melakukan masasse uterus 15 kali dalam 15 detik, mengecek kelengkapan

plasenta dan didapatkan plasenta lengkap, selaput ketuban utuh dilakukan eksplorasi. Hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan.

Menjaga kehangatan bayi, bayi sudah bisa menyusui dan bayi sudah BAB BAK, Susui bayi secara on demend (Sesering mungkin, setiap bayi ingin dan apabila bayi tidur lebih dari 2 jam segera bangunkan dan susui, Posisi ibu duduk atau berbaring dengan nyaman ,gunakan bantal untuk menyangga lengan dan punggung jika perlu ,posisikan payudara dengan mulut bayi ,posisi pada bayi perut menghadap ke perut ibu ,kepada bayi sedikit menengadah ,hidung bayi sejajar dengan puting ibu, Memeberitahu ibu cara memandikan bayi menggunakan air hangat,pastikan airnya tidak terlalu panas cek dengan tangan atau siku,jika sudah mandi bayi harus dijemur, Memberitahu untuk menjaga kebersihan dan pencegahan infeksi cuci tangan sebelum menyentuh bayi, perawatan tali pusat (harus kering,bersih,tidak ditutup kain atau kasa),Memberitahu tanda bahaya pada bayi, Warna kulit kebiruan,warna kulit kuning seluruh badan,tidak BAB/BAK selama 48 jam,demam,hipotermia,kejang,nafas cepat, Memberitahu ibu bahwa imunisasi yang telah diberikan di puskesmas adalah Hepatitis B O (HB-O) dan Vitamin K HBO dan Vitamin K sudah diberikan, Memberitahu ibu kunjungan imunisasi selanjutnya yaitu BCG pada usia 1 bulan, DPT-HB-Hib 1 polio 1 rotavirus 1 dan pcv 1 pada usia 2 bulan,DPT-HB-Hib 2 polop 2 rotavirus 2 pada usia 3 bulan, DPT-HB-Hib 3 polio 3 rotavirus 3 pada usia 4 bulan, Influenza 1 PCV 3 pada usia 6 bulan,MR (Measles-Rubella 1) dan

Japanese encephalitis (JE) 1 pada usia 9 bulan ,PCV Varisela 1 hepatitis a pada usia 12 bulan, menjadwalkan kunjungan ulang bayi.

Memberitahu ibu kebutuhan nutrisi pasca persalinan,dianjurkan makanan yang mengandung protein tinggi dan bergizi seperti buah-buahan, dada ayam, ikan, telur, nasi merah, kacang-kacangan, Memberitahu ibu dan keluarga pemberian asi eksklusif apabila bayi tidur lebih dari 2 jam bangunkan untuk disusui,susui bayi dengan posisi yang benar bayi yang mendekat ke payudara Memberitahu ibu perawatan payudara, Menjaga kebersihan pada payudara harus sering dibersihkan, melakukan pijatan pada payudara dengan hangatkan tangan lalu pijat pada bagian luar kearah puting drngan gerakan memutar biasanya dilakukan 2-3 kali sehari Memberitahu ibu perawatan luka jahitan, Mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat luka ,bersihkan area perineum setiap kali setelah BAK dan BAB dengan air dingindan bersih ,keringkan dengan menepuk jangan digosok menggunakan kain atau tisu bersih, Memberitahu ibu pemenuhan nutrisi setelah melahirkan Makan makanan mengandung karbo,protein vit seperti nasi merah.kentang,ubi,rotigandum,daging tanpa lemak,ikan,telur ,dan buah buahan Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi, Demam atau terlalu dingin suhu diatas 37,5 dan suhu dibawah 36,5, nafas cepat atau sesak,warna kulit kuning,muntah,tidak BAB selama 48 jam,tali pusat berdarah atau bernanah, Memberitahu ibu tanda bahaya pada ibu, pendarahan berlebih, demam tinggi, nyeri perut hebat atau terus menerus, luka bekas jahitan memerah bengkak berbau,payudara nyeri bengkak kemerahan,keluaran

cairan/keputihan bau busuk dari jalan lahir, sakit kepala hebat, Menjadwalkan kontrol ulang Jumat Tanggal 28 Februari 2025.

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. W di dokumentasikan dalam bentuk SOAP yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subjektif diperoleh dari hasil anamnesa terhadap Ny.W , pengkaji data objektif yang didapatkan dari hasil pengkajian berupa pemeriksaan fisik secara langsung pada Ny.W, kemudian data-data tersebut di interpretasikan untuk Analisa, dan dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan kasus yang dialami Ny.W.

Dalam hal ini sesuai teori (Meikawati, 2021) bahwa metode SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikirn penatalaksanaan manajemen kebidanan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan persalinan pada Ny.W 24 Tahun G1P0A0 gravida 38-39 minggu dengan ketuban pecah dini di Puskesmas Cibatu. Maka penulis dapat menyimpulkan :

- 1) Mampu melakukan Pengkajian data subjektif pada Ny.W usia 24 Tahun G1P0A0 gravida 38-39 minggu dengan Ketuban Pecah Dini, sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 2) Mampu melakukan Pengkajian data objektif pada Ny.W usia 24 tahun G1P0A0 gravida 38-39 minggu dengan Ketuban Pecah Dini, sudah sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.
- 3) Mampu melakukan Analisa pada Ny.W usia 24 tahun G1P0A0 gravida 38-39 minggu dengan Ketuban Pecah Dini, sudah sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 4) Mampu melakukan Penatalaksanaan pada Ny.W usia 24 tahun G1P0A0 gravida 38-39 minggu dengan Ketuban Pecah Dini adalah memasang infus RL 500ml, pemberian amoxilin 500 mg. Dan tidak ada kesenjangan dari teori maupun praktek.
- 5) Mampu melakukan Pendokumentasian asuhan persalinan pada Ny.W usia 24 tahun G1P0A0 gravida 38-39 minggu di Puskesmas Cibatu,

dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan teknik pendokumentasian SOAP.

5.2 Saran

1) Bagi Penulis

Diharapkan agar penulis dapat meningkatkan ilmu pengetahuan, wawasan dan keterampilan mengenai ilmu kebidanan, sehingga mampu memberikan asuhan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

2) Bagi Institusi

Diharapkan agar lebih intensif dalam memberikan bimbingan baik tempat praktik maupun penyusunan LTA yang akan datang.

3) Bagi Pelayanan kesehatan

Diharapkan instansi pelayanan kesehatan yaitu Puskesmas Cibatu dapat mempertahankan kualitas layanan atau asuhan yang dilakukan terhadap pasien agar masyarakat tetap mempercayai kinerja Puskesmas Cibatu sesuai standar.

DAFTAR PUSTAKA

- Asuti, D. L. P. (2021). Gambaran Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit Surya Husada Denpasar. Poltekkes Denpasar, 5-24. <https://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7640/>
- Dinkes Kabupaten Garut. (2020). Data AKI/AKB di Garut.
- Girsang, (2017). Persalinan Kala 1 sampai 4 dalam asuhan kebidanan. StatPearls Publishing:Jakarta
- Handayani (2017). Hubungan kejadian KPD dengan status hubungan seksual. StatPearls Publishing.:Jakarta
- Jannah(2017).Gustinerz.Com.[https://gustinerz.com/Asuhan Persalinan](https://gustinerz.com/Asuhan%20Persalinan):Yogyakarta
- Jannah (2018). Konsep dokumentasi kebidanan.Yogyakarta:ar'ruz media
- Johnson (2014). Gambaran Tanda-Tanda Ketuban Pecah dini Pada kehamilan Aterm. 6–22. <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/468/>
- Manuaba IBG (2018). Pengertian Ketuban Pecah Dini, Penyebab KPD. Birth Injury Center. <https://birthinjurycenter.org/delivery-complications/birth-kpd/>
- Meikawati et al. (2022). AKIJabar 2021, 1-5. <https://repo.poltekkestasikmalaya.ac.id/2407/5/Bab1.pdf>
- Marmi, Budi, and Ayu Novita Sari. "Studi deskriptif penyebab kejadian ketuban pecah dini (KPD) pada ibu bersalin." *JNKI (Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia) (Indonesian Journal of Nursing and Midwifery)* 5.2 (2016): 134-138.
- Mufidah, Titi, and Evi Yunita Nugrahini. "Hubungan usia, paritas dengan ketuban pecah dini di Puskesmas Jagir Surabaya." *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes* 8.2 (2019).
- Nugroho dan Yulianti (2019). Asuhan Kebidanan Persalinan Fartologis Ketuban Pecah Dini Wongsonegoro Kota Semarang, 1-38.
- Prawiroharjo (2013). Asuhan Kebidanan persalinan, Bayi/Balita Dan Anak Prasekolah Untuk Para Bidan. Yogyakarta:Deepublish.
- PP IBI (2021), Asuhan Kebidanan Komprehensif terstandar dengan Ketuban Pecah Dini.

- Susilowati, E., Surani, E., Anggie Estina, R., & Studi Kebidanan Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kedokteran, P. (2021). Faktor Yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini Pada Persalinan. *Bidan Prada: Jurnal Publikasi Kebidanan STIKes YLPP Purwokerto*, 12(2), 123.
- Suryoprajoyo, Intan Ayu, Rosita Khaerina, and Kristiani Murti Kisid. "Ketuban Pecah Dini berhubungan dengan Lama Persalinan dan Asfiksia Neonatorum." *PrimA: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan* 10.1 (2024): 142-148.
- JNK-KR, 2017 WHO. Maternity Death. World health organization. Retrieved May 19, 2023
- Kartika, Ikrawanty Ayu, Melisa Febrianti, and Ana Octaviani. "Faktor-Faktor yang Berhubungan Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Tahun 2019." *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia* 3.1 (2019): 52-61.
- Wildan dan Suparji. (2020). Hubungan Paparan Asap Rokok Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Ringinarum Kabupaten Kendal. *Midwifery Care Journal*, 1(2), 2429. <https://ejournal.poltekkesmg.ac.id/index.php/micajo/article/view/5549>
- Winkojosastro (2017). Buku Ajar Asuhan Kebidanan, Persalinan dan Bayi Baru Lahir.: Yogyakarta <https://books.google.co.id/books?id=pQC5DwAAQBAJ&printsec=copyright&hl=id#v=onepage&q&f=false>

Lampiran 1

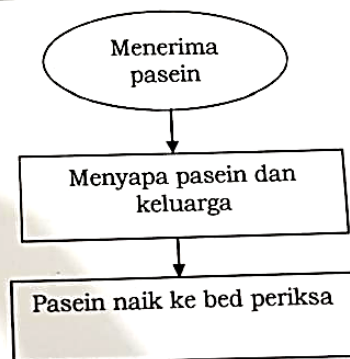
Standar Oprasional Prosedur (SOP) KPD di UPT Puskesmas Cibatu

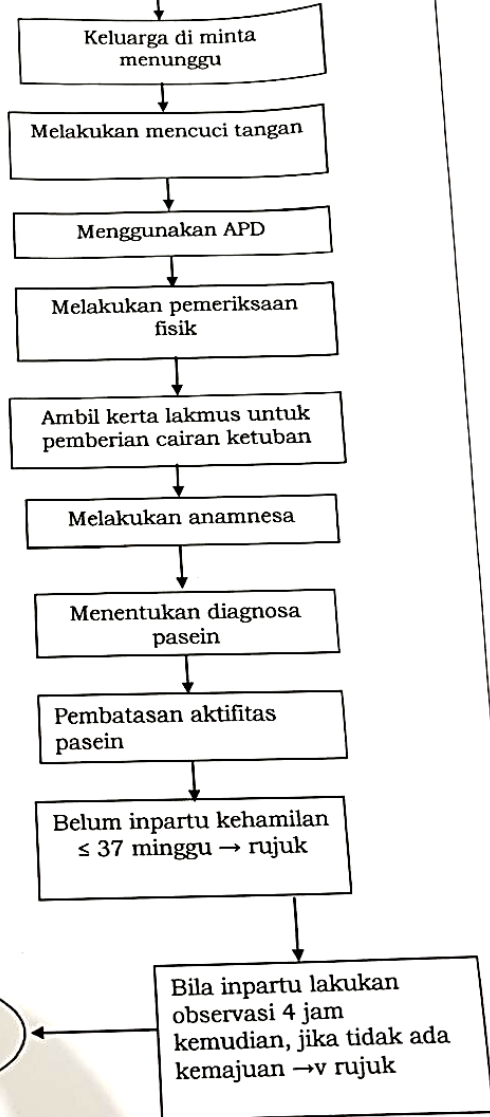
Nomor dokumen : 417 /SOP-UKP/KA-PKM.CBT/IV/2023		SOP PENANGANAN KPD		TERKENDALI 1/4
	PENANGANAN KETUBAN PECAH DINI			
	SOP	No. Dokumen : 417 /SOP-UKP/KA-PKM.CBT/IV/2023 No. Revisi : Tanggal Terbit : 13 April 2023 Halaman :		
UPT PUSKESMAS CIBATU				dr. Dinan Bagja Nugraha, MM.Kes Pembina NIP. 198109222009021004

1.	Pengertian	Penanganan ketuban pecah dini adalah suatu tindakan intervensi kepada ibu hamil > 22 minggu atau bersalin dimana terjadi ketuban pecah sebelum usia kehamilan aterm atau pecahnya ketuban tanpa disertai adanya tanda-tanda persalinan.
2.	Tujuan	Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah petugas dalam melakukan penanganan ketuban pecah dini
3.	Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Puskesmas Cibatu Nomor 018/SK/KA-PKM.CBT/1V/2023 tentang Pelayanan Klinis
4.	Referensi	1. Buku panduan asuhan persalinan normal. 2. Prawiriharjo, S Saifuddin, A.B. Rachimhadhi, T Wiknjosastro Guraldi H. <i>Ilmu Kebidanan Sarwono Prawiroharjdo</i> . Edisi keempat cetakan ketiga. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiharjo. 2010 (Prawawiro, et al., 2010) 3. Kementerian Kesehatan RI dan WHO. <i>Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan</i> , Jakarta: Kementerian Kesehatan RI 2013 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)
5.	Prosedur	1. Bidan menerima pasein. 2. Bidan menyapa pasein dan keluarganya dan membuatnya merasa nyaman. 3. Bidan mempersilahkan naik ke bed periksa. 4. Bidan meminta Keluarga menunggu di ruang tunggu. 5. Bidan melakukan cuci tangan. 6. Bidan menggunakan APD (Alat Perlindungan Diri).

7. Bidan melakukan pemeriksaan fisik yang terdiri dari:
 - a. Keadaan umum dan tanda-tanda vital
 - b. Pemeriksaan obstetric dan genecology:
 - a) Pemeriksaan Leopold I-IV
 - b) Melakukan DJJ.
 - c) Pemeriksaan dalam untuk memastikann adanya pembukaan, menilai efisemen, penurunan kepala, meraba bagian terkecil, penyusupan / molase, kulit ketuban, warna cairan.
8. Kemudian ambil kertas lakmus untuk melakukan pemeriksaan cairan ketuban.
9. Bidan melakukan anamnesa untuk mendapatkan riwayat kehamilannya dan mendengarkannya dengan teliti, meliputi :
 - a. Riwayat kehamilan.
 - b. Kapan mulai mengeluarkan ketuban, berapa banyak, warnanya bagaimana.
10. Bidan menentukan diagnosa tentang kondissi pasein.
11. Bidan melakukan pembatasan aktivitas pasein.
12. Apabila belum inpartu kehamilan 37 minggu pasein di rujuk.
13. Apabila ada tanda inpartu lakukan observasi 4 jam kemudian, apabila tidak ada kemajuan pembukaan segera rujuk ke rumah sakit.
14. Bidan mencatat hasil anamnesa dan hasil pemeriksaan di buku register dan rekam medic pasein.

6. Bagan Alir





Berikan salep mata pada

Nomor dokumen : 417 /SOP-
UKP/KA-PKM.CBT/IV/2023

SOP PENANGANAN KPD

Halaman :
4/4

7. Hal-Hal Yng Perlu
Diperhatikan

Sasaran keselamatan pasien

8. Unit Terkait

Unit Kerja di lingkungan UPT Puskesmas Cibatu

9. Dokumen Terkait

Buku KIA, Buku register

10. Rekaman Historis
Perubahan

NO

YANG DI
UBAH

ISI PERUBAHAN

TANGGAL
MULAI
DIBERLAKUKAN

Lampiran 2
Lembar Bimbingan LTA

Nama : ANGGITA

NIM : KHGB22039

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

**Judul : “ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. W USIA
24 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 38-39 MINGGU DENGAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD)”**

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

Lampiran 3

Lembar Bimbingan Revisi LTA

Nama : ANGGITA

NIM : KHGB22039

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

**Judul : “ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. W USIA
24 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 38-39 MINGGU DENGAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD)”**

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : ANGGITA
Tempat dan Tanggal Lahir : Garut, 28 Agustus 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Nama Ibu : Dewi Karwati
Nama Ayah : Alm.Tatang Sutisna
Alamat : Kp. Lame Rt.03 Rw.10 Desa
Haurpanggung Kec.Tarogong Kidul
Kab.Garut
Email : dsanggita02@gmail.com

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Lulusan SD Negeri 02 Haurpanggung
2. Lulusan SMP Negeri 01 Tarogong Kidul
3. Lulusan SMK Negeri 01 Garut
4. Terdaftar Sebagai Mahasiswi STIKes Karsa Husada Garut Jurusan Diploma III Kebidanan Tahun 2022.

MOTO DAN PERSEMBAHAN