

ASUHAN PERSALINAN PADA NY. K USIA 22 TAHUN

G1P0A0 GRAVIDA 37-38 MINGGU DENGAN KPD DI

UPT. PUSKESMAS SAMARANG

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D-3 Kebidanan Sekolah Tinggi

Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

ADE SINTIA DEWI

KHGB20058



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI D-3 KEBIDANAN

2023

PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan sebagai dalam daftar pustaka
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing
3. Karya Tulis Ilmiah adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapat gelar akademik (A.Md.Keb) baik dari STIKes Karsa Husada maupun di perguruan tinggi lain.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian 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

Yang membuat pernyataan

Garut, Mei 2023

ADE SINTIA DEWI

(KHGB20058)

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN PERSALINAN PADA NY. K USIA 22
TAHUN G₁P₀A₀ GRAVIDA 37-38 MINGGU
DENGAN KPD DI PUSKESMAS SAMARANG

NAMA : ADE SINTIA DEWI

NIM : KHGB20058

KARYA TULIS ILMIAH

KTI ini telah di setujui untuk di sidangkan di hadapan
Tim penguji Program Studi D-3 Kebidanan
STIKes karsa Husada Garut

Garut, Mei 2023

Menyetujui

Pembimbing,



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes

NIK : 043298.1009.064

Mengetahui

Ketua Program Studi D-3 Kebidanan



Hj.Esa Risi Suazini, AM.Keb.,M.KM

NIK : 043298.1004.031

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN PERSALINAN PADA NY.K USIA 22 TAHUN
G₁P₀A₀ GRAVIDA 37-38 MINGGU DENGAN KPD DI
PUSKESMAS SAMARANG

NAMA : ADE SINTIA DEWI

NIM : KHGB20058

KARYA TULIS ILMIAH

KTI ini telah di sidangkan dihadapan
Tim Penguji Program Studi D-3 Kebidanan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Mei 2023

Mengesahkan,

Pembimbing : Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes

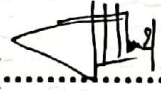
NIK : 043298.1009.064

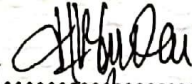
Penguji I : Titi Purwitasari Handayani,M.Keb

NIK : 043298.0910.084

Penguji II : Ernawati, S.ST.,M.Kes

NIK : 043298.0512.108


(.....)


(.....)


(.....)

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-3 Kebidanan



Hj.Esa Risi Suazini, AM.Keb, S.KM.,M.KM

NIK : 043298.1004.031

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan janji dan syukur kehadiran Ilahi Robi yang maha sempurna Allah SWT, karena dengan rahmat, karunia dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan salah satu tugas Karya Tulis Ilmiah yang berjudul

“ASUHAN PERSALINAN PADA NY.K USIA 22 TAHUN G₁P₀A₀
GRAVIDA 37-38 MINGGU DENGAN KPD DI PUSKESMAS
SAMARANG”

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya akan segala kesalahan dan kekurangan, baik dalam penggalan materi maupun bahasannya untuk itu penulis mohon kritikan dan saran sebagai masukan yang bersifat membangun.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, pengarahan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Dr.H.Hadiat.MA. Selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Suryadi, SE, M,Si Selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. H.Engkus Kusrnadi, S.Kep.,M.Kes. Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
4. Hj.Esa Risi Suazini, AM.Keb.,M.K.M. Selaku Ketua Prodi D-3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

5. Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes. Selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan serta saran kepada penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Titi Purwitasari Handayani, S.ST., Bd., M.Keb selaku penguji 1 sidang Karya Tulis Ilmiah.
7. Ernawati,S.ST.,M.Kes selaku penguji 2 sidang Karya Tulis Ilmiah.
8. Para Dosen dan seluruh Staf Kependidikan dan Tata Usaha di lingkungan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti Pendidikan.
9. Teristimewa kepada kedua orangtua dan keluarga besar yang telah menemani, membantu dan memberikan do'a serta dukungannya selama menempuh Pendidikan di STIKes Karsa Husada Garut.
10. Ny. K selaku pasien asuhan saya, yang telah berkenan untuk mempersilahkan saya melakukan asuhan pada ibu.
11. Ratih Nurani, S.ST. Selaku pembimbing lapangan telah membimbing saya selama di puskesmas samarang.
12. Semua rekan seperjuangan D-3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis belajar banyak dari pengalaman yang dilalui bersama.
13. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang turut membantu sehingga Karya Tulis ini dapat diselesaikan.

Akhir kata kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan ini, penulis mengucapkan terimakasih dan semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.

Garut, Mei 2023

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan.....	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4 Metode Pengumpulan Data.....	5
1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian.....	6
1.5.1 Tempat	6
1.5.2 Waktu	6
1.6 Manfaat.....	6
1.6.1 Bagi Penulis	6
1.6.2 Bagi Institusi	6

1.6.3 Bagi Lapangan Praktik.....	6
1.6.4 Bagi Klien	6
BAB II TINJAUAN TEORI	7
2.1 Persalinan	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Tanda-tanda Persalinan.....	7
2.1.3 Jenis-jenis Persalinan	8
2.1.4 Tahapan Persalinan	8
2.1.5. Tujuan Asuhan Persalinan.....	10
2.2 Ketuban Pecah Dini	11
2.2.1 Definisi	11
2.2.2 Etiologi	11
2.2.3 Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD)	13
2.2.4 Tanda dan Gejala	14
2.2.5 Komplikasi	14
2.2.6 Diagnosis.....	16
2.2.7 Prinsip Ketuban Pecah Dini	18
2.2.8 Sintesa	19
2.3 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini.....	19
2.3.1 Penanganan Ketuban Pecah Dini.....	19
2.3.2 Penanganan KPD dengan kehamilan aterm	20
2.3.3 Sintesa	21

2.3.4 Bagan Protap pengelolaan KPD DI PUSKESMAS SAMARANG	22
2.4 Telaah Jurnal	
2.4.1 Hubungan Usia Kehamilan dan Paritas Ibu Bersalin Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini	22
2.4.2 Hubungan Antara Pola Seksualitas Gravida Ketuban Pecah Dini (KPD).....	23
2.5 Peran Bidan Dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Dengan KPD	24
2.6 Kewenangan Bidan	24
2.7 Pendokumentasian	28
2.7.1 Pengertian Dokumentasi	28
2.7.2 Langkah-langkah (7langkah Varney).....	29
2.7.3 Model Pendokumentasian	30
BAB III TINJAUAN KASUS.....	32
3.1 Asuhan Persalinan Pada Ny. K Usia 22 Tahun G ₁ P ₀ A ₀ Gravida 37-38 Minggu Kala 1Fase Laten Dengan KPD Di Puskesmas Samarang	32
3.1.1 ASUHAN PERSALINAN KALA II	45
3.1.2 Asuhan Persalinan Kala III.....	40
3.1.3 Asuhan Persalinan Kala IV	49

BAB IV PEMBAHASAN.....	52
4.1 Data Subjektif.....	52
4.2 Data Objektif	54
4.3 Analisa.....	55
4.4 Penatalaksanaan.....	55
4.5 Pendokumentasian.....	58
4.6 Tabel Matrik Tinjauan Teori Dan Kasus	
BAB V PENUTUP.....	59
5.1 Kesimpulan.....	59
5.2 Saran	60
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR BAGAN

2.3.4 Prosedur tetap pengelolaan KPD Di Puskesmas Samarang

DAFTAR TABEL

4.6 Matrik Tinjauan Teori dan Praktik

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: ANGKA KEMATIAN IBU
AKB	: ANGKA KEMATIAN BAYI
KPD	: KETUBAN PECAH DINI
APN	: ASUHAN PERSALINAN NORMAL
WHO	: WORLD HEALTH ORGANIZATION

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dengan adanya kontraksi rahim melalui proses yang dimulai dengan terdapat kontraksi uterus yang menimbulkan terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran mulut rahim (Irawati,Muliani dan Arsyad, 2019).

Angka Kematian Ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Rate* (MMR) merupakan jumlah 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. (WHO,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 ibu sebagian besar merupakan akibat dari adanya komplikasi/penyulit kehamilan, seperti koriamnionitis, infeksi saluran kemih, sebanyak 65% adalah karena KPD yang banyak menimbulkan infeksi pada ibu dan bayi (Jannah,2018).

Menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes) mencatat, jumlah kematian ibu di Indonesia sebanyak 4.627 jiwa pada tahun 2020. Jumlah tersebut 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. (Kementerian Kesehatan,2020)

Di kabupaten Garut jumlah kasus kematian ibu dan kematian bayi pada tahun 2016 mencapai peringkat tertinggi se-Jawa Barat. Data tersebut diketahui melalui Badan Statistik (BPS) melalui Dinas Pengendalian Penduduk Keluarga Berencana Pemberdayaan perempuan dan Perlindungan Anak (DPPKBPPPA) Garut, terdapat 74 kasus kematian ibu diantaranya ada dua kasus infeksi yang salah satunya disebabkan oleh KPD. (Dinkes Kabupaten Garut,2020).

Menurut data profil penyebab meningkatnya jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2020 di Kabupaten Garut disebabkan oleh tiga faktor, yaitu faktor langsung, faktor tidak langsung dan faktor determinan.

Faktor penyebab langsung Kematian Ibu tahun 2020 diantaranya yaitu perdarahan, eklamsi dan infeksi salah satunya KPD sedangkan faktor penyebab tidak langsung yaitu disebabkan oleh 3T (Terlambat mengenal tanda bahaya, Terlambat mengambil keputusan rujukan, Terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan) dan 4T (Terlalu muda, Terlalu tua, Terlalu sering, Terlalu banyak).

Ketuban Pecah Dini merupakan keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum Persalinan. Pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan perubahan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks ekstrakuler amnion, korion, dan apoptosis membran janin (Jannah,2018)

Menurut penelitian Wulandari et.al, pada tahun 2019. Angka kejadian KPD menurut *World Health Organization* (WHO) di dunia pada tahun 2017 sebanyak 50-60%. Sedangkan di Indonesia sebanyak 65% terjadinya Ketuban Pecah Dini. Dan angka kejadian ketuban pecah dini di Jawa barat sebanyak 230 kasus dari 4834 (4,75%) kebanyakan kasus kematian ibu itu disebabkan pada saat persalinan juga masa nifas (Wulandari, et.al, 2019)

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 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 KPD sesuai dengan kewenangannya.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan dengan judul **“ASUHAN PERSALINAN PADA NY.K USIA 22 TAHUN G₁P₀A₀ GRAVIDA 37-38 MINGGU DENGAN KPD DI PUSKESMAS SAMARANG”**

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka karya tulis ilmiah ini adalah **“Bagaimana Asuhan Persalinan Pada Ny.K Usia 22 Tahun G₁P₀A₀ Dengan Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Samarang Tahun 2023?”**

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny.K usia 22 tahun G₁P₀A₀ dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Samarang tahun 2023 dengan menggunakan Varney dan Pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny.K 22 tahun G₁P₀A₀ dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Samarang tahun 2023 dengan menggunakan Varney dan Pendokumentasian SOAP.
2. Melakukan pengkajian data Objektif pada Ny.K usia 22 tahun G₁P₀A₀ dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Samarang tahun 2023.

3. Menegakan Analisa pada Ny.K usia 22 tahun $G_1P_0A_0$ dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Samarang tahun 2023.
4. Melakukan penatalaksanaan pada Ny.K usia 22 tahun $G_1P_0A_0$ dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Samarang tahun 2023.
5. Melakukan pendokumentasian pada Ny. K usia 22 tahun $G_1P_0A_0$ dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Samarang tahun 2023 dan metode SOAP.

1.4 Metode Pengumpulan Data

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

1. Studi Kepustakaan

Yaitu dengan mempelajari informasi-informasi yang berkaitan dengan topik kasus yang bersangkutan.

2. Observasi Partisipasi

Yaitu dengan observasi dalam melakukan asuhan kebidanan secara langsung pada klien dan keluarga.

3. Wawancara

Yaitu mendapatkan data dengan cara bertanya kepada pasien, penulis juga melakukannya dengan petugas, klien dan keluarga .

4. Studi Dokumentasi

Yaitu melihat hasil catatan klien memeriksakan kehamilannya.

1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian

1.5.1 Tempat

Pengkajian Asuhan Kebidanan ini dilakukan di Puskesmas Samarang

1.5.2 Waktu

Waktu Pengkajian dilakukan pada hari senin tanggal 17 April 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 didapatkan dari Institusi Pendidikan terutama yang berkaitan dengan asuhan ibu hamil dengan Ketuban Pecah Dini.

1.6.2 Bagi Intitusi

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 Pengertian Persalinan Dengan KPD

Persalinan merupakan proses membuka atau menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan dari mulai usia kandungan 37-42 minggu, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. (Prawirohardjo,2013)

Sedangkan Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu 1 jam sebelum inpartu, terjadi pada pembukaan <4cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jatuh pada saat usia kehamilan sebelum 37 minggu, KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Prawirohardjo,2013)

2.1.2 Tanda tanda Persalinan

1. Kekuatan HIS semakin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek
2. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah). Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan

pembukaan. Hal tersebut menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas dan pembuluh darah pecah sehingga terjadi perdarahan dapat disertai ketuban pecah

3. Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam
4. Hasil yang di dapatkan dari pemeriksaan dalam yakni pelunakan, pendataran, dan pembukaan serviks (Sondakh 2018)

2.1.3 Jenis Jenis Persalinan

Mochtar 2017. Mengatakan ada dua jenis persalinan yaitu :

1. Persalinan Spontan

Proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan tenaga ibu sendiri

2. Persalinan Buatan

Proses Persalinan dengan bantuan tenaga dari luar

2.1.4 Tahapan Persalinan

Persalinan di bagi menjadi dua tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 cm. kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II dinamakan dengan kala pengeluaran karena kekutan his dan kekuatan mengejan, janin di dorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kalurie, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian (Sumarah,2017).

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka (Rohani, 2013).

1. Persalinan Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm atau pembukaan lengkap. Proses ini terjadi dua fase yakni fase laten selama 8 jam dimana serviks membuka sampai 3cm dan fase aktif selama 7 jam dimana serviks membuka dari 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient atau ibu yang sedang bersalin masih dapat berjalan-jalan (Sulistyawati,2013)

2. Persalinan Kala II

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan ditegakan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm (Sulistyawati,2013).

Gejala utama kala II yakni :

1. His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
2. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan untuk mengejan akibat terkekannya pleksus Frankenhauser.
3. Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipoglobin kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
4. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung
5. Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi di tolong dengan cara memegang kepala pada osocciput dan di bawah dagu, kemudian di tarik dengan menggunakan curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir ketika dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, kemudian bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

(Sondakh,2013)

3. Persalinan Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dinding uterus (Sumarah,2014)

Tanda-tanda pelepasan plasenta :

- a. Perubahan bentuk dan tinggi uterus
- b. Tali pusat memanjang
- c. Semburan darah (Sondakh,2013)

4. Persalinan Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan yang bersih dan nyaman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Sumarah, 2014)

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

2.2.1 Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan tunggu satu jam sebelum terjadi inpartu (Manuaba,2013).

Ketuban Pecah Dini di tandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat di nyatakan 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 sebenarnya. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm mengalami KPD. (Manuaba,2013).

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 (Rukiyah dan Yulianti,2020)

2.2.2 Etiologi

Walaupun banyak publikasi tentang Ketuban Pecah Dini, namun penyebab sebelumnya belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan ketuban pecah dini, namun faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi yaitu :

1. Serviks Inkompeten, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan dan kuretase). (Prawirohardjo,2013)
2. 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 3kali seminggu ternyata lebih beresiko, posisi koitus suami diatas dan menekan dinding perut, penetrasi penis yang sangat dalam merupakan faktor resiko terjadinya ketuban pecah dini (Handayani,2017)
3. Gemelli. Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya. Ketegangan rahim secara berlebihan. 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)

2.2.3 Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Kehamilan yang terlalu sering, multipara atau grande multipara mempengaruhi proses embryogenesis, selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya. Pernyataan teori dari menyatakan semakin banyak paritas, semakin mudah terjadinya infeksi amnion karena rusaknya struktur serviks pada persalinan sebelumnya. KPD lebih sering pada multipara, karena penurunan fungsi reproduksi, berkurangnya jaringan ikat, vaskularisasi dan serviks yang sudah membuka satu cm akibat persalinan lalu (Nugroho,2020).

2.2.4 Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “mengganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda tanda infeksi yang terjadi (Sunarti, 2017)

2.2.5 Komplikasi

a. Bagi Ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada ibu yaitu infeksi intrapartal/dalam persalinan, infeksi puerperalis/ masa nifas, dry labour/partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya Tindakan operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal.

b. Bagi Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distes pernafasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematurity, perdarahan intraventikular, enterocolitis necrotizing, gangguan otak dan resiko cerebral palsy, hyperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolaps funiculi/penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intracranial, gagal ginjal, distress pernafasan dan oligohidramnion (sindrom deformitas janin, hypoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal (Marmi, 2016)

2.2.6 Diagnosis

Menegakan diagnosa KPD secara tepat adalah sangat penting sehingga dapat menghindari intervensi yang tidak diperlukan dalam penanganan KPD.

1. Anamnesa

Dalam anamnesa pada ibu dengan KPD di dapatkan bahwa ibu merasa basah pada bagian vagina dengan mengeluarkan cairan yang banyak dari jalan lahir, cairan ketuban berbau khas dan perlu diperhatikan ketuban pecah terjadi sebelum ada his atau his belum teratur dan sudah keluar lendir campur darah atau belum. (Prawirohardjo,2013)

2. Inspeksi

Pengamatan dengan mata akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan 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 atau ibu diminta untuk batuk, mengejan atau mengadakan manuver valsava, atau bagian terendah di goyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada forniks anterior (Prawirohardjo,2013).

4. Pemeriksaan Dalam

Dengan pemeriksaan dalam akan didapatkan cairan dalam vagina dan selaput ketuban masih utuh atau sudah tidak ada lagi.

(Mufidah dan Hidayat 2019).

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

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

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

b. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam 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 dan Hidayat, 2018)

6. Tentukan ada atau tidaknya infeksi

Tanda-tanda infeksi di antaranya 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

- a. Ketuban di nyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.
- b. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetric berkaitan dengan penyakit kelahiran premature dan terjadi korioamnionity sampai sepsis yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu.
- c. Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intra uterin atau oleh kedua faktor tersebut, berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina atau serviks. (Prawirohardjo,2013)

2.2.8 Sintesa

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda persalinan. Dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun sebelum waktu melahirkan. Trauma hubungan seksual bisa mengakibatkan kontraksi rahim dan menyebabkan mulut rahim terbuka karena didalam sperma pria mengandung prostaglandin. (Sarwono,2017)

Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini dapat terjadi yaitu bagi ibu (partus lama, perdarahan post partum, atonia uteri, infeksi nifas). Komplikasi pada janin dapat terjadi (infeksi maternal maupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin), meningkatnya insidensi seksio secarea atau gagalnya persalinan normal. (Sualman,2019)

2.3 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

2.3.2 Penanganan Ketuban Pecah Dini

1. Tentukan diagnosis
2. Tentukan umur kehamilan
3. Evaluasi ada tidaknya infeksi maternal maupun infeksi janin
4. Apakah dalam 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 prematur 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 prematur, 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 kehamilan. (Sarwono,2017)

2.3.2 Penanganan KPD dengan kehamilan aterm

- 1) Rawat di puskesmas
- 2) Berikan antibiotik
- 3) Dilakukan Tindakan pemasangan infus
- 4) Dilakukan observasi selama 12 jam, setelah 12 jam bila belum ada tanda-tanda persalinan persiapan rujuk
- 5) Batasi pemeriksaan dalam, dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetrik (Manuaba,2020)

2.3.3 Sintesa

Kewenangan bidan dalam memberikan asuhan dengan pasien ketuban pecah dini (KPD) adalah pertimbangan usia kehamilan, adanya

tanda-tanda persalinan, jangan melakukan pemeriksaan dalam vagina kecuali ada tanda-tanda persalinan. (Permenkes,2017)

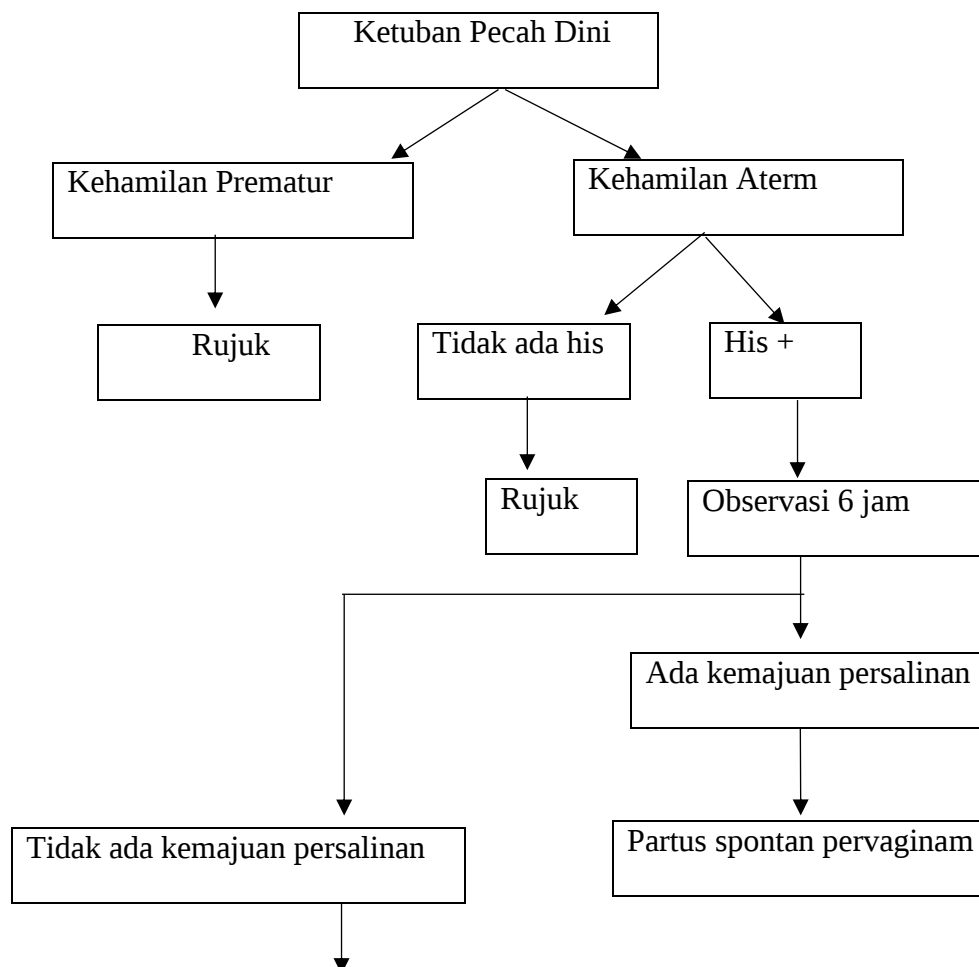
Bagan 2.3.4 PROTAP PENGELOLAAN KPD DI PUSKESMAS SAMARANG

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 persalinan.



Rujuk

2.4 Telaah Jurnal

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

Usia kehamilan adalah lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Pada umumnya ibu dengan preterm lebih cenderung mengalami ketuban pecah dini dikarenakan masih lemahnya kekuatan selaput ketuban yang berhubungan dengan perbesaran dan usia uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Tetapi dari hasil uji statistic yang telah dilakukan, diperoleh hasil ibu dengan usia kehamilan aterm juga mengalami ketuban pecah dini. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor lain seperti pola pekerjaan ibu hamil yang terlalu berat dapat berakibat pada kelelahan dan akan menyebabkan lemahnya korion amnion sehingga timbul ketuban pecah dini.

(Ikrawati Ayu, Melisa Febriani, Ana Octaviani, 2019)

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 perolehan 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 (62,2%) dari responden yang melakukan pola seksual yang benar mengalami ketuban pecah dini. (Meiharti, 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 di lakukan asuhan kebidanan yang cepat dan tepat maka kasus ibu bersalin dengan KPD dapat ditangani dengan baik, sehingga angka kematian ibu di Indonesia dapat berkurang.(Permenkes,2017).

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 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 di maksud dalam pasal 18 di berikan 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. Episiotomi dan pertolongan persalinan normal
- b. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
- c. Memberikan penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan
- 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 promo ASI Eksklusif

- g. Memberikan uterotonika pada manajemen aktif kala III dan post partum
- 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 rujukan
- 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 mandat dari dokter.

2.7 Pendokumentasian

2.7.1 Pengertian Dokumentasi

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

Dokumentasi kebidanan juga di gunakan 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 di berikan dengan jelas dan tepat (Nuryani, 2019).

2.7.2 Langkah-langkah (7 Langkah Varney)

1. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Pada Langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap meliputi data subjektif, data objektif. Pada Langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi.

2. Langkah II : Interpretasi Data

Pada Langkah ini dilakukan interpretasi data yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

3. Langkah III : Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasikan masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi

4. Langkah IV : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya Tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk di konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

5. Langkah V : Merencanakan Asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan.

6. Langkah VI : pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada Langkah 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan yang lain.

7. Langkah VII : Mengevaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah di berikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah di identifikasi didalam masalah dan diagnosa.(Manajemen Varney,2017)

2.7.3 Model Pendokumentasian

S : SUBJEKTIF

Catatan yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien, keluhan pasien yang berhubungan dengan diagnosa

O : OBJEKTIF

Gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnose meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium

A : ANALISA

Diagnosa yang di tegakkan berdasarkan data subjektif dan objektif, kesimpulan berdasarkan subjektif dan objektif

P : PENATALAKSANAAN

Rencana Tindakan untuk mengatasi masalah, meliputi rencana konsultasi, rencana pemeriksaan lanjutan, rencana rujukan, rencana pendidikan Kesehatan atau konseling. Rencana tindak lanjut (Varney, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1. Pengkajian Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny. K usia 22 tahun

G1P0A0 Gravida 37-38 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di

Puskesmas Samarang Garut Tahun 2023

Tanggal Pengkajian : 17 Maret 2023

Waktu : 09:00 WIB

Tempat : Ruang Bersalin

pengkaji : Ade Sintia Dewi

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama ibu / suami	: Ny. K	/	Tn. T
Umur	: 22 Tahun	/	27 Tahun
Suku	: Sunda	/	Sunda
Agama	: Islam	/	Islam
Pendidikan	: SMK	/	SMK
Pekerjaan	: IRT	/	Karyawan
Alamat	: Samarang		

2. Alasan Datang

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya, sudah keluar air-air sejak jam 03:00 WIB.

3. Keluhan Utama

Ibu mengeluh keluar air-air sejak pukul 03:00 WIB

4. Riwayat Menstruasi

Ibu menarche berusia 13 tahun, lamanya 7 hari, siklus 28 hari teratur, banyaknya mengganti pembalut 2-3 kali/hari, terkadang ada keluhan pada saat menstruasi seperti dismenorea pada hari pertama menstruasi.

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 25-06-2022 TP: 01-04-2023

Pemeriksaan kehamilan teratur ke BPM, posyandu dan puskesmas sebanyak 7-8 kali, ibu juga telah mendapat imunisasi TT sebanyak 2 kali. Gerakan janin pertama dirasakan pada usia kehamilan 16-17 minggu gerakan aktif >10 kali gerak. Tidak ada obat-obatan yang dikonsumsi selain obat yang di berikan oleh bidan yaitu tablet FE sebanyak 90 tablet, ibu sudah mengkonsumsinya kurang lebih 70 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, asma, HIV/AIDS.

8. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan metode kontrasepsi apapun.

9. Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Nutrisi

Makan 2-3 kali sehari dengan menu bervariasi, lauk pauk, sayuran, buah-buahan, dengan porsi sedang.

Minum 7-8 gelas air putih sehari.

b) Eliminasi

BAB 1xsehari, tidak ada keluhan seperti sembelit atau diare

BAK 6-7xsehari, tidak ada keluhan seperti nyeri pada saat buang air kecil.

c) Istirahat

Tidur malam 7-8 jam, tidak ada keluhan selama trimester 1 dan 2

Tidur malam 5-6 jam pada trimester 3 ada keluhan sulit tidur dikarenakan perut semakin membesar

Tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan.

d) Aktivitas

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

Ibu juga melakukan pekerjaan diluar rumah yaitu mengajar sebagai guru di salah satu SD yang ada di kecamatan samarang.

e) Personal Hygiene

Mandi 2 kali sehari, keramas hari sekali, ganti pakaian 2 kali sehari dan mengganti celana dalam jika terasa lembab.

10. Pola Hubungan seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual kurang lebih 3-4 kali dalam seminggu dengan suami, terakhir ibu melakukan hubungan seksual dengan suami pada kemarin malam pada tanggal 16 Maret 2023.

11. Personal Spiritual

Dukungan keluarga, keluarga merasa senang dan menerima atas kehamilan ibu.

12. Pengambilan Keputusan oleh Suami.

13. Rencana Persalinan : Di Puskesmas.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

b) Tanda-Tanda Vital

TD : 120/70 mmHg R : 24x/m

N : 84x/m S : 36,7°C

c) Antropometri

BB saat ini : 63kg
 BB sebelum hamil : 55kg
 Kenaikan berat badan : 8kg
 IMT : 23,2 (Normal)
 Tinggi Badan : 154cm
 LILA : 27cm
 Lingkar Perut : 102cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Tidak ada benjolan, tidak ada kelainan.
- b. Wajah : Tidak ada oedema, tidak pucat.
- c. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih
- d. Hidung : Simetris, tidak ada kelainan.
- 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, tidak ada nyeri tekan.
- h. Dada/payudara : Payudara simetris, tidak ada benjolan,
 puting susu menonjol, areola hitam, tidak
 ada nyeri tekan, kolostrum belum ada.
- i. Abdomen
 Inspeksi : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea
 nigra

- Palpasi : TFU 31cm
- Leopold I : Di fundus teraba bagian lunak, bulat, tidak melenting.
- Leopold II : Di bagian kanan ibu teraba bagian keras memanjang seperti papan dan di bagian kiri ibu terdapat bagian-bagian terkecil janin.
- Leopold III : Di bagian terbawah janin teraba bagian keras, bulat dan melenting, kepala sudah masuk PAP.
- Leopold IV : bagian bawah sudah masuk PAP 1/5 bagian divergen
- Auskultasi : DJJ 145x/menit regular
- j. Genetalia : vulva/vagina tidak ada kelainan, tampak cairan ketuban berwarna jernih portio tebal lunak, pembukaan 2cm, ketuban (-) warna ketuban jernih presentasi kepala, penurunan kepala H-1
- k. Ekstremitas Atas : Tangan simetris, kuku bersih, tidak pucat, tidak ada oedema, semua jari lengkap
- l. Ekstremitas Bawah : Kaki simetris, tidak oedema, kuku bersih

dan tidak pucat, tidak varises reflek
patella+

3. Pemeriksaan Penunjang

HB	: 12,2 gr/dl	Golongan darah	: A
HBSag	: Negatif	Protein Urien	: Negatif
HIV/AIDS	: Negatif	Sifilis	: Negatif
Tes Lakmus	: (+)		

C. ANALISA

G₁P₀A₀ Gravida 37-38 minggu kala I fase laten dengan KPD

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan kepada ibu, mengatakan bahwa hasil pemeriksaan dalam sudah ada pembukaan.

Evaluasi : Ibu mengerti dan sudah mengetahuinya

2. Menganjurkan ibu untuk mengatur nafas ketika ada HIS

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

3. Konsultasi kepada dokter puskesmas untuk rujukan pasien

Evaluasi : memberitahu ibu dan keluarga mengenai kondisi saat ini untuk mempersiapkan rujukan

4. Konsul kepada pihak ponsek RSUD pukul 10:00 WIB, pihak ponsek menyarankan untuk menunggu sampai 12 jam terlebih dahulu atau sampai pukul 21:00 WIB

Evaluasi : mengobservasi keadaan umum ibu, HIS, DJJ.

5. Sesuai advice dokter puskesmas ibu diberikan therapy obat berupa amoxilin sebanyak 500mg dan Tindakan infus untuk memberikan cairan RL/500ml

Evaluasi : mengobservasi kemajuan persalinan.

3.1.1. ASUHAN PERSALINAN KALA II

Pukul 22:00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan mulesnya semakin bertambah dan ada rasa ingin meneran.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Kompos mentis
2. Tanda-tanda vital
TD : 110/70 mmHg R : 23x/menit
N : 82x/menit S : 36,7°C
3. Auskultasi : DJJ 150x/menit (reguler)
4. HIS : 4x10"45"
5. Genetalia

Vulva/Vagina	: Tidak ada kelainan
Portio	: Tidak teraba
Pembukaan	: 10cm
Ketuban	: (-) Negatif, warna jernih
Presentasi	: Kepala
Hodge	: III

C. ANALISA

G₁P₀A₀ Janin tunggal hidup Gravid 37-38 minggu inpartu kala II

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.
Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahuinya
2. Mengajarkan ibu untuk mengatur nafas pada saat persalinan.
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya
3. Mengajarkan ibu untuk memilih posisi pada saat persalinan , ibu memilih posisi litotomi
Evaluasi : Ibu merasa nyaman dengan posisi litotomi
4. Memimpin ibu untuk mengedan sesuai prosedur, bayi lahir spontan pukul 22:20 WIB jenis kelamin perempuan, tidak langsung menangis.
Evaluasi : lakukan Langkah awal resusitasi, bayi menangis, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan

5. Melakukan pentalaksanan bayi baru lahir, keringkan bayi dengan segera kecuali muka dan telapak tangan

Evaluasi : sudah dilakukan dan memberikan bayi kepada ibu.

6. Memfasilitasi IMD.

Evaluasi : bayi sudah berada dipelukan ibu

3.1.2. Asuhan Persalinan Kala III

Pukul 22:25 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan merasa senang atas kelahiran bayinya, ibu merasa lemas dan sedikit ada mules

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum	: Baik,
TFU	: Sepusat
Kontraksi uterus	: Baik
Kandung kemih	: kosong

C. ANALISA

P₁A₀ kala III

D. PENTALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu tindakan yang akan dilakukan selanjutnya.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia untuk dilakukan tindakan selanjutnya

2. Mengecek janin kedua.

Evaluasi : pada saat dilakukan pengecekan tidak ada janin kedua

3. Menyuntikan oxytocin 10 IU secara IM, sudah disuntikan dalam 1 menit setelah bayi lahir.

Evaluasi : sudah dilakukan penyuntikan oxytocin

4. Melakukan peregangan tali pusat terkendali, terdapat tanda pelepasan plasenta, tali pusat memanjang dan terdapat semburan darah dan uterus globular, pukul 22:25 WIB plasenta lahir spontan

Evaluasi : sudah dilakukan, pukul 22:25 plasenta lahir spontan

5. Melakukan massase uterus 15 kali dalam 15 detik.

Evaluasi : sudah dilakukan masasse 15 kali dalam 15 detik, kontraksi uterus baik.

6. Mengecek kelengkapan plasenta

Evaluasi : sudah dilakukan pengecekan plasenta, plasenta lengkap , selaput utuh.

3.1.3. Asuhan Persalinan Kala IV

Pukul 22:50 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayi nya, dan ibu mengeluh lemas serta ada rasa mules.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Compos Mentis
2. Tanda-tanda vital
TD : 110/70mmHg R : 23x/menit
N : 82x/menit S : 36,7°C
3. Abdomen
TFU : 1 jari dibawah pusat
Kontraksi Uterus : Baik, keras
Kandung kemih : Kosong

4. Genetalia

Vulva/vagina tidak ada kelainan, terdapat laserasi derajat 2 di bagian mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum, pengeluaran darah pervaginam kurang lebih 80cc.

C. ANALISA

P₁A₀ Kala IV.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, tanda-tanda vital normal.
Evaluasi : ibu merasa baik dan keluarga mengetahui keadaannya.
2. Mengecek laserasi, terdapat laserasi derajat 2
Evaluasi : telah dilakukan tindakan hecting
3. Membersihkan ibu dan tempat.
Evaluasi : memberikan rasa nyaman pada ibu dan tempat

4. Membersihkan alat dan membuang sampah infeksius, noninfeksius dan sampah benda tajam sesuai pada tempatnya

Evaluasi : alat bekas pakai sudah dicuci bersih dan di sterilisasi, sampah infeksius dan nonineksius sudah dibuang pada tempat yang sesuai

5. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk menilai kontraksi yaitu dengan melakukan masasse uterus.

Evaluasi : ibu mengerti dan melakukan massase uterus

6. Melakukan pemantauan kala IV yaitu meliputi TTV, kontraksi uterus, jumlah pengeluaran darah, kandung kemih pada 1 jam pertama setiap 15 menit sekali dan setiap 30 menit sekali pada jam kedua.

Evaluasi : sudah dilakukan, dan didapatkan hasil yang normal

7. Memberitahu KIE tanda bahaya nifas.

Evaluasi : ibu memahaminya.

8. Memberitahu ibu tentang asuhan yang akan di lakukan dirumah, untuk membersihkan jalan lahir dengan menggunakan air bersih dan mengalir

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

3.1.4. Catatan Perkembangan Post Partum 7 hari

Tanggal Kunjungan : 23 Maret 2023

Waktu Kunjungan : 10.20 WIB

Tempat : Ruang KIA Puskesmas Samarang

A. DATA SUBJEKTIF

1. Alasan Datang

Ibu mengatakan ini kunjungan ulang setelah 7 hari melahirkan.

2. Keluhan Utama

Tidak ada keluhan baik ibu maupun bayi

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

b) Tanda-tanda Vital

TD : 110/70 N : 85x/menit

R : 24x/menit S : 36,6°C

2. Pemeriksaan Fisik

a) Mata : konjungtiva merag muda,
sklera putih.

b) Payudara : bentuk simetris, puting tampak menonjol,
pengeluaran ASI (+), tidak terdapat nyeri
tekan

c) Abdomen : Kontraksi uterus baik
TFU : pertengahan antara symphysis dan

pusat, kandung kemih kosong, diastasis
recti
2cm.

- d) Genitalia : Tidak ada kelainan, tampak luka jahitan
baik, lochea serosa
- e) Ekstremitas Bawah : tidak ada varises, tidak ada oedema, tidak
ada tanda homan.

C. ANALISA

P₁A₀ 7 hari post partum.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu.
Evaluasi: Ibu mengerti keadaan ibu dan bayi normal.
2. Memeriksa keadaan umum ibu, tanda tanda vital, perdarahan
Evaluasi: Dilakukan.
3. KIE untuk terus menyusui anaknya secara on demand
Evaluasi : ibu bersedia
4. KIE pemberian ASI eksklusif pada bayinya.
Evaluasi: Ibu bersedia.
5. KIE tanda-tanda bahaya nifas, diantaranya perdarahan hebat, *lochea*
berbau, pusing yang hebat.
Evaluasi: Ibu mengerti.

6. KIE mengenai metode KB yang akan di gunakan

Evaluasi: Ibu berencana menggunakan KB Suntik 3bulan.

7. Menganjurkan ibu untuk mengompres dan memijat payudara apabila terdapat bendungan ASI, dan sering menyusui dan memompa ASI lebih sering

Evaluasi : Ibu Mengerti

BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada ibu bersalin Ny.K usia 22 tahun G₁P₀A₀ Gravida 37-38 minggu pada tanggal 17 Maret 2023 sampai dengan 23 Maret 2023 di UPT Puskesmas Samarang antara lain :

4.1 Data Subjektif

Ibu datang ke puskesmas pada hari senin tanggal 17 Maret 2023 pukul 09:00 WIB, setelah itu di lakukan anamnesa mengenai identitas dari Riwayat ibu. Berdasarkan hasil anamnesa yang didapatkan pada Ny.K umur 22 tahun G₁P₀A₀ 37-38 minggu dengan HPHT 25-06-2022. Pada kehamilan ini merupakan kehamilan aterm yang berlangsung pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu di hitung dari hari pertama haid terakhir. Pada pukul 03:00 ibu mengatakan keluar cairan lumayan banyak dari jalan lahir, cairan yang keluar berwarna jernih dan berbau amis (khas ketuban). Hal ini sesuai teori bahwa tanda 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 disebut dengan Ketuban Pecah Dini kehamilan premature. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini.(Manuaba,2013).

Ada beberapa faktor yang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu usia kehamilan, pekerjaan dimana usia kehamilan merupakan 280 hari (40minggu 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 <37minggu. 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. (Ikrawati,Melisa,Ana, 2019).

Berdasarkan riwayat kebiasaan ibu pada kemarin malam tanggal 16 April 2023 dan 3 hari yang lalu ibu mengaku melakukan hubungan seksual lebih dari 2-3x dalam seminggu dengan suaminya. Hal ini sesuai teori bahwa keseringan melakukan hubungan seksual dengan frekuensi melebihi 3x dalam seminggu ternyata lebih berisiko terjadinya Ketuban Pecah Dini. (Meiharti,2018).

4.2. Data Objektif

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,2015).

Pemeriksaan leopold dan pemeriksaan dalam. Leopold I teraba bulat, lunak dan tidak melenting, leopold II teraba keras memanjang seperti papan disebelah kiri dan teraba bagian kecil disebelah kanan, leopold III bagian bawah teraba bulat, keras, melenting, leopold 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 2cm, ketuban (-), 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 dan Suparji,2020).

Tindakan selanjutnya sesuai prosedur tetap di puskesmas samarang melakukan test lakmus, dan hasil yang didapatkan test lakmus berubah warna. Hal ini sesuai dengan teori yang di kemukakan oleh (Jhonson,2020).

Agar terbukti apakah ketuban sudah pecah atau belum bisa dilakukan dengan cara test lakmus, jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukan adanya air ketuban. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

4.3. Analisa

Berdasarkan dari data subjektif didapatkan hasil pengkajian bahwa ibu keluar air-air sejak pukul 03:00 WIB dan dilihat dari riwayat kebiasaan ibu bahwa sejak kemarin malam dan 3 hari yang lalu ibu melakukan hubungan seksual dengan suaminya. Hal ini sesuai dengan teori bahwa keseringan melakukan hubungan seksual dengan frekuensi melebihi 3x dalam seminggu ternyata lebih berisiko terjadinya Ketuban Pecah Dini. (Meiharti,2018).

Berdasarkan dari data objektif hasil pemeriksaan dalam di dapatkan pembukaan portio 2cm, selaput ketuban sudah pecah, warna ketuban jernih. Sesuai prosedur tetap di puskesmas samarang dilanjutkan dengan pemeriksaan test lakmus dan didapatkan hasil yang positif (+).

Maka analisa data pada Ny.K usia 22 tahun adalah G₁P₀A₀ Gravida 37-38 dengan Ketuban Pecah Dini. Diagnosa tersebut sesuai standar nomenklatur kebidanan kepmenkes.

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Menurut Nugroho (2020). Dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

4.4 Penatalaksanaan

Pada penatalaksanaan kasus terhadap ibu bersalin Ny.K usia 22 tahun G₁P₀A₀ penanganan yang dilakukan yaitu dengan melakukan pemantauan keadaan umum ibu, kesadaran, TTV, DJJ, pemeriksaan dalam, pemeriksaan test lakmus dan berkolaborasi dengan dokter di puskesmas.

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

Pada penatalaksanaan melakukan test lakmus hal ini sesuai dengan teori Mufidah dan Hidayat (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 infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu. Dapat disimpulkan bahwa dalam tindakan pemeriksaan tes lakmus antara teori dan praktik tidak terdapat kesenjangan.

Pada pukul 09:00 WIB pembukaan 2cm 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 nyaman mungkin.

Pada pukul 10:00 ibu mengatakan ada his 1x10”30” menganjurkan ibu untuk tetap rileks dan miring kiri, melakukan konsul ke dokter puskesmas untuk persiapan rujukan, konsul pihak ponek RSUD dan pihak ponek menyarankan observasi selama 12 jam atau menunggu sampai pukul 21:00 WIB, dokter puskesmas menyarankan pemberian antibiotik berupa amoxilin sebanyak 500mg dan infus RL 500ml.

Pada pukul 22:00 WIB ibu mengatakan mules semakin bertambah dan sering, HIS 4x10”45”, 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 menarik nafas disela-sela kontraksi. Untuk mengurangi resiko robekan yang sangat besar dan tidak beraturan.

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 (*Modul Midwifery Update, 2016*).

Pada pukul 22:20 bayi lahir spontan, tidak langsung menangis, melakukan jepit jepit potong menggunakan klem arteri kemudian dibawa ke meja resusitasi, dilakukan Langkah awal resusitasi selama 2 menit bayi langsung menangis, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan, langsung di fasilitasi IMD kepada ibu.

Menyuntikan oxytocin 10 IU di paha kanan ibu secara IM, terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta, melakukan peregangan tali pusat terkendali kurang dari 10 menit plasenta lahir dan melakukan masase uterus 15 kali dalam 15 detik, mengecek kelengkapan plasenta dan didapatkan plasenta lengkap, selaput ketuban utuh tidak dilakukan eksplorasi. Hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan.

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

4.5 Pendokumentasian

Melakukan Asuhan pada ibu bersalin Ny.K di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, yang di lakukan dengan tahap pengkajian data subjektif yang didapatkan dari hasil anamnesa terhadap pasien. Data primer didapatkan dengan beberapa teknik wawancara dan observasi. Pada teknik wawancara, teknik ini dilakukan melalui komunikasi secara langsung dengan pasien, keluarga dan bidan. Dilakukan pemeriksaan untuk memperoleh data yang

lengkap berhubungan dengan permasalahan yang akan dijadikan kasus sehingga data yang didapat dari hasil observasi secara langsung kepada pasien, dan juga pemeriksaan fisik pada pasien. Data sekunder pada kasus ini didapat dari hasil kepustakaan untuk mendapatkan materi-materi secara teoritis tentang Ketuban Pecah Dini, data pasien diperoleh dari rekam medik pasien yang selanjutnya data di dokumentasikan dalam bentuk SOAP. Pada teknik pengumpulan data tidak terdapat kesenjangan teori dan praktik (Handayani,2017).

4.6.Tabel Matrik Tinjauan Teori Dan Kasus

Kasus	Pengertian	Penyebab		Tanda atau Gejala		Planning atau intervensi	
		Teori	Praktik	Teori	Praktik	Teori	Praktik
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 (Manuaba,2013)	-Infeksi -Serviks Inkompeten -Riwayat Ketuban Pecah Dini -Tekanan Intrauterine -Kelainan letak -Pola pekerjaan seksual dengan Frekuensi melebihi 3 kali seminggu.	Biasa melakukan hubungan seksual 3 kali dalam seminggu.	-Keluarnya cairan merembes melalui vagina -Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau ammonia -Cairan ini tidak akan berhenti atau kering -Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat itu merupakan tanda-tanda infeksi (Prawirohardjo,2013).	Keluar air-air secara tiba-tiba dari jalan Lahir berwarna jernih berbau amis.	Penanganan KPD secara aktif : -Melakukan tindakan infus dan diberi cairan RL. -Memberi -kan obat antibiotik.	-Konsultasi dan kolaborasi dengan dokter -Pasang infus RL -Memberi- kan obat antibiotik.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan persalinan pada Ny.K 22 tahun G₁P₀A₀ gravida 37-38 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Samarang. Maka penulis dapat menyimpulkan :

1. Pengkajian data subektif pada Ny.K 22 tahun G₁P₀A₀ gravida 37-38 minggu dengan Ketuban Pecah Dini, sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
2. Pengkajian data objektif paa Ny.K 22 tahun G₁P₀A₀ gravida 37-38 minggu dengan Ketuban Pecah Dini, sudah sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan.
3. Analisa pada Ny.K 22 tahun G₁P₀A₀ gravida 37-38 minggu dengan Ketuban Pecah Dini, sudah sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan.
4. Penatalaksanaan ada Ny.k 22 tahun G₁P₀A₀ gravida 37-38 minggu adalah memasang infus dan memberikan cairan RL 500ml, pemberian amoxilin sebanyak 500mg, tidak ada kesenjangan teori maupun praktek
5. Pendokumentasian asuhan persalinan pada Ny.K 22 tahun G₁P₀A₀ gravida 37-38 minggu di puskesmas samarang dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan tehnik 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 praktek 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

- Ayu W, Melisa Febrianti dan Ana Octaviani (2019). Faktor yang berhubungan terhadap kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSIA Siti Khadijah I Makassar Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Pelamonia*, Vol. 3, No.1, 52-61,
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, 2020. . <https://dinkes.garutkab.go.id>
- 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.
- Jannah ASKEB II *Persalinan Berbasis Kompetensi*, Jakarta : EGC, 2018.
- Jhonson. (Eds). (2020). *Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta : Rapha Publishing. *Modul Midwifery Update, 2016*.
- Kementrian Kesehatan, 2020
- Manuaba, (2020). *Buku Ajar Patologi Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, 2013. *Ilmu kebidanan penyakit kandungan dan KB Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Marmi (2016). *Asuhan Kebidanan Patologi. Edisi kedua* : Yogyakarta Pustaka Belajar.
- Meiharti, Tuti. “Hubungan antara pola seksualitas gravida dengan Ketuban Pecah Dini. “*Jurnal Medika : Karya Ilmiah Kesehatan* 3.1 (2018):

76-83.

Mochtar, R. 2017. *Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi.*

Edisi III. Jakarta : EGC.

Nugroho, R 2020. *Patologi Kebidanan : Ketuban Pecah Dini.* Yogyakarta :

Nuha Medika.

Novihandari, Anggie. 2016. *Determinan Ketuban Pecah Dini* di ruang

cempaka rsud dr doris sylvanus.

Permenkes RI No.28 Tahun 2017. Kewenangan Bidan. KEPMENKES

NOMOR HK.01.07/MENKES320/2020 tentang standar profesi

bidan.

Prawirohardjo 2013. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan dan*

Neonatal. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono

Prawirohardjo, 2014. *Ilmu Kebidanan.* Jakarta PT Bina Pustaka

Profil Kesehatan Kab Garut tahun 2020. <https://dinkes.garutkab.go.id>

Rohani, 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan.* Jakarta : Salemba

Medika

Rukiyah dan Yulianti, 2020. *Asuhan kebidanan IV (Patologi Kebidanan).*

Jakarta Trans Info Media. 2020.

Sunarti.2017 “Manajemen Askeb Intranatal Care dengan KPD. *Ketuban*

Pecah Dini 158.

Sondakh, Jenny, J.S (2013). *Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru*

lahir, Penerbit : Erlangga

Sulikah, SST., M.Kes and Nuryani, S.SiT., M.Kes (2019) *BUKU AJAR*

DOKUMENTASI KEBIDANAN. Prodi Kebidanan Magetan, Jl. Jend Parman No. 1 Magetan.

Sujiyatini, Mufidah dan Hidayat (2019). *Asuhan Patologi Kebidanan*. Yogyakarta : Pustaka Nuha Medika.

Sulistyawawti A, Nugraheny.(2013). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta : Salemba Medika.

Sumarah,(2017). *Perawatan Ibu Bersalin : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. : Yogyakarta Fitramaya.

Sunarti,.(2017). Tanda gejala *Ketuban Pecah Dini* (KPD).

Varney,H.,2017. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4. Jakarta;EGC

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

World Health Organization (WHO). 2019. Maternal mortality.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/maternal-mortality>.

Diakses pada tanggal 25/08/2020.

Wiknjosastro, H. 2017. Ilmu Kebidanan Edisi Keempat : Jakarta PT. Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo.

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

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

LEMBAR KONSULTASI

JUDUL : ASUHAN PERSALINAN PADA NY. K USIA 22 TAHUN G1P0A0
GRAVIDA 37-38 MINGGU FASE LATEN DENGAN KPD DI UPT
PUSKESMAS SAMARANG

NAMA : 1. Pembimbing : Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes
2. Mahasiswa : Ade Sintia Dewi

No	Tanggal Bimbingan	BAB yang dibahas	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
1.	08/2023 /05	- BAB I - BAB II	- Revisi Bab I - Sumber - Penulisan - Revisi Bab II	
2.	16/2023 /05	- Kata Pengantar - Bab I, Bab II - Bab III	- Revisi kata pengantar - Penulisan, Penomoran - sumber - Revisi Bab III	
3.	10/2023 /05	- Daftar isi - Daftar pustaka - Bab III	Revisi Bab III	
4.	23/2023 /05	- Daftar isi - Daftar pustaka - Bab IV - Bab V		
5.	24/2023 /05	- Daftar pustaka - Bab IV		

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Ade Sintia Dewi

NIM : KHGB20058

Pembimbing : Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes

Penguji 1 : Titi Purwitasari H, S.ST.,Bd.,M.Keb

Judul : "ASUHAN PERSALINAN PADA NY.K USIA 22 TAHUN G₁P₀A₀

GRAVIDA 37-38 MINGGU DENGAN KPD DI PUSKESMAS

SAMARANG "

NO	TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN	PARAF
1.	23-06-2023	Daftar isi (tambahan daftar singkatan) Bab I (Pendahuluan) Bahasa asing di garis miring, Penulisan judul	Revisi Acc BAB I	
		BAB 2 (Tinjauan teori) Pengertian KPD Penulisan, sumber	Acc BAB II	
		BAB 3 (Tinjauan Kasus) Data Subjektif : Penulisan alamat Keluhan Utama HPHT Analisa Pentalaksanaan (penambahan Evaluasi) Penatalaksanaan kala III	Acc BAB III	

		(hecting) : sudah di cantumkan di penatalaksanaan kala IV		
		BAB 4 (Pembahasan) Data Subjektif dan data Objektif sudah di cantumkan di dalam Analisa, penatalaksanaan, pendokumentasian Partograf : Sudah diperbaiki	Acc BAB IV	
		Daftar Pustaka Penulisan Sumber	Acc	

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Ade Sintia Dewi

NIM : KHGB20058

Pembimbing : Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes

Penguji 1 : Ernawati, S.ST.,Bdn.,M.Keb

Judul : "ASUHAN PERSALINAN PADA NY.K USIA 22 TAHUN G₁P₀A₀

GRAVIDA 37-38 MINGGU DENGAN KPD DI PUSKESMAS

SAMARANG "

NO	TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN	PARAF
1.	23-06-2023	Bab I (Latar Belakang)	Revisi	
		BAB 3 (Tinjauan Kasus) Data Subjektif : Penulisan alamat Keluhan Utama HPHT Analisa Pentalaksanaan (penambahan Evaluasi) Penatalaksanaan kala III (hecting) : sudah di cantumkan di penatalaksanaan kala IV	Revisi	

		BAB 4 (Pembahasan) Data Subjektif dan data Objektif sudah di cantumkan di dalam Analisa, penatalaksanaan, pendokumentasian Partograf : Sudah diperbaiki	ACC	
--	--	--	-----	---

