

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. D 23
TAHUN G₁P₀A₀ GRAVIDA 40 MINGGU DENGAN KPD
DI PUSKESMAS CIKAJANG**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D III Kebidanan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Alma Samih Sakinah

KHGB20012



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**

2023

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

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

Garut, Mei 2023

Yang membuat pernyataan

ALMA SAMIH SAKINAH

KHGB20012

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. D
23 TAHUN G₁P₀A₀ GRAVIDA 40 MINGGU DENGAN
KPD DI PUSKESMAS CIKAJANG
NAMA : ALMA SAMIH SAKINAH
NIM : KHGB20012

KARYA TULIS ILMIAH

KTI ini telah disetujui untuk disidangkan di hadapan
Tim Penguji Program Studi D-III Kebidanan
STIKES Karsa Husada

Garut, Mei 2023

Menyetujui,

Pembimbing,



(Fitri Hanriyani, S.ST., M.Pd)
NIK. 043298.1009.063

Mengetahui,

Ka. Prodi D-III Kebidanan



(Hji. Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.K.M)
NIK. 043298.1004.031

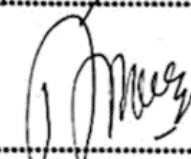
LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. D 23
TAHUN G₁P₀A₀ GRAVIDA 40 MINGGU DENGAN KPD DI
PUSKESMAS CIKAJANG
NAMA : ALMA SAMIH SAKINAH
NIM : KHGB20012

KARYA TULIS ILMIAH
KTI ini telah disidangkan di hadapan
Tim Penguji Program Studi D3 Kebidanan
STIKES Karsa Husada

Garut, Mei 2023

Menyetujui,

Pembimbing	: <u>(Fitri Hanriyani, S.ST., M.Pd)</u> NIK. 043.298.1009.063	()
Penguji I	: <u>(Dessy Syswianti, SST., M.kes)</u> NIK. 043.298.1209.067	()
Penguji II	: <u>(Rosita Alvia, SST, M.K.M)</u> NIK. 043.298.0412.106	()

Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII Kebidanan


(Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.K.M)
NIK. 043298.1004.031

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum, Wr. Wb

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penayang penulis panjatkan puja dan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul "Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny.D 23 Tahun G1P0A0 Gravid 40 Minggu Dengan KPD di Puskesmas Cikajang". Sholawat serta salam semoga senantiasa terlimpahkan kepada baginda Nabi Muhammad SAW beserta keluarganya, para sahabatnya, sehingga para umatnya yang semoga mendapatkan syafaatnya di yaumul akhir nanti aamiin.

Dalam menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak sekali mendapatkan bimbingan saran dan dukungan dari berbagai pihak untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Dr. H. Hadiat, M.A., 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. Hj. Esa Risi Suazini, AM. Keb, MKM. selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan;

5. Fitri Hanriyani, S.ST, M.Pd., selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
6. Dessy Syswianti, SST., M.kes. selaku penguji 1 pada saat sidang Karya Tulis Ilmiah sehingga penulis dapat mengetahui segala kekurangan dari Karya Tulis Ilmiah iniPenguji 1
7. Rosita Alvia, SST, MKM. selaku penguji 2 pada saat sidang Karya Tulis Ilmiah sehingga penulis dapat mengetahui segala kekurangan dari Karya Tulis Ilmiah ini Penguji 2
8. Seluruh dosen pengajar yang telah memberikan bimbingan keilmuan dan nasihat berharga selama menjalani perkuliahan. Semoga segala ilmu dan amalan baik Bapak dan Ibu dibalas oleh Allah SWT.
9. Seluruh pengurus Civitas Akademik BAUK, BAAK, Laboratorium, Perpustakaan yang telah memberikan referensi sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Keluarga sebagai sumber inspirasi yang senantiasa member dorongan dan dukungan untuk selalu semangat serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Teman-teman seperjuangan yang telah semangat untuk berjuang bersama dalam suka dan duka dalam menyusun karya tulis ilmiah ini demi mendapatkan gelar Ahli Madya Kebidanan;

12. Semua pihak yang tidak tertulis terimakasih atas jasa yang telah diberikan, semoga Allah SWT, meridhoi dan memberikan balasan yang berlipat ganda. Aamiin.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis masih banyak kekurangan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun serta bermanfaat guna kelancaran dan kesempurnaan pada studi kasus yang akan datang.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Garut, 19 Mei 2023

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	<u>ii</u>
LEMBAR PENGESAHAN.....	<u>iii</u>
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Metode Pengumpulan Data.....	4
1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian.....	5
1.6 Manfaat.....	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
2.1 Persalinan.....	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Tanda-tanda Persalinan.....	8
2.1.3 Jenis-jenis Persalinan.....	10
2.1.4 Tahapan Persalinan.....	10
2.1.5 Tujuan Asuhan Persalinan.....	15
2.2 Ketuban Pecah Dini.....	15
2.2.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini (KPD).....	15
2.2.2 Etiologi Ketuban Pecah Dini.....	18
2.2.3 Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD).....	19
2.2.4 Tanda dan Gejala.....	24
2.2.5 Diagnosis.....	26
2.2.6 Prinsip Ketuban Pecah Dini.....	28
2.3 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini.....	29
2.3.1 Penanganan Ketuban Pecah Dini.....	29

2.3.2	Penanganan KPD dengan kehamilan aterm	30
2.4	Telaah Jurnal.....	32
2.5	Peran Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin dengan KPD	33
2.6	Kewenangan Bidan	33
2.7	SOP Ketuban Pecah Dini Puskesmas Cikajang.....	36
2.8	Pendokumentasian	37
2.8.1	Pengertian Dokumentasi	37
2.8.2	Model Pendokumentasian.....	38
BAB III TINJAUAN KASUS.....		39
3.1	Asuhan Kebidanan Persalinan pada Ny. D 23 Tahun G1P0A0 Gravida 40 Minggu Dengan KPD di Puskesmas Cikajang.....	39
3.1.1	ASUHAN PERSALINAN KALA I FASE LATEN.....	46
3.1.2	ASUHAN PERSALINAN KALA I FASE AKTIF	50
3.1.3	ASUHAN PERSALINAN KALA II FASE AKTIF	52
3.1.4	Asuhan Persalinan Kala III	54
3.1.5	Asuhan Persalinan Kala IV	56
3.2	Tabel Matrik Tinjauan Teori dan Kasus	60
BAB IV PEMBAHASAN.....		61
4.1	Data Subjektif	61
4.2	Data Objektif.....	63
4.3	Analisa	65
4.4	Penatalaksanaan	65
4.5	Pendokumentasian	68
BAB V PENUTUP		69
5.1	Kesimpulan	69
5.2	Saran	70
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut World Health Organization (WHO), kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) berkisar 5-10% dari semua kelahiran. KPD preterm terjadi 1% dari semua kehamilan dan 70% kasus KPD terjadi pada kehamilan aterm. Adapun 30% kasus KPD merupakan penyebab kelahiran premature. Angka kejadian KPD di dunia pada tahun 2013 sebanyak 50-60%. KPD di Indonesia berkisar 4,4 – 7,6% dari seluruh kehamilan. Angka kejadian KPD berkisar antara 3-18% yang terjadi pada kehamilan preterm, sedangkan pada kehamilan aterm sekitar 8-10% (Human Development Report, 2010). Dan kejadian KPD di Indonesia pada tahun 2013 sebanyak 35% (WHO, 2014).

Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), insiden ketuban pecah dini di Jawa Barat berkisar antara 8-10% dari semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi antar 6-19%. Sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2% dari semua kehamilan. Hampir semua ketuban pecah dini. Persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah. Sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematuritas. Sampai saat ini KPD preterm masih merupakan masalah di dunia termasuk Indonesia dan memerlukan perhatian yang besar, karena prevalensinya yang cukup tinggi. Menurut Human Development Report (2010), angka

kejadian KPD di dunia mencapai 12,3% dari total angka persalinan, semuanya tersebar di negara berkembang di Asia Tenggara seperti Indonesia, Malaysia, Thailand, Myanmar, dan Laos. (BKKBN, 2013)

Angka kematian ibu di ASEAN tergolong paling tinggi di dunia. Sementara ini total AKI di ASEAN sekitar 170 ribu per tahun. Sebanyak 98% dari seluruh AKI di kawasan ini salah satunya adalah Indonesia. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2014, menyebutkan angka kematian ibu di Indonesia yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini terbilang cukup tinggi dibandingkan tahun sebelumnya. Sedangkan untuk partus lama adalah 1,8% dari penyebab kematian ibu di Indonesia (Nabilah, 2020).

Berdasarkan data profil kesehatan Jawa Barat tahun 2019 tercatat jumlah kematian ibu yang dilaporkan sebanyak 684 dengan kematian pada ibu bersalin sebanyak 171/100.000 kelahiran (Mufliha, 2021).

Jumlah kematian ibu pada tahun 2020 di Kabupaten Garut sebanyak Lima puluh delapan (58) kasus, dari total kelahiran sebanyak lima puluh dua ribu dua ratus lima puluh enam (52.256) dengan rasio 110,99. Apabila dibandingkan dengan tahun 2019, jumlah kematian Ibu mengalami kenaikan sebanyak tiga belas (13) kasus dikarenakan adanya kematian ibu disebabkan karena kasus Covid-19. Tempat kematian ibu sebanyak empat puluh tiga (43) kasus terjadi di Rumah Sakit (Profil Kesehatan Garut, 2020).

Penyebab meningkatnya jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2020 di Kabupaten Garut disebabkan oleh tiga (3) faktor, yaitu faktor langsung diantaranya, pendarahan, eklamsi dan infeksi. Sedangkan faktor penyebab tidak langsung yaitu disebabkan oleh 3T (Terlambat mengenal tanda bahaya, Terlambat mengambil keputusan rujukan, Terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan) dan T4 (Terlalu muda, Terlalu Tua, Terlalu sering, Terlalu banyak). Faktor ke tiga merupakan faktor determinan sebagai penyebab kematian ibu yaitu masalah sosial, ekonomi dan budaya (Narasi Profil (Profil Kesehatan Garut, 2020).

Bidan merupakan salah satu profesi tertua didunia yang memiliki peranan sangat penting dan strategis dalam penurunan AKI dan AKB serta penyiapan generasi penerus bangsa yang berkualitas, melalui pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan (Kepmenkes, 2020). Keberadaan bidan diharapkan mampu menurunkan angka mordibitas dan mortilitas akibat Ketuban Pecah Dini dan persalinan preterm pada ibu dan bayi di Indonesia. (Mufliha, 2021).

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny.D 23 Tahun G1PoAo Gravida 40 Minggu Dengan KPD di Puskesmas Cikajang”**.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah Bagaimana Asuhan Persalinan pada Ny.D Usia 23 Tahun G1P0A0 Dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Cikajang ?

1.3 Tujuan

- 1.3.1 Melakukan pengkajian data Subyektif pada Ny.D 23 tahun G1P0A0 dengan Ketuban Pecah Dini di puskesmas Cikajang tahun 2023 dengan menggunakan Varney dan pendokumentasian SOAP.
- 1.3.2 Melakukan pengkajian data Obyektif pada Ny.D 23 tahun G1P0A0 dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Cikajang
- 1.3.3 Menegakan Analisa pada Ny.D 23 tahun G1P0A0 dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Cikajang
- 1.3.4 Melakukan Penatalaksanaan pada Ny.D 23 tahun G1P0A0 dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Cikajang
- 1.3.5 Melakukan Pendokumentasian pada Ny.D 23 tahun G1P0A0 dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Cikajang.

1.4 Metode Pengumpulan Data

Dalam penulisan kasus ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan melalui teknik :

- 1.4.1 Studi Perpustakaan : dengan mempelajari informasi-informasi yang berkaitan dengan kasus yang bersangkutan
- 1.4.2 Wawancara : mendapatkan data dengan cara bertanya kepada pasien, petugas dan keluarga

1.4.3 Studi Dokumentasi : dengan melihat hasil catatan klien memeriksa kehamilannya.

1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian

1.5.1 Tempat

Pengkajian Asuhan Kebidanan ini dilakukan di Puskesmas Cikajang

1.5.2 Waktu

Waktu pengkajian dilakukan pada hari sabtu tanggal 11 Maret 2023

1.6 Manfaat

1.6.1 Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan kemampuan penulis dalam mendeskripsikan kasus tersebut menurut berbagai referensi, serta untuk mengaplikasikan ilmu yang di dapatkan dari Institusi Pendidikan terutama yang berkaitan dengan asuhan ibu bersalin Ketuban Pecah Dini

1.6.2 Bagi Institusi

Menjadi tambahan referensi terbaru dalam proses kegiatan perkuliahan terutama pada pasien Ketuban Pecah Dini

1.6.3 Bagi Lapangan Praktik

Menjadi bahan untuk melakukan evaluasi dalam pelayanan, penegakan diagnosa dan pendokumentasian

1.6.4 Bagi klien

Dapat dijadikan sebagai media informasi dan motivasi bagi klien bahwa pemeriksaan dan pemantauan kesehatan sangat penting untuk mencegah dan mendeteksi dini komplikasi pada ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Persalinan

2.1.1 Definisi

Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam (Mayles, 1996).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2002).

Menurut World Health Organization (WHO) Persalinan normal adalah persalinan dengan presentasi janin 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 pada umumnya merupakan proses yang fisiologis yang terjadi pada akhir kehamilan. Proses persalinan biasanya diawali dengan kontraksi uterus yang adekuat dan

diikuti dengan adanya pembukaan serviks, kemudian dilanjutkan dengan pengeluaran hasil konsepsi, dandiakhiri dengan 2 jam post partum (Kurniarum, 2016).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi dari dalam uterus dengan usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) melalui jalan lahir dengan kekuatan ibu sendiri atau dengan bantuan dan tanpa adanya komplikasi dari ibu maupun janin.

2.1.2 Tanda-tanda Persalinan

1. Timbulnya kontraksi uterus

Biasa disebut dengan his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut :

- a. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
 - b. Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
 - c. Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
 - d. Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.
 - e. Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi.
- Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servix (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).

Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

2. Penipisan dan pembukaan servix

Penipisan dan pembukaan servix ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

3. Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

4. Premature Rupture of Membrane

Adalah keluarnya cairan banyak dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 12 jam setelah air ketuban keluar.

2.1.3 Jenis-jenis Persalinan

- a. Persalinan Spontan Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan Buatan Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya dilakukan operasi Sectio Caesaria.
- c. Persalinan Anjuran Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin. (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

2.1.4 Tahapan Persalinan

A. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

- a. Fase laten persalinan
 - a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap
 - b) Pembukaan servix kurang dari 4 cm
 - c) Biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam

b. Fase aktif persalinan

Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat / memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
- b) Servix membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm)
- c) Terjadinya penurunan bagian terendah janin

B. Kala II

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi

a. Tanda dan gejala kala II

- 1. Ibu ingin meneran
- 2. Perineum menonjol
- 3. Vulva vagina dan sphincter ani membuka
- 4. Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- 5. His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
- 6. Pembukaan lengkap (10 cm)

7. Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam
dan multipara rata-rata 0.5 jam

8. Pemantauan

- a. Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus
- b. Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraksi
- c. Kondisi ibu sebagai berikut:

Kemajuan persalinan Tenaga	Kondisi Pasien	Kondisi Janin
Usaha mengedan Palpasi kontraksi uterus (kontrol tiap 10 menit) a. Frekuensi b. Lamanya c. Kekuatan	Periksa nadi dan tekanan darah selama 30 menit. Respons keseluruhan pada kala II: a. Keadaan dehidrasi b. Perubahan sikap/perilaku	Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran Penurunan presentasi dan perubahan posisi Warna cairan tertentu

	c. Tingkat tenaga (yang memiliki)	
--	-----------------------------------	--

C. Kala III

Kala uri atau pengeluaran plasenta dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. setelah Kala III, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Plasenta lepas berlansung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk. Berikut tanda-tanda pelepasan plasenta, yaitu:

1. Uterus teraba bundar (globuler).
2. Tali pusat bertambah panjang.
3. Terjadi perdarahan secara tiba-tiba.
4. Uterus tersorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim. Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir.

Manajemen aktif kala III terdiri dari beberapa komponen, antara lain:

- a. Pemberian suntikan oksitoksin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
- b. Melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT)
- c. Masase fundus uteri.

D. Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dalam dua jam. Pada kala IV ini sering terjadinya perdarahan post partum. Masalah atau komplikasi yang dapat muncul pada kala IV adalah perdarahan yang mungkin disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir dan sisa plasenta. Pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada jam pertama pasca persalinan, setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Observasi yang dilakukan pada kala IV antara lain:

- a) Tingkat kesadaran.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), tekanan darah, nadi, suhu.
- c) Tinggi fundus uteri, kontraksi uterus.
- d) Kandung kemih dan perdarahan. Dikatakan normal jika tidak melebihi 500 cc

2.1.5 Tujuan Asuhan Persalinan

Mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal dengan asuhan kebidanan persalinan yang adekuat sesuai dengan tahapan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

2.2 Ketuban Pecah Dini

2.2.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu atau sebelum terdapat tanda persalinan yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan sebelum pembukaan 5 cm. KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya (Maharani, 2017).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada

akhir kehamilan manapun jauh sebelum waktunya melahirkan.

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak (Rahayu & Sari,2017).

Menurut Nugroho (2012) Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi in- parta (Manuaba, 2009) Ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kehamilan yang sebenarnya. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD.

Menurut (Sagita, 2017) ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah

dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kelahiran yang sebenarnya. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD. Jadi ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut periode laten atau dengan sebutan Lag Period. Ada beberapa perhitungan yang mengukur Lag Period, diantaranya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatas 6 jam setelah ketuban pecah. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi pada ibu dan juga bayi (Fujiyarti, 2016).

Jadi dapat disimpulkan bahwa persalinan dengan KPD 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.

2.2.2 Etiologi Ketuban Pecah Dini

Adapun penyebab terjadinya ketuban pecah dini menurut (Manuaba, 2007) yaitu sebagai berikut :

1. Multipara dan Grandemultipara
2. Hidramnion
3. Kelainan letak: sungsang atau lintang
4. Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)
5. Kehamilan ganda
6. Pendular abdomen (perut gantung)

Adapun penyebab terjadinya ketuban pecah dini menurut (Yulaikhah, 2009) yaitu sebagai berikut :

1. Serviks inkompeten . adalah kondisi dimana leher rahim (serviks) membuka terlalu awal (dilatasi dini) pada kehamilan, terutama pada trimester 2 kehamilan.
2. Ketegangan rahim berlebihan seperti pada kehamilan ganda, hidramnion
3. Kelainan letak janin dalam rahim seperti letak sungsang, letak lintang.
4. Kemungkinan kesempitan panggul, bagian terendah belum masuk PAP.
5. Kelainan bawaan dari selaput ketuban.
6. Infeksi yang menyebabkan ketuban pecah dini.

2.2.3 Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Faktor yang menyebabkan pecahnya selaput ketuban menurut Taylor ada hubungannya dengan adanya hipermolilitas rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah, kelainan ketuban yaitu selaput ketuban terlalu tipis, faktor predisposisi seperti multipara, malposisi, disproporsi, serviks inkompetensi dan ketuban pecah dan artifisial yang menyebabkan kurangnya jaringan ikat dan vaskulisasi dalam selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban. (Jurnal Penelitian Perbedaan Kejadian Ketuban Pecah Dini Antara Primipara dan Multipara, 2012).

Menurut (Morgan, 2009), Ketuban Pecah Dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi :

1. Usia

Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu antara umur 20-35 tahun. Di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan dan persalinan. Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan (Sudarto, 2016).

2. Sosial Ekonomi

Pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas kesehatan di suatu keluarga. Pendapatan yang meningkat merupakan kondisi yang menunjang bagi terlaksananya status kesehatan seseorang. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan seseorang tidak mampu memenuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan (BPS, 2005).

3. Jarak Kehamilan

Seorang wanita yang hamil dan melahirkan kembali dengan jarak yang pendek dari kehamilan sebelumnya akan memberikan dampak yang buruk terhadap kondisi kesehatan ibu dan bayi. Hal ini disebabkan karena bentuk dan fungsi organ reproduksi belum kembali dengan sempurna sehingga fungsinya akan terganggu apabila terjadi kehamilan dan persalinan kembali. Sehingga wanita membutuhkan 2-3 tahun dalam memulihkan tubuhnya dan mempersiapkan dirinya pada persalinan berikutnya dan memberikan kesempatan pada luka untuk sembuh dengan baik. Jarak persalinan yang pendek meningkatkan resiko bagi ibu dan anak (Kusumawati, 2006).

4. Paritas

Merupakan banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Adapun pembagian

paritas yaitu primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan 28 minggu dan telah melahirkan 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara merupakan seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan lebih dari 5 kali (Wikjosastro, 2007). Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlampau dekat diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya (Helen, 2008). Kehamilan yang terlalu sering, multipara atau grademultipara mempengaruhi proses embriogenesis, selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya. Pernyataan teori menyatakan 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 serviks yang sudah membuka 1 cm akibat persalinan yang lalu (Nugroho, 2010).

5. Anemia

Dikarenakan kekurangan zat besi. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengencangan dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yang pada trimester pertama dan trimester ke tiga. Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman dekompensasi kardis dan ketuban pecah dini (Manuaba, 2009).

6. Perilaku Merokok

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. Merokok pada masa kehamilan dapat menyebabkan gangguan-gangguan seperti kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, dan resiko lahir mati yang lebih tinggi (Sinclair, 2003).

7. Riwayat KPD

Pengalaman yang pernah dialami oleh ibu bersalin dengan kejadian ketuban pecah dini dapat berpengaruh besar terhadap ibu jika menghadapi kondisi kehamilan. Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membran yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.

8. Serviks yang Inkompetensik

Inkompetensia serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. 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 berlebih 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.

9. Tekanan Intra Uterin

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebih dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya:

- 1) Trauma : berupa hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis.
- 2) Gemelli : Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebih, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebih. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Novihandari, 2016).

2.2.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah :

1. Keluarnya cairan merembes melalui vagina

2. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau ammonia, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah
3. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering, karena cairan ini terus diproduksi sampai proses persalinan. Tetapi bila ibu duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah dibawah biasanya akan mengganjal dan menyumbat kebocoran untuk sementara
4. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat itu merupakan tanda-tanda infeksi. (Manuaba, 2009)

2.2.1 Komplikasi

Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan dapat terjadi :

1. Bagi janin
 - a. Infeksi meternal maupun neonatal

Resiko terjadi infeksi pada kejadian ketuban pecah dini akan meningkat. Pada ibu terjadi korioamnioniti, dan pada bayi dapat terjadi septicemia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi kekuatan otot rahim unuk meningkatkan pembukaan janin dalam rahim.

b. Perdarahan post partum

Adanya penggunaan narkosa pada penanganan ketuban pecah dini.

c. Antonia uteri

Bila saat ketuban pecah, serviks belum matang dan belum membuka sehingga akan memperlama proses persalinan dan menyebabkan kelelahan pada ibu yang berakibat pada lemahnya kontraksi uterus

d. Infeksi nifas

Adanya infeksi intra partum akibat ketuban pecah lebih dari 6 jam (Prawirohardjo,2010).

2.2.5 Diagnosis

Diagnosa ketuban pecah dini ditegakkan dengan cara :

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 warnanya, keluarnya cairan tersebut his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir darah (Prawirohardjo,2013)

2. Infeksi

Pengamatan dengan mata bisa 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 speculum akan tampak keluar cairan dari *orifisium uteri eksternum (OUE)*, kalau belum juga tampak keluar, *fundus uteri* ditekan penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan *manuer valsava*, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari *ostium uteri* dan terkumpul pada forniks anterior. (Prawirohardjo,2013).

4. Pemeriksaan dalam

Didapat cairan vagina dalam selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina perlu dipertimbangkan. Pada kehamilan yang kurang bulan, yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin karena akan meningkatkan risiko infeksi neonatus (Pnpk,2016).

5. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

- a) Tes lakmus (*tes nitrazin*), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban

(*alkalis*) pH air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.

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

b. Pemeriksaan Ultrasonografi (USC)

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 (Pnpk,2016).

6. Tentukan ada tidaknya infeksi

Tanda-tanda infeksi diantaranya sebagai berikut:

- a) Suhu ibu lebih dari 38°C
- b) Air ketuban keruh dan berbau.
- c) Pemeriksaan ketuban dengan LEA (Leukosit Esterase)
Leukosit darah >15.000/mm².
- d) Janin yang mengalami takikardi mungkin mengalami distress intrauterine (Prawirohardjo,2013).

2.2.6 Prinsip Ketuban Pecah Dini

- a. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung
- b. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam *obstetric* berkaitan dengan penyakit kelahiran *premature*

dan terjadi yang *karioamnionity* sampai *sepsis* yang meningkatkan *morbiditas* dan *mortalitas* perinatal dan menyebabkan infeksi ibu.

- c. Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intra uterine atau oleh kedua faktor tersebut, berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina atau serviks (Syaifuddin,2009)

2.3 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

2.3.1 Penanganan Ketuban Pecah Dini

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

Riwayat keluarnya air ketuban berupa cairan jernih keluar dari vagina yang kadang-kadang disertai tanda-tanda lain dari persalinan. 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 pH nya sekitar 7,1-7,3. Antiseptic yang alkalin akan menaikkan pH vagina.

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.

2.3.2 Penanganan KPD dengan kehamilan aterm

1. Rawat di Puskesmas
2. Berikan antibiotic
3. Dilakukan tindakan pemasangan infuse
4. Dilakukan observasi selama 12 jam. Setelah 12 jam bila belum ada tanda-tanda dipersiapkan rujuk
5. Batasi pemeriksaan dalam, dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetric.

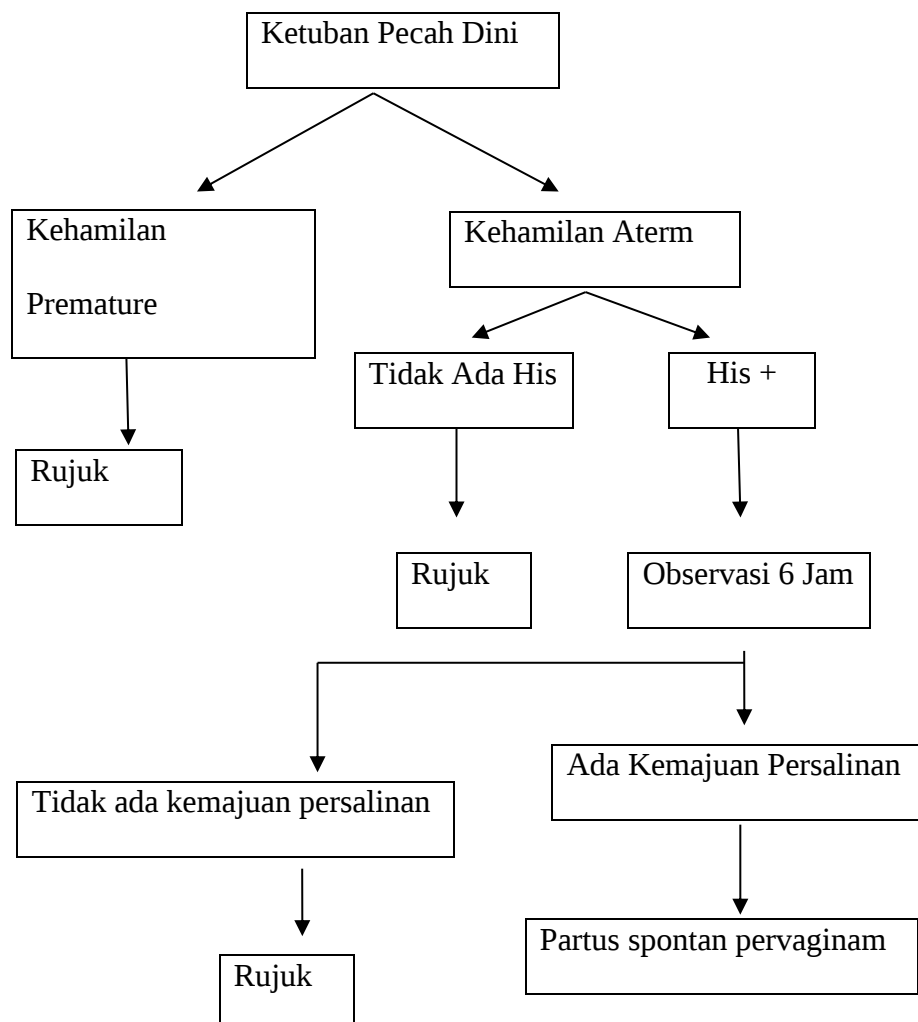
Bagan 2.3.4 PROTAP PENGELOLAAN KPD DI PUSKESMAS

Definisi: Ketuban pecah pada fase laten pembukaan kurang dari 1-2 cm atau belum inpartu

Diagnosis: Lakmus test (+)

PENGELOLAAN

Pengelolaan tergantung dari umur kehamilan dan sudah ada atau tidaknya his



Gambar 2.1 Ketuban Pecah Dini Puskesmas Cikajang

2.4 Telaah Jurnal

2.4.1 Hubungan Usia Kehamilan Dan Paritas Ibu Bersalin Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Penelitian yang dilakukan oleh Anita (2013) yang berjudul "Hubungan Usia Kehamilan dan Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah DR.Achmad Diponegoro Putussibau Tahun 2012" dengan hasil penelitiannya adalah ada hubungan antara kejadian ketuban pecah dini dengan usia kehamilan 39-42 Minggu.

Hasil penelitian Endang S. dan Lisa Dwi Astuti juga menunjukkan sebagian besar usia kehamilan responden yang mengalami ketuban pecah dini antara 37 - 42 minggu yaitu sebanyak 106 dari 113 responden (82,2%) Usia kehamilan adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari pertama haid terakhir.

2.4.2 Hubungan Antara Pola Seksualitas Gravida Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)

Hasil analisis hubungan antara pola seksualitas gravida dengan kejadian ketuban pecah dini di RSIA Paradise Kecamatan Simpang Empat Kabupaten Tanah Bumbu di peroleh data sebagian besar (70,0%) dari responden yang tidak tepat melakukan pola seksual tidak mengalami ketuban pecah dini, dan hampir setengahnya (30,0%) dari responden yang melakukan pola seksual tidak tepat mengalami ketuban pecah dini. Hampir setengahnya (30,8%) dari responden yang melakukan pola seksual yang benar tidak mengalami ketuban pecah dini dan sebagian besar (69,2%) dari

responden yang melakukan pola seksual yang benar mengalami ketuban pecah dini. (Tuti Meihartati,2018)

2.5 Peran Bidan dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin dengan KPD

Peran bidan dalam penanganan Ketuban Pecah Dini yaitu dengan memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin secara tepat, cepat dan komprehensif, karena jika ibu bersalin dengan KPD ini tidak mendapatkan asuhan yang sesuai, maka resikonya akan berakibat pada ibu dan janin. Dengan harapan setelah dilakukan asuhan kebidanan yang cepat dan tepat maka kasus ibu bersalin dengan KPD dapat ditangani dengan baik, sehingga angka kematian ibu di Indonesia dapat berkurang.

2.6 Kewenangan Bidan

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 2017 menjelaskan bahwa kesehatan ibu sebagaimana 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:

- a. Konseling pada masa sebelum hamil.

- b. Antenatal pada kehamilan normal.
- c. Persalinan normal.
- d. Pelayanan kesehatan ibu nifas normal.
- e. Pelayanan kesehatan pada ibu menyusui.
- f. Konseling pada masa antara dua kehamilan.

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

- a. Efisiotomi dan pertolongan persalinan normal.
- b. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II.
- c. Memberikan penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan
- d. Memberikan tablet tambah darah pada ibu hamil.
- e. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.
- f. Memfasilitasi atau membimbing dalam Inisiasi Menyusu Dini dan promosi ASI eksklusif.
- g. Memberikan uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
- h. Memberikan penyuluhan dan konseling
- i. Memberikan bimbingan pada kelompok ibu hamil, serta berwenang memberikan keterangan hamil dan kelahiran.

Bidan juga berwenang memberikan pelayanan kesehatan anak yang dijelaskan pada Pasal 20, meliputi:

- a. Memberikan pelayanan neonatal esensial.
- b. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
- c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah
- d. Memberikan konseling dan penyuluhan.

Pasal 21 Permenkes RI No. 28 tahun 2017 menjelaskan wewenang bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, meliputi:

- a. Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- b. Pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.

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 mandiri dari dokter.

2.7 SOP Ketuban Pecah Dini Puskesmas Cikajang

- A. Melakukan anamnesa lengkap
- B. Melakukan pemeriksaan keadaan umum, monitor tanda vital dan obstetrik
- C. Observasi his DJJ dan kemajuan persalinan
- D. Jika ada perdarahan pervaginam dan nyeri perut, pikirkan solutio plasenta
- E. Jika ada tanda-tanda infeksi rujuk.
- F. Penatalaksanaan sesuai umur kehamilan
 - 1. Umur kehamilan > 36 minggu:
 - a. Bila tidak ada tanda-tanda infeksi tunggu terjadi proses persalinan dalam 24 jam, bila > 24 jam, maka segera dirujuk
 - 2. Umur kehamilan 28-35 minggu:
 - a. Memberikan dexamethason 0,1 mg IM, diulang 12 jam selama 2 hari
 - b. Observasi tanda vital dan DJJ
 - c. Memberikan antibiotik
 - d. Tunggu persalinan spontan
- G. Umur kehamilan 24-27 minggu, persalinan segera diakhiri

2.8 Pendokumentasian

2.8.1 Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi mempunyai arti sebuah catatan otentik yang dapat dibuktikan. Dalam kebidanan, dokumentasi merupakan sebuah rangkaian kegiatan mencatat dan melaporkan asuhan kebidanan berdasarkan kenyataan yang disampaikan secara lengkap dan tepat. Dokumentasi tersebut suatu hal yang penting karena catatan asuhan yang telah diberikan kepada pasien dapat berfungsi sebagai panduan dalam menuntut tanggung jawab maupun tanggung gugat ketika muncul permasalahan terkait dengan asuhan kebidanan yang telah diberikan (Surtinah, Sulikah, dan Nuryani,2019).

Dokumentasi kebidanan juga digunakan sebagai informasi penting mengenai status kesehatan pasien. Oleh karena itu penting bagi bidan untuk mengetahui dan memahami tentang pendokumentasian asuhan kebidanan. Dengan wawasan dan pengetahuan tentang dokumentasi kebidanan, diharapkan bidan dapat melakukan pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan yang telah diberikan dengan jelas dan tepat.

2.8.2 Model Pendokumentasian

S : SUBJEKTIF

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui Anamnesa

O : OBJEKTIF

Menggambarkan hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium dan tes diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung aransement.

A : ANALISA

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:

- a. Diagnosa/masalah.
- b. Antisipasi diagnosa lain.

P: PENATALAKSANAAN

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan analisa (Rukiyah,2010).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Persalinan pada Ny. D 23 Tahun G1P0A0 Gravida 40 Minggu Dengan KPD di Puskesmas Cikajang

Tanggal pengkajian : 25 Maret 2023

Waktu : 14.00 WIB

Tempat : Poned Puskesmas Cikajang

Pengkaji : Alma Samih Sakinah

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas Klien

Nama Ibu	: Ny.D	Nama Suami	: Tn. J
Umur	: 21 Tahun	Umur	: 25 Tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Kp Pasar wetan , Ds. Cikajang , Kec Cikajang, Kab. Garut.		

2. Alasan Datang

Ibu mengatakan sudah keluar lendir bercampur darah dan keluar air-air lumayan banyak pukul 13.30 WIB

3. Keluhan Utama

Ibu datang ke puskesmas cikajang mengaku hamil 9 bulan, mengatakan mules sejak pukul 03.00 WIB 10 jam sebelum masuk ke puskesmas, sudah keluar lendir bercampur darah dan keluar air air lumayan banyak dari jalan lahir pukul 13.30 WIB 5 menit sebelum masuk ke puskesmas, gerakan janin masih bisa dirasakan

4. Riwayat Menstruasi

Ibu menarche usia 13 tahun, lamanya 6-7 hari siklus 28 hari teratur, banyaknya mengganti pembalut 2-3x/hari, kadang ada keluhan sakit menstruasi seperti nyeri haid pada hari pertama.

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT 07-06-2022 dengan TP 14-03-2023, pemeriksaan kehamilan teratur ke BPM, posyandu dan puskesmas sebanyak 8 kali, ibu juga telah mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2 kali. Gerakan janin pertama kali dirasakan kurang lebih usia kehamilan 4 bulan (16 minggu) gerakan aktif > 10 kali gerak. Tidak ada obat-obatan yang dikonsumsi selain obat yang diberikan oleh bidan yaitu tablet Fe sebanyak 90 tablet, ibu sudah memakan kurang lebih 80 tablet.

6. Riwayat Kehamilan Persalinan dan Nifas yang Lalu

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan pertama, sebelumnya belum pernah hamil ataupun ada riwayat keguguran.

7. Riwayat Kesehatan Ibu Dan Keluarga

Ibu, suami dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit menular, menurun ataupun menahun seperti jantung, malaria, HIV/AIDS, dan lain lain.

8. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan metode kontra apapun

9. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Makan 2-3x sehari dengan menu bervariasi lauk-pauk, sayuran, buah-buahan, dengan porsi sedang. Minum 7-8 gelas air putih sehari.

Evaluasi : makan dan minum terakhir 1 sampai 2 jam sebelum berangkat ke puskesmas.

b) Eliminasi

BAB 1-2x sehari

BAK 6-7x sehari tidak ada keluhan

Evaluasi : BAB dan BAK terakhir 1 jam sebelum berangkat ke puskesmas.

c) Istirahat

Tidur malam 6-7 jam, tidak ada keluhan selama tidur. Tidur siang +1-2 jam.

Evaluasi : tidur terakhir ibu kurang lebih 3-4 jam.

d) Aktivitas

Ibu melakukan pekerjaan rumah ringan seperti menyapu, mengepel, dan mencuci.

e) Personal Hygiene

Mandi 2 kali sehari, keramas 2 hari sekali, ganti celana dalam sering jika merasa lembab.

10. Pola Hubungan Seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual kurang lebih 1-2 hari yang lalu dan melakukan hubungan seksual lebih dari 3 kali dalam seminggu dengan suami.

11. Personal Spiritual

Dukungan keluarga, Keluarga merasa senang dan menerima kehamilan ibu.

12. Pengambilan Keputusan : Oleh suami

13. Rencana Bersalin : Di puskesmas.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

b) Tanda-tanda Vital

TD : 120/80mmHg

R : 21x/menit

N : 84x/menit

S : 36,5°C

c) Antropometri

BB Sekarang : 63 kg

BB sebelum hamil : 55 kg

Kenaikan berat badan : 8kg

IMT : 23,2 (Normal)

Tinggi badan : 154 cm

LILA : 27 cm

Lingkar Perut : 102 cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Tidak ada benjolan, tidak ada kelainan.
- b. Wajah : Tidak ada oedema, tidak pucat.
- c. Mata : Konjungtiva merah muda, sclera bersih
- d. Hidung : Tidak ada secret
- e. Mulut : Bibir lembab, lidah bersih, tidak ada caries gigi
- f. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan limfe.
- g. Payudara : Puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar.
- h. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi
- TFU : 32 cm. (Mc.Donald).
- Leopold I : Dibagian fundus ibu teraba bulat lunak tidak melenting (Bokong).
- Leopold II : Dibagian kiri ibu teraba keras memanjang (Punggung)

- Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting (Kepala) sudah masuk pintu atas panggul (PAP)
- Leopold IV : Divergen 4/5
- DJJ : 144x/ menit (reguler)
- HIS : 1-2x10'20'
- TBBJ : (32-11) x 155 = 3.255 gram (McDonald)
- i. Genetalia : Vulva/vagina tidak ada kelainan
- Portio : Tebal lunak
- Ø : 2 cm
- Ketuban : (-) Jernih
- Presentasi : Kepala
- Penurunan : H 1.
- j. Ekstermitas : Ekstremitas atas dan bawah tidak oedema, tidak varises, refleks patella (+/+).

3. Pemeriksaan Penunjang

- HB : 12,9g/dl
- Golongan darah : B
- HBSAg : (-) NEGATIF
- Protein Urine : (-) NEGATIF
- HIV : (-) NEGATIF
- Sifilis : (-) NEGATIF
- Swab Covid : (-) NEGATIF

Tes Lakmus : (+) Berubah warna menjadi warna biru

C. ANALISA

G1PoAo gravida 40 Minggu Inpartu kala 1 fase laten dengan KPD janin tunggal hidup intrauterin

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan kepada ibu bahwa kondisi ibu dan juga janin baik.

Evaluasi: Ibu mengerti dan memahaminya.

2. Menganjurkan ibu untuk makan minum

Evaluasi: ibu bersedia untuk makan dan minum meskipun sedikit sedikit tapi sering.

3. Mengajarkan ibu cara mengatur nafas dengan baik dan benar

Evaluasi: ibu memahami dan melakukannya.

4. Memberitahu ibu agar tetap rileks jika ada HIS atau mules

Evaluasi: ibu mengerti dan memahaminya.

5. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri

Evaluasi : ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan.

6. Melakukan pemantauan DJJ setiap 1 jam sekali

Evaluasi : DJJ normal dan teratur (regular).

7. Memberikan dukungan dan motivasi kepada ibu

Evaluasi : ibu merasa lebih rileks dan tenang.

8. Mengobservasi perkembangan dan kemajuan persalinan.

Evaluasi : observasi telah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN

Jam/Tanggal Pengkajian : 18.00 WIB / 25 Maret 2023

Tempat Pengkajian : Ruang Bersalin

3.1.1 ASUHAN PERSALINAN KALA I FASE LATEN

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan mulesnya sedikit bertambah.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda Vital

TD: 110/80 mmHg

R: 21x/m

N: 88x/m

S: 36,4°C

3. Auskultasi : DJJ 142x/m (reguler)

4. HIS : 1-2x10'30"

5. Genetalia

Vulva/vagina : Tidak ada kelainan

Portio : Tebal lunak

Pembukaan : 2-3 cm

Ketuban : (-) Jernih

Presentasi : Kepala

Hodge : I+

C. ANALISA

G1PoAo Gravida 40 Minggu Inpartu Kala 1 Fase Laten dengan KPD janin tunggal hidup intrauterin

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bahwa ada sedikit kemajuan pembukaan.

Evaluasi : ibu dan keluarga mengetahui keadaannya.

2. Mengajarkan ibu teknik relaksasi

Evaluasi : ibu merasa nyaman.

3. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum lagi agar tidak kehilangan tenaga.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran

4. Menganjurkan ibu untuk miring kiri dan memposisikan ibu agar ibu merasa nyaman.

Evaluasi : ibu bersedia miring kiri dan merasa bahwa posisi tersebut membuat ibu nyaman.

Pukul 22.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan mulesnya sedikit bertambah dan sudah mulai teratur.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
2. Tanda-tanda Vital
TD:120/80 mmHg
R : 21x/M
N : 85x/M
S : 35,8°C
3. Auskultasi : DJJ 138x/menit(reguler)
4. HIS : 2x10'30"
5. Genetalia
Vulva vagina : Tidak ada kelainan
Portio : Tebal lunak
Pembukaan : 2-3 cm
Ketuban : (-) Jernih
Presentasi : Kepala
Hodge : I+

C. ANALISA

G1PoAo Gravida 40 minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan KPD janin tunggal hidup intrauterin

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan kepada ibu bahwa pembukaan masih tetap

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui dan memahami keadaannya.

2. Menganjurkan ibu untuk mengatur nafas dengan baik dan benar

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran.

3. Konsultasi kepada dr. Advice rujuk pasien.

Evaluasi : memberitahu keluarga pasien dan mempersiapkan berkas rujukan.

4. Konsul kepada pihak ponsek RSUD, pihak ponsek menyarankan untuk menunggu sampai 12 jam terlebih dahulu atau sampai pukul 02.00 WIB.

Evaluasi : menunggu dan mengobservasi pasien.

5. Memberi obat kepada pasien yaitu Amoxilin dan juga melakukan tindakan infus, memberi cairan infus RL sesuai advice Dokter.

Evaluasi : mengobservasi pasien

3.1.2 ASUHAN PERSALINAN KALA I FASE AKTIF

Tanggal 26 Maret 2023

Pukul 01.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengeluh mulasnya semakin bertambah dan sakit area jalan lahir.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
2. Tanda-tanda Vital
TD : 110/70 mmHg
R : 22x/m
S : 36,6°C
N : 86x/m
3. Auskultasi : DJJ 135x/menit (reguler)
4. HIS : 3x10'35"
5. Genetalia
Vulva/vagina : Tidak ada kelainan
Portio : Lunak
Pembukaan : 6 cm
Ketuban : (-) (NEGATIF) Jernih
Presentasi : Kepala
Hodge : II+

C. ANALISA

G1PoAo, Gravida 40 minggu Inpartu Kala I Fase Aktif dengan KPD janin tunggal hidup intrauterin

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, mengatakan bahwa ada kemajuan pembukaan.

Evaluasi : ibu mengetahui dan memahami keadaannya.

2. Menganjurkan ibu untuk tetap mengatur nafas dengan baik dan benar.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran

3. Menganjurkan ibu untuk miring kiri.

Evaluasi: ibu bersedia mengikuti anjuran yang disarankan.

4. Memberitahu kepada keluarga pasien untuk memberi dukungan dan semangat kepada ibu.

Evaluasi: keluarga pasien mengetahui dan memahaminya langsung memberikan semangat kepada ibu..

5. Menyiapkan perlengkapan bayi serta alat partus set.

Evaluasi perlengkapan dan peralatan sudah siap

6. Mengobservasi kemajuan persalinan.

Evaluasi : observasi dilakukan.

3.1.3 ASUHAN PERSALINAN KALA II FASE AKTIF

Pukul 02.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengeluh mulasnya semakin bertambah dan rasa ingin meneran.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
2. Tanda-tanda Vital
TD : 110/80 mmHg
R : 22 x/m
N : 86 x/m
S : 36,6°C
3. Auskultasi : DJJ 149x/menit (reguler)
4. HIS : 5x10'x50"
5. Genetalia
Vulva vagina : Tidak ada kelainan
Portio : Tidak teraba
Pembukaan : 10 cm lengkap
Ketuban : (-) Jernih
Presentasi : Kepala
Hodge : III

C. ANALISA

G1PoAo, Gravida 40 minggu Inpartu Kala II dengan KPD janin tunggal hidup intrauterin

D. PENATALAKSANAAN

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

Evaluasi: ibu dan keluarga mengerti dan juga mengetahui keadaannya

2. Menganjurkan ibu untuk mengatur nafas pada saat persalinan.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang disarankan.

3. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi litotomi pada saat persalinan

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia.

4. Memimpin ibu untuk mendedan

Bayi lahir spontan pukul 02.15 WIB jenis kelamin Laki-laki langsung menangis, BB 3000 Kg, PB 49 cm, LK 30 cm.

5. Melakukan penatalaksanaan bayi baru lahir, mengeringkan bayi dengan segera kecuali muka telapak tangan.

Evaluasi : sudah dilakukan dan memberikan bayi kepada ibu.

6. Memfasilitasi IMD.

Evaluasi : bayi sudah dipelukan ibu, ibu merasa senang

3.1.4 Asuhan Persalinan Kala III

Pukul 02.20 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

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

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik,

TFU : Sepusat

Kontraksi : Baik,

Kandung Kemih : Kosong

C. ANALISA

P₁Ao kala III

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu tindakan yang akan dilakukan selanjutnya.

Evaluasi : ibu memahami dan bersedia untuk tindakan selanjutnya.

2. Mengecek janin ke 2 (tidak ada)

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. Pukul 02.25 WIB plasenta lahir spontan.

Evaluasi : sudah dilakukan , pukul 02.25 WIB plasenta lahir spontan

5. Melakukan masase uterus 15 kali dalam 15 detik.

Evaluasi : sudah dilakukan masase, kontraksi uterus baik

6. Mengecek kelengkapan plasenta

Evaluasi : sudah dilakukan pengecekan plasenta, plasenta lengkap terdapat 20 kotiledon selaput utuh.

7. Mengecek laserasi, terdapat luka laserasi derajat 2.

Evaluasi : telah dilakukan penjahitan.

8. Mengajarkan masase uterus kepada ibu dan juga keluarga ibu

Evaluasi : ibu dan keluarga memahami serta bisa melakukan masase

3.1.5 Asuhan Persalinan Kala IV

Pukul 02.40 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

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

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : composmentis,

2. Tanda-tanda Vital

TD : 110/70 mmHg

R : 22x/menit

N : 81x/ menit

S : 36,6°C

3. Abdomen

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi uterus : Baik (+), konsistensi keras.

Kandung kemih : kosong

4. Genetalia

Vulva/vagina tidak ada kelainan, terdapat luka laserasi diperineum

derajat 2, pengeluaran darah pervaginam ± 80 cc

C. ANALISA

P1A0, Kala IV.

D. PENATALAKSANAAN

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

Evaluasi : ibu dan keluarga mengetahui hasil keadaanya.

2. Membersihkan ibu dan lingkungan.

Evaluasi : ibu mengerti dan sudah dilakukan

3. Membersihkan alat dan membuang sampah infeksius, non infeksius dan sampah tajam sesuai pada tempatnya.

Evaluasi: sudah dilakukan.

4. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk menilai kontraksi yaitu dengan melakukan masase uterus.

Evaluasi: ibu dan keluarga mengerti dan melakukan masase uterus.

5. Melakukan pemantauan kala IV yaitu TTV, kontraksi uterus, jumlah perdarahan, kandung kemih pada satu jam pertama setiap 15 menit sekali dan setiap 30 menit sekali pada jam kedua, terlampir di partograf.

Evaluasi : sudah dilakukan

6. Memberitahu KIE tanda bahaya postpartum (nifas).

Evaluasi: ibu bersedia dan memahaminya.

7. Memberitahu ibu tentang asuhan yang dilakukan dirumah, untuk membersihkan jalan lahirnya dengan menggunakan air dingin yang matang dan juga bersih karena ibu mempunyai luka laserasi diperineum.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang disarankan.

Kasus	Pengertian	Penyebab		Tanda atau gejala		Planning atau intervensi	
Ketuban Pecah Dini (KPD)	Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu pada pembukaan 4 cm (fase laten) Hal ini dapat terjadi	Teori	Praktik	Teori	Praktik	Teori	Praktik
		Infeksi Serviks inkompeten	Biasa melakukan hubungan seksual lebih dari 3 kali dalam seminggu	Keluarnya cairan merembes melalui vagina	Keluar air-air secara tiba-tiba dari jalan lahir berwarn a jernih berbau amis	penanganan KPD secara aktif: Melakukan tindakan infus dan diberikan cairan RL. Memberikan obat antibiotik	konsultasi dan kolaborasi dengan dokter Pasang infuse RL Memberikan obat antibiotik.
		Riwayat Ketuban Pecah Dini		Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amnion			
		Tekanan intrauterin		Cairan ini tidak akan berhenti atau kering			
		Kelainan letak		Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut			
		Pola					

	pada akhir kehamilan manapun jauh sebelum waktunya melahirkan. Menurut Nugroho (2012)	pekerjaan seksual dengan frekuensi melebihi 3 kali seminggu		jantung janin bertambah cepat itu merupakan tanda-tanda infeksi (Manuaba 2010).			
--	--	---	--	---	--	--	--

3.2 Tabel Matrik Tinjauan Teori dan Kasus

BAB IV

PEMBAHASAAN

Pada bab ini akan dibahas tentang kesenjangan antara teori dan hasil tinjauan kasus penatalaksanaan asuhan pada Ny.D dengan persalinan Ketuban Pecah Dini yang dirawat di Puskesmas Cikajang pada tanggal 26 Maret 2023. Untuk memudahkan pembahasan maka penulis akan membahas berdasarkan langkah-langkah asuhan kebidanan yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

4.1 Data Subjektif

Pasien datang ke Puskesmas pada hari sabtu 25 Maret 2023 pukul 14.00 WIB, setelah itu dilakukan anamnesa mengenai identitas dari riwayat ibu. Berdasarkan hasil anamnesa yang didapatkan pada Ny.D umur 23 tahun G1P0A0 hamil 9 bulan, dengan HPHT 07-06-2022. Pada kehamilan ini merupakan kehamilan aterm yang berlangsung pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir. Ibu mengeluh mules sejak pukul 03.00 WIB dan pada pukul 13.30 WIB mengatakan 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 dimulai dengan tanda inpartu atau pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. (Prawirohardjo,2014).

Sedangkan menurut Manuaba 2013, Ketuban Pecah Dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Apabila terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu di sebut dengan Ketuban Pecah Dini

kehamilan premature dalam keadaan normal 8-10 % perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Manuaba,2013).

Menurut penelitian Ikrawanty,dkk 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. Pada sebagian besar ibu bersalin dengan KPD yaitu antara umur kehamilan 37 - 42 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, dkk 2019).

Hasil anamnesis lainnya, Kehamilan pada usia muda (< 20-22tahun) 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 W,dkk 2019).

Pada 1-2 hari yang lalu ibu 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).

Menurut Winkjosastro (2012) frekuensi coitus pada kehamilan yang lebih dari 3 kali dalam seminggu diyakini berperan dalam terjadinya ketuban pecah dini, hal ini berkaitan dengan kondisi organisme yang memicu kontraksi rahim oleh karena adanya paparan terhadap hormon prostaglandin didalam semen atau cairan sperma. (Winkjosastro,2012)

4.2 Data Objektif

Berdasarkan hasil pengkajian secara objektif yaitu melakukan pemeriksaan keadaan umum ibu dalam keadaan baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil, TTV normal, pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan pada ibu. Hal ini sesuai dengan teori (Walyani,2015).

Pemeriksaan Leopold dan pemeriksaan dalam. Leopold I teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong), Leopold II teraba keras memanjang seperti papan disebelah kiri (punggung), dan teraba bagian kecil disebelah kanan (ekstremitas), Leopold III bagian bawah teraba bulat, keras, melenting (kepala) sudah masuk pintu atas panggul (PAP), Leopold IV Divergen, penurunan kepala 4/5, denyut jantung janin 144x/menit, His: 1-2x10'20", Pemeriksaan dalam terdapat v/v tidak ada kelainan, portio teraba, pembukaan 2cm, ketuban (-) Jernih, 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 kuman, penyebab infeksi sudah tidak ada sehingga dapat membahayakan bagi ibu dan janinnya (Wilda dan Suparji,2020).

Tindakan selanjutnya melakukan pemeriksaan test lakmus, dan hasil tes berubah warna. Hal ini sesuai dengan teori yang di kemukakan.(Jhonson,2020) agar terbukti apakah ketuban sudah pecah atau belum bisa dilakukan dengan cara test lakmus, jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

Pengkajian data subjektif pada Ny. D kemudian di lakukan pemeriksaan dalam pada jam 14:00 dengan hasil terdapat pembukaan 2 cm, selaput ketuban sudah pecah warna ketuban jernih. Hal ini sesuai dengan teori (Maharani, 2017) yang menyatakan bahwa Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu atau sebelum terdapat tanda persalinan yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan sebelum pembukaan 5 cm. KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya.

Ibu sudah diberikan antibiotik berupa Amoxillin atas advise dokter. Hal ini sesuai dengan teori dari Kartika Sari (2019) tentang penanganan yang dilakukan bidan untuk dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dan kebidanan diantaranya dalam pemberian antibiotik.

4.3 Analisa

Berdasarkan data tersebut Ny. D G1POAO di diagnosa Ketuban Pecah Dini (KPD). Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan manapun jauh sebelum waktunya melahirkan. Menurut Nugroho (2012). Dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

4.4 Penatalaksanaan

Setelah dilakukan pengkajian dengan keluhan yang dirasakan oleh Ny.D maka penatalaksanaan yang dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter. Ny.D usia 23 tahun G1POAO gravida 40 minggu dengan melakukan pemantauan keadaan umum ibu, kesadaran, TTV. Tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik.

Pada pukul 14.00 WIB pembukaan 2cm HIS 1-2x10'20", ibu diberitahu tentang pembukaan, 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.

Pada pukul 18.00 WIB pembukaan 2-3 cm His 1-2x10'30", ibu diberitahu tentang kemajuan pembukaan, mengajarkan ibu cara mengatur nafas dengan baik, memberitahu keluarga pasien untuk memberi makan dan minum , ibu dianjurkan untuk miring kiri dan memposisikann ibu senyaman mungkin.

Pada pukul 22.00 WIB ibu mengatakan mulesnya sedikit bertambah, pembukaan 2-3cm His 2x10'30", memberitahu ibu bahwa pembukaan masih tetap,dan tetap menganjurkan ibu untuk mengatur nafas dengan baik dan benar, melakukan konsul kepada dr. Advice rujuk pasien, sambil menyiapkan rujukan, konsul kepada pihak ponek rumah sakit, pihak ponek menyarankan untuk menunggu hingga 12 jam terlebih dahulu. Sambil memberikan ibu obat yaitu amoxilin dan melakukan tindakan atau pemasangan infus RL.

Pada pukul 01.00 WIB ibu mengatakan mulesya semakin bertambah, pembukaan 6 cm, His 3x10'35", memberitahu ibu bahwa pembukaan maju, mengajarkan ibu untuk mengatur nafas dengan baik dan benar, memberitahu pihak rs rujuk dibatalkan, mempersiapkan semua peralatan bayi dan alat partus, semua peralatan sudah siap.

Pada pukul 02.00 WIB pembukaan 10cm, His 5x10'50", memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan ibu akan melakukan persalinan, ibu diposisikan senyaman mungkin, ibu memilih

posisi litotomi, Ibu dipimpin mendedan dan dianjurkan untuk menarik nafas disela-sela kontraksi. Untuk mengurangi resiko robekan yang sangat besar dan tidak beraturan.

Pada proses penolong tidak memakai/menggunakan APD lengkap seperti kacamata google, penolong hanya memakai celemek, sepatu tertutup, masker, dan sarung tangan, maka dari itu persiapan penolong persalinan ini tidak sesuai APN. (Modul Midwifery Update, 2016).

Menyuntikan oksitosin 10 IU di paha kanan ibu secara IM, terdapat tanda- tanda pelepasan plasenta, melakukan peregang tali pusat terkendali kurang dari 15 menit plasenta lahir dan melakukan masase uterus 15 kali selama 15 detik, langsung dilakukan eksplorasi untuk memastikan bahwa ada atau tidaknya kontiledon atau selaput yang tersisa agar menghindari perdarahan. Tetapi pada penatalaksanaan ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Prawirohardjo,2010) bahwa bila terdapat kontiledon atau selaput yang tersisa dan nampak perdarahan banyak baru dilakukan eksplorasi atau curettage Sedangkan pada kasus Ny. D tidak mengalami perdarahan post partum. Jadi terdapat kesenjangan antara teori dan praktik dilapangan.

Mengecek luka laserasi, terdapat laserasi derajat 2 dan dilakukan penjahitan. Membersihkan ibu dan tempat persalinan, melakukan penatalaksanaan pada bayi, mendekontaminasi alat, mengobservasi keadaan umum ibu, TTV, kontraksi uterus, perdarahan, dan pendokumentasian.

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. D di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subjektif, yang di dapatkan dari hasil anamnesa terhadap pasien, pengkajian fisik, kemudian data-data tersebut di interprestasi untuk menentukan analisa, selanjutnya dilakukan penatalaksanaan tersebut. Proses asuhan kebidanan pada Ny. D ini sesuai teori yang dikemukakan oleh (Rukiyah,2010).

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan persalinan pada Ny. D 23 tahun G1P0A0 gravida 40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Cikajang Maka penulis dapat menyimpulkan:

1. Pengkajian data subjektif pada Ny. D 23 tahun G1P0A0 gravida 40 minggu di Puskesmas Cikajang sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
2. Pengkajian data objektif pada Ny. D 23 tahun G1P0A0 gravida 40 minggu di Puskesmas Cikajang sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
3. Analisa pada Ny. D usia 23 tahun GIPOAO gravida 40 minggu di Puskesmas Cikajang sudah sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan.
4. Penatalaksanaan pada Ny. D 23 tahun G1POAO gravida 40 minggu di Puskesmas Cikajang sudah sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan.
5. Pendokumentasian asuhan persalinan pada Ny. D 23 tahun G1P0A0 gravida 40 minggu di Puskesmas Cikajang 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 Pendidikan

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

3. Bagi pelayanan kesehatan

Diharapkan bagi petugas kesehatan dapat menjadi bahan evaluasi agar lebih bisa meningkatkan mutu pelayanan yang sesuai dengan standar yang berlaku untuk penanganan Ketuban Pecah Dini.

DAFTAR PUSTAKA

Irawati, Muliani, dan Arsyad (2019) *Pengaruh Pemberian Kompres Hangat terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Ibu Inpartu Kala Satu Fase Aktif. Jurnal Bidan Cerdas (JBC)*, 2(3), 157.

WHO (2019) Angka Kematian Ibu

Jannah ASKEB II *Persalinan Bebas Kometensi* Jakarta: ECG, 2018.

Wulandari, P., Sofitamia, A., & Kustriyani, M. (2019). The effect of guided imagery to the level of anxiety of trimester III pregnant woman in the working area of Mijen Health Center in Semarang City. *Media Keperawatan Indonesia*, 2(1), 29-37.

Profil kesehatan Kab Garut tahun 2020

Maharani. 2017. Ketuban Pecah Dini eprints.umm.ac.id/89482/3/BAB%202.pdf

Prawirohardjo. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Prawirohardjo. 2013. *Buku Acuan Nasional Pelayanan kesehatan dan Neonatal*. Jakarta PT. Bina Pustaka.

Handayani,Rukiah Sih. dkk. 2017. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Kemenkes RI.

Meihartati, Tuti. "Hubungan antara Pola Seksualitas Gravida dengan Ketuban Pecah Dini." *Jurnal Medika: Karya Ilmiah Kesehatan* 3.1 (2018): 76-83.

Varney,H., 2007. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4. Jakarta; EGC

Manuaba, L. G. B. 2013. *Ilmu kebidanan penyakit kandungan dan keluarga berencana untuk pendidikan bidan*. Jakarta: EGC

Ayu W, Melisa Febrianti dan Ana Octaviani (2019). *Faktor yang Berhubungan Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Tahun 2019*. Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia, Vol. 3, No1, 52-61, Handayani dan Triwik. 2017. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta Selatan Kemenkes RI.

Walyani, Elisabeth Siwi. (2015). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*, Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Wilda dan Suparji(2020). *Dampak Faktor Usia dan Paritas Terhadap Prevalensi Ketuban Pecah Dini Ibu pada Masa Bersalin*. 2-TRIK : Tunas-Tunas Riset Kesehatan, vol. 10, No. 1, 67-71

Manuaba, I. B. G. (2010). *Penuntun diskusi obstetri dan ginekologi*. EGC.

Mochtar Bukit tinggi Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan*, 3(2).

Depkes RI (2009), *tahapan persalinan*

Sumarah (2009), *persalinan kala II, kala III dan kala IV*

JNPK-KR.2012.*Asuhan Persalinan Normal*.Jakarta.JNPK-KR

Jenny (2013), *tanda-tanda pelepasan plasenta*

Nugroho, L. C., & Dewantiningrum, J. (2012). *Perbedaan luaran janin pada persalinan preterm usia kehamilan 34-36 minggu dengan dan tanpa ketuban pecah dini* (Doctoral dissertation, Fakultas Kedokteran).

Manuaba, I. A. C (2009). *Buku Ajar Patologi Obstetri*. EGC..

Fadlun dan Feryanto. (2011). *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

Nugroho (2010), *riwayat ketuban pecah dini*

Tahir, S. (2012). *Faktor Determinan Ketuban Pecah Dini*. Media Sains Indonesia.

Cunningham (2009), *resiko mengalami KPD*

Jurnal Penelitian Perbedaan Kejadian Ketuban Pecah Dini Antara Primipara dan Multipara, (2012)

Prawirohardjo. 2010. *komplikasi KPD*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

PNPK (2016), *Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)*

Syaifuddin (2009), *prinsip ketuban pecah dini (KPD)*

Moshiro R, Mdoe P, Perlman JM. 2019. A Global View of Neonatal Asphyxia and Resuscitation. *Front. Pediatr*7:489. doi: 10.3389/fped.2019.00489

Kementrian Kesehatan RI. 2010 Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Nani Surtinah, S.SiT., M.Pd and Sulikah, SST., M.Kes and Nuryani, S.SiT., M.Kes 2019 *BUKU AJAR DOKUMENTASI KEBIDANAN*. Prodi Kebidanan Magetan, Jl. Jend S Parman No. 1 Magetan.

Wiknjosastro, H. (2012). Ilmu Kebidanan Edisi Keempat. *Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.*

Ikrawanty Ayu W, Melisa Febrianti, Ana Octaviani (2019) *Faktor yang Berhubungan Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Tahun 2019*. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*, Vol. 3, No. 1, 52-61,

Jhonson. (Eds). (2020). *Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Rapha Publishing.

Modul Midwifery Update, 2016

Rukiyah, Ai Yeyeh. 2010. *Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan)* Jakarta:

Trans Info Media

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Alma samih sakinah

Nim : KHGB20012

Pembimbing : Fitri Hanriyani, S.ST., M.Pd

Judul : Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. D 23 Tahun G1P0A0
Gravida 40 Minggu Dengan KPD Di Puskesmas Cikajang.

No	Tanggal	Materi yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	12 Mei 2023	BAB I, BAB II	Revisi	
2	15 Mei 2023	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV	Revisi	
3	17 Mei 2023	BAB II, BAB III, BAB IV	Revisi	
4	18 Mei 2023	BAB III, BAB IV, BAB V	Revisi	
5	21 Mei 2023	BAB III, BAB IV	Revisi	
6	22 Mei 2023	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V	ACC	

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Alma Samih Sakinah

Nim : KHGB20012

Penguji I : Dessy Syswianti, SST., M.kes.

Judul : Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. D 23 Tahun G1P0A0
Gravida 40 Minggu dengan KPD di Puskesmas Cikajang.

[illegible]

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Alma Samih Sakinah
Nim : KHGB20012
Penguji II : Rosita Alvia, SST, MKM
Judul : Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. D 23 Tahun G1P0A0
Gravida 40 Minggu dengan KPD di Puskesmas Cikajang.

No	Tanggal	Materi yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	30 Juni 2023	BAB I, II, III, IV dan BAB V	Revisi	
2	4 Juli 2023	BAB I, dan BAB II	Revisi	
3	10 Juli 2023	BAB III, IV dan BAB V	Revisi	
4	12 Juli 2023	BAB I, II, III, IV dan BAB V	ACC	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Alma Samih Sakinah

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 26 January 2002

Motto
mengandalkan : jadilah perempuan yang pekerja keras dan tidak
harta orang tua

Agama : Islam

No HP : 0857-2435-3387

Email : almasamihsakinah@gmail.com

Alamat : Kp.weda sari RT.02/RW.04 Desa.Mekarsari Kec.Cibatu
Garut

Instagram : @ini.almaaaa

Riwayat Pendidikan

1. SDN 1 Mekarsari
2. SMPN 1 Limbangan
3. SMK Kesehatan BKL
4. Terdaftar sebagai Mahasiswa STIKES Karsa Husada Garut Jurusan D3

Kebidanan