

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. N USIA 20 TAHUN
G1P0A0 GRAVIDA 39-40 MINGGU INPARTU KALA 1 FASE LATEN
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD)
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh :

**SENI NUR OKTAVIANI
KHGB21070**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
2024**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya Tulis Ilmiah saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Amd.Keb), baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis Ilmiah ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian 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 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.

Garut, Mei 2024

Yang membuat pernyataan

(SENI NUR OKTAVIANI)

KHGB21070

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. N USIA
20 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 39-40 MINGGU INPARTU
KALA 1 FASE LATEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI
(KPD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : SENI NUR OKTAVIANI

NIM : KHGB21070

LAPORAN TUGAS AKHIR

LTA ini disetujui untuk disidangkan di hadapan Tim Penguji

Program Studi D3 Kebidanan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Mei 2024

Menyetujui,

Pembimbing



Tri Wahyuni, S.ST., Bdn., M.Keb
NIK. 043298. 0107.038

Mengetahui,

Ketua Program Studi D3 Kebidanan



Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., S.KM., M.KM
NIK:043298.1004.031

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. N USIA
20 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 39-40 MINGGU INPARTU
KALA 1 FASE LATEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI
(KPD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : SENI NUR OKTAVIANI

NIM : KHGB21070

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2024

Mengesahkan,

Pembimbing : Tri Wahyuni, S.ST., Bdn., M.Keb
NIK: 043298.0107.038



(.....)

Penguji 1 : Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes
NIK: 043298.1009.064



(.....)

Penguji 2 : Annisa Devi Permata, S.Tr.Keb.,M.K.M
NIK : 043298.0122.163



(.....)

Mengetahui,

Ketua Program Studi D3 Kebidanan



Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., S.KM., M.KM
NIK:043298.1004.031

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas segala limpahan rahmat, karunia serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY.N USIA 20 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 39-40 MINGGU INPARTU KALA 1 FASE LATEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RSUD dr SLAMET GARUT”**. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan program studi DIII Kebidanan.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, tentunya penulis begitu banyak mendapatkan bimbingan, bantuan, dan saran serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Suryadi, SE., M.Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M. Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
4. HJ. Esa Risi Suazini,AM.Keb.,S.KM.,M.KM, selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

5. Tri Wahyuni, S.ST., Bdn., M.Keb selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
8. Seluruh dosen beserta staff Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
12. Rekan- rekan mahasiswi Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah berjuang bersama dengan saling memberikan semangat dan motivasi untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Ny. N beserta keluarga yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini, terimakasih atas keramahan, kebaikan serta kerjasamanya selama melakukan asuhan.
14. Seluruh pihak yang terkait dan ikut serta membantu dalam penyusunan Karya Tulis ini.

Atas segala bantuan, bimbingan serta dukungan, penulis ucapkan terimakasih. Mudah- mudahan segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin Yarrabbal Aalamiin.

Garut, Mei 2024

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	4
1.2.1 Tujuan Umum	4
1.2.2 Tujuan Khusus	4
1.3 Metode Pengumpulan Data	5
1.4 Manfaat Penulisan	6
1.4.1 Bagi Penulis	6
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan	6
1.4.3 Bagi Lahan Praktik	6
1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Ketuban Pecah Dini	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	8

2.1.3 Patofisiologi	10
2.1.4 Tanda dan Gejala.....	11
2.1.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi	12
2.1.6 Penanganan	15
2.1.7 Standar Operasional Prosedur (SOP) KPD di RSUD dr. Slamet Garut	16
2.2 Metode Dokumentasi	22
2.3 Induksi.....	23
2.3.1 Indikasi Untuk Induksi Persalinan	24
2.3.2 Kontra Indikasi Induksi Persalinan	24
2.3.3 Persyaratan	25
2.3.4 Komplikasi	26
2.3.5 Metode pada Induksi Persalinan	26
2.4 Episiotomi	27
2.4.1 Pengertian	27
2.4.2 Indikasi	27
2.4.3 Jenis-jenis Episiotomi	28
2.4.4 Tujuan Episiotomi.....	29
2.4.5 Penjahitan Luka Episiotomi	30
2.4.5.1 Tehnik Penjahitan	30
2.4.6 Penjahitan Luka Perineum Tanpa Anestesi	31
2.5 Kegawatdaruratan	33

BAB III TINJAUAN KASUS	34
3.1 Asuhan Persalinan Kala 1 Fase Laten Pada Ny. N	34
A. Data Subjektif	34
B. Data Objektif	38
C. Analisa	40
D. Penatalaksanaan	40
3.2 Asuhan Persalinan Fase Aktif	44
A. Data Subjektif	44
B. Data Objektif	44
C. Analisa Data	45
E. Penatalaksanaan	45
3.3 Asuhan Persalinan Kala II	46
A. Data Subjektif	46
B. Data Objektif	46
C. Analisa	47
D. Penatalaksanaan	47
3.4 Asuhan Persalinan Kala III	48
A. Data Subjektif	48
B. Data Objektif	48
C. Analisa	49
D. Penatalaksanaan	49
3.5 Asuhan Persalinan Kala IV	49
A. Data Subjektif	50

B. Data Objektif	50
C. Analisa	50
D. Penatalaksanaan	50
BAB IV PEMBAHASAN.....	52
4.1 Data Subjektif	52
4.2 Data Objektif	54
4.3 Analisa	54
4.4 Penatalaksanaan	56
4.5 Pendokumentasian	56
4.6 Matriks	57
BAB V PENUTUP.....	59
5.1 Kesimpulan	59
5.2 Saran.....	60

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Ketuban Pecah Dini	16
Tabel 2.2 SOP KPD di RSUD dr.Slamet Garut	18
Tabel 2.2 Farmakologi yang digunakan pada KPD	21
Tabel 2.3 Keuntungan dan Kerugian Episiotomy	29

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* menyatakan secara global sekitar 830 wanita meninggal setiap harinya karena komplikasi kehamilan dan persalinan. Dengan angka kematian ibu sebanyak 216/100.000 kehamilan. Karena hal itu, meningkatkan derajat kesehatan perempuan dan menekan angka kematian ibu dan anak merupakan salah satu upaya mewujudkan pembangunan kesehatan dari *Sustainable Development Goals (SDGs)* dengan menurunkan angka kematian ibu menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO, 2019).

Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan meningkat setiap tahun. Pada tahun 2021 menunjukkan 7.389 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.627 kematian. Sedangkan jumlah kematian bayi di Indonesia berjumlah 11,70/1.000 kelahiran hidup. Kematian anak dari tahun ke tahun menunjukkan penurunan. Data yang dilaporkan kepada Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak menunjukkan jumlah kematian balita pada tahun 2021 sebanyak 27.566 kematian balita, menurun dibandingkan tahun 2020, yaitu sebanyak 28.158 kematian (Kemenkes, 2021).

Di Provinsi Jawa Barat Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2020 sebanyak 416 kasus, jumlah kasus kematian ini hampir sama dengan tahun 2019 (417). Penyebab kematian ibu masih di dominasi oleh perdarahan 28% dan

hipertensi 29%, meskipun penyebab lain-lain juga masih tinggi yaitu 24%. Sedangkan jumlah kematian bayi sebanyak 1.649 kasus meningkat dibanding tahun 2019 yaitu sebanyak 1.575 kasus. Proporsi kematian bayi 81% adalah kematian neonatal, 19% adalah kematian post neonatal (29 hari-11bulan). Penyebab kematian neonatal tertinggi BBLR 42% dan asfiksia 29%. Sedangkan pada post neonatal, tertinggi akibat penyebab yang lain-lain 60% dan pneumonia 23% (Profil Kesehatan Jawa Barat, 2020).

Angka Kematian Ibu (AKI) di kota Garut pada tahun 2022 terjadi 59 kasus, mengalami penurunan sekitar 47,52% dibandingkan dengan tahun 2021 yaitu angka 112 kasus. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) di tahun 2022 terjadi di 302 kasus dan mengalami kenaikan 25% dibandingkan dengan tahun 2021 dengan angka 225 kasus (Profil Kesehatan Jawa Barat, 2023).

Menurut Irwan (2019) tingginya AKI dan AKB bisa dihindari dengan cara memberikan pelayanan kesehatan terutama pada pertolongan pertama pada persalinan. Karena kematian ibu dalam persalinan juga menyebabkan resiko kematian bayi.

Kejadian kematian dan kesakitan ibu di Indonesia sampai saat ini masih merupakan masalah besar yang harus ditangani dengan serius. Salah satu penyebab masalah tersebut adalah kejadian ketuban pecah dini atau *premature rupture of membran* (PROM). Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan dan setelah satu jam tidak diikuti proses inpartu sebagaimana mestinya. Apabila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi saat akhir

kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan (Maharrani & Nugrahini, 2017; Legawati & Riyanti, 2018; Octavia & Fairuza, 2019; Puspitasari, 2019).

Kejadian KPD di seluruh dunia berkisar antara 5-10% dari semua kelahiran. Sementara di Indonesia Insiden KPD 4,5% dari seluruh kehamilan. KPD preterm terjadi 1% dari semua kehamilan dan 70% kasus KPD terjadi pada kehamilan aterm. Hampir semua KPD pada kehamilan preterm akan lahir sebelum aterm atau persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah. Sekitar 70% kasus KPD juga terjadi pada kehamilan cukup bulan. KPD berhubungan dengan penyebab kejadian prematuritas dengan kejadian 30-40%, prematuritas penyebab morbiditas dan mortalitas prenatal sekitar 85% (Sudarto & Tunut, 2016; Maharrani & Nugrahini, 2017; Rohmawati & Fibriana, 2018)

Menurut hasil penelitian Fifi Ria Ningsih Safari (2018) bahwa umur, paritas, riwayat kehamilan sebelumnya, trauma, jarak kehamilan berhubungan signifikan dengan kejadian ketuban pecah dini. Oleh karena itu peran bidan dalam menangani Ketuban Pecah Dini yaitu dengan memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin secara tepat, cepat dan komprehensif, karena jika ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini tidak mendapat asuhan yang sesuai maka resikonya akan berakibat pada ibu maupun janin. Dengan harapan setelah dilakukannya asuhan kebidanan yang cepat dan tepat maka kasus ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini dapat ditangani dengan baik, sehingga Angka Kematian Ibu di Indonesia dapat di kurangi.

Berdasarkan data dari rekam medik kebidanan RSUD dr. Slamet Garut, didapatkan data bahwa jumlah kejadian Ketuban Pecah Dini Di tahun 2021

sebanyak 193 kasus sedangkan di tahun tahun 2022 mencapai sebanyak 41 kasus. Pada tahun 2023 menurut data RSUD dr. Slamet Garut ibu yang mengalami KPD saat usia kehamilan > 37 minggu sebanyak 534 kasus dan didapatkan pada tahun 2024 dari bulan Januari – April ada 262 Kasus KPD.

Berdasarkan uraian di atas dan kasus yang terdapat di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut sehingga penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny.N Usia 19-20 Tahun G1P₀A0 Gravida 40 Minggu Inpartu Kala 1 Fase Laten Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)”.

1.2. Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. N 20 Tahun G1P₀A0 Gravida 39-40 Minggu Inpartu Kala 1 Fase laten dengan Ketuban PecahDini di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut

1.2.2. Tujuan Khusus

- 1) Melaksanakan pengkajian data Subjektif pada Ny. N 20 Tahun G1P₀A0 Gravida 39-40 Minggu Inpartu Kala 1 Fase laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut
- 2) Melaksanakan pengkajian data Objektif pada Ny. N 20 Tahun G1P₀A0 Gravida 39-40 Minggu Inpartu Kala 1 Fase laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut

- 3) Melaksanakan analisa pada Ny. N 20 Tahun G1P0A0 Gravida 39-40 Minggu Inpartu Kala 1 Fase laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut
- 4) Melaksanakan penatalaksanaan pada Ny. N 20 Tahun G1P0A0 Gravida 39-40 Minggu Inpartu Kala 1 Fase laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut
- 5) Melaksanakan pendokumentasian asuhan kebidanan persalinan pada Ny. N 20 Tahun G1P0A0 Gravida 39-40 Minggu Inpartu Kala 1 Fase laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut dengan metode SOAP.

1.3. Metode Pengumpulan Data

Asuhan kebidanan ini disusun dalam bentuk studi kasus yang di dapat berdasarkan keadaan dan situasi yang nyata dan bertuju pada pemecahan masalah dengan tehnik pengumpulan data primer dan sekunder. Dimulai dengan mencari informasi dan buku-buku yang terkait dengan penanganan kasus kebidanan.

Data diambil berdasarkan tanya jawab langsung tentang maslah yang diangkat dan juga melakukan observasi terhadap klien, selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perfusi. Tahap akhir adalah studi dokumentasi yaitu dengan cara melihat catatan medik dan data penunjang yang ada di dalam status klien.

1.4. Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi penulis

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

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil asuhan kebidanan ini akan dijadikan referensi bagi mahasiswa dalam meningkatkan proses pembelajaran dan data dasar untuk Karya Tulis Ilmiah selanjutnya.

1.4.3 Bagi Pasien dan Keluarga

Agar pasien mengetahui dan memahami tentang komplikasi persalinan serta masalah pada persalinan sehingga timbul kesadaran bagi klien untuk memperhatikan kehamilannya.

1.4.4 Bagi RSUD

Hasil penulisan dapat memberikan informasi tentang kegawatdaruratan pada ibu bersalin untuk tenaga kesehatan agar lebih meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

1.5. Waktu Dan Tempat Penelitian

Tempat di ruang ponok RSUD dr Slamet Garut, dilakukan pada tanggal 25 Februari 2024.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Ketuban Pecah Dini

2.1.1 Definisi

Ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) sering disebut dengan *premature reapture of the membrane* (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm. Pada keadaan ini dimana risiko infeksi ibu dan anak meningkat. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam masalah obstetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi (Purwaningtyas, 2017).

Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi in partu. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum persalinan mulai pada tahapan kehamilan manapun (Arma, dkk 2018).

Ketuban pecah dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu 1 jam belum terjadi inpartu terjadi pada pembukaan <4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jatuh

sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan. (Wiknjosastro, 2018).

2.1.2 Etiologi

Penyebab dari KPD tidak atau masih belum diketahui secara jelas sehingga usaha preventif tidak dapat dilakukan. Kecuali dalam usaha menekan infeksi. Faktor yang berhubungan dengan meningkatnya insidensi KPD adalah sebagai berikut.

1. Fisiologi selaput amnion/ketuban yang abnormal.
2. Inkompetensi serviks.
3. Infeksi vagina/serviks.
4. Kehamilan ganda.
5. Polihidramnion.
6. Trauma.
7. Distensi uteri.
8. Stress maternal.
9. Stress fetal.
10. Infeksi.
11. Serviks yang pendek.
12. Prosedur medis.

Menurut (Wiknjosastro, 2018) penyebab terjadinya ketuban pecah dini adalah:

- a. Serviks inkompeten yaitu kelainan pada serviks uteri dimana kanal servikal selalu terbuka.

- b. Ketegangan uterus yang berlebihan, misalnya pada kehamilan ganda dan hidroamnion karena adanya peningkatan tekanan pada kulit ketuban di atas ostium uteri internum pada serviks atau peningkatan intra uterin secara mendadak.
- c. Faktor keturunan (ion Cu serum rendah, vitamin C rendah, kelainan genetik).
- d. Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten.
 - 1) Makin panjang fase laten, makin tinggi kemungkinan terjadinya infeksi
 - 2) Makin muda kehamilan, makin sulit upaya pemecahnya tanpa menimbulkan morbiditas janin.
 - 3) Komplikasi ketuban pecah dini makin meningkat
- e. Kelainan letak janin dalam rahim misalnya letak sungsang dan letak lintang, karena tidak ada bagian rendah yang menutupi pintu atas panggul yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah. Kemungkinan kesempitan panggul, perut gantung, sepalovelvik, disproporsi.
- f. Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun ascenden dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban biasa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini
- g. Coitus saat kehamilan trimester III dengan frekuensi > 3x seminggu, penetrasi penis yang sangat dalam dan posisi suami menekan dinding perut ibu sehingga dapat mengakibatkan trauma dalam hubungan seksual dan akan terjadi pecahnya selaput ketuban.

2.1.3 Patofisiologi

Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh.

Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah.

Faktor resiko untuk terjadinya Ketuban Pecah Dini adalah:

- a. Berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen;
- b. Kekurangan tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok.

Degradasi kolagen dimediasi oleh matriks metalloproteinase (MMP) yang dihambat oleh inhibitor jaringan spesifik dan inhibitor protease.

Mendekati waktu persalinan, keseimbangan antara MMP dan TIMP-1 mengarah pada degradasi proteolitik dari matriks ekstraselular dan membrane janin. Aktivitas degradasi proteolitik ini meningkatkan menjelang persalinan. Pada penyakit periodontitis di mana terdapat peningkatan MMP, cenderung terjadi Ketuban Pecah Dini.

Selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda. Pada semester ketiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada isemester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban.

Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal fisiologis. Ketuban Pecah Dini pada kehamilan premature disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. Ketuban Pecah Dini premature sering terjadi pada polihidramnion, inkompeten serviks, solusio plasenta (Sepduwiana, 2019).

2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan Gejala Menurut Nugroho (2019), tanda dan gejala ketuban pecah dini adalah sebagai berikut:

- 1) Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina
- 2) Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah (Sujiyatini, 2019).
- 3) Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila Anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara (Norma, 2018)
- 4) Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

Ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan seperti 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 ketuban pecah dini. Jadi ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. (Darma Sari, 2017).

Tanda dan gejala terjadinya infeksi ditandai dengan adanya demam 38°C dan minimal 2 dari kondisi berikut: takikardi pada ibu, takikardi pada janin, nyeri tekan uterus, cairan ketuban berbau busuk, atau darah ibu mengalami leukositosis. Rongga ketuban umumnya steril. Invasi mikroba dari rongga ketuban mengacu pada hasil kultural mikroorganisme cairan ketuban yang positif (Suwiyoga, 2018)

2.1.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi

Menurut Sulistyowati (2017), sebab-sebab terjadinya ketuban pecah dini antara lain :

- 1). Faktor maternal
 - a). Infeksi dari rahim, leher rahim, dan vagina seperti *Chlamydia*,
Gonorrhea.
 - b). Stress maternal
 - c). Malnutrisi (gizi buruk, kekurangan vitamin C)
 - d). Merokok

Berdasarkan hasil analisa multivariate kejadian ketuban pecah dini dalam hasil penelitian ini lebih di pengaruhi oleh paparan asap rokok di bandingkan dengan paritas dan riwayat polihidramnion. Paparan asap rokok yang di tunjukkan dengan kandungan kotinin dalam urine pada kelompok kasus dan kelompok kontrol terdapat perbedaan jumlah yang

bermakna, sehingga paparan asap rokok berpengaruh secara signifikan terhadap terjadinya KPD. (*Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia, Muntoha, Suhartono, Nur Endah W*)

- e). Telah menjalani operasi biopsi serviks
- f). Memiliki riwayat KPD
- g). Belum menikah
- h). Status ekonomi rendah
- i). Anemia
- j). Trauma

Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, karena didalam sperma pria mengandung prostaglandin yang bisa mengakibatkan 8 kontraksi rahim dan menyebabkan mulut rahim terbuka. Pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya KPD. Dapat dihubungkan dengan hidramnion, kehamilan multiple, persalinan preterm, kompeten servikal, infeksi dan amnionitis. (Nugroho, 2019).

Faktor yang mempengaruhi terjadinya KPD diantaranya pola seksual yang tidak tepat yaitu frekuensi >3 kali seminggu, posisi yang salah dan frekuensi yang terlalu dalam (Jurnal Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di Rumah Sakit Umum Daerah Rokan Hulu. Oleh Sepduwiana, H. 2019)

- k). Mengonsumsi narkoba
- l). Genetik

m) Riwayat KPD

Riwayat ketuban pecah dini sebelum nya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Hal ini karena adanya penurunan kandungan kolagen dalam membrane sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan pada preterm terutama pada pasien yang beresiko tinggi karena membran yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menuru (Prawihardjo, 2018).

S) Usia

dari usia >35 tahun memiliki resiko tinggi mengalami ketuban pecah dini karena usia yang sudah terlalu tua serta penurunan organ-organ reproduksi untuk menjalankan fungsinya, maka keadaan ini menyebabkan selaput ketuban pecah sebelum waktunya (*Analisa penyebab terjadinya ketuban pecah dini pada ibu bersalin Eka Frelestanty, Yunida Haryani 2019*)

2). Faktor uteroplasental

- a. Uterus abnormal (misalnya septum uteri)
- b. Plasenta abruption (cacat plasenta didefinisikan sebagai kegagalan fisiologi transformasi dari segmen miometrium arteriolae spiralis sering menyebabkan KPD dan pre-eklampsia)
- c. Serviks insufisiensi
- d. Peregangan uterus (hidramnion, kehamilan kembar)
- e. Chorioamnionitis (infeksi intra ketuban)
- f. Infeksi karena transvaginal USG

- g. Peregangan uterus
- h. Trombosis dan perdarahan desidua

2.1.6 Penanganan

Konservatif (Purwaningtyas, 2017):

- a. Rawat di Rumah Sakit.
- b. Berikan antibiotika (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidk tahan ampisilin) dan metronidazole 2 x 500 mg selama 7 hari.
- c. Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes busa negative: beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- e. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah in partu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametasol, dan induksi sesudah 24 jam.
- f. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotic dan lakukan induksi.
- g. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, lekosit, tanda-tanda infeksi intrauterine).
- h. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalua memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametasol IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

Aktif

- a. Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprosol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- b. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi, dan persalinan diakhir:
 - a. Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jka tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea;
 - b. Bila skor pelvik >5, induksi persalinan, pertus pervaginam.

Tabel 2.1 Ketuban Pecah Dini

KETUBAN PECAH			
< 37 MINGGU		≥ 37 MINGGU	
Infeksi	Tidak ada infeksi	Infeksi	Tidak ada infeksi
Berikan penisilin, gentamisin dan metronidazole	Amoksilin + eritromisin untuk 7 hari	Berikan penisilin, gentamisin dan metronidazole	Lahirkan bayi
Lahirkan bayi	Steroid untuk pematangan paru	Lahirkan bayi	Berikan penisilin atau ampisilin
ANTIBIOTIKA SETELAH PERSALINAN			
Profilaksi	Infeksi	Tidak ada infeksi	
Stop antibiotic	Lanjutkan untuk 24 – 48 jam setelah bebas panas	Tidak perlu antibiotik	

Sumber : Sepduwiana, H. (2019).

2.1.7 Standar Operasional Prosedur (SOP) KPD di RSUD dr. Slamet Garut

1. Ketuban pecah dini pada kehamilan Aterm
 - a. Berikan antibiotik profilaksis : amoxicilin 3x500 mg atau golongan cephalosporin 2x1 gr.iv
 - b. Lakukan admission test bila hasilnya patologis segera dilakukan terminasi kehamilan

- c. Observasi temperatur rectal tiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat $\geq 37,60C$ segera terminasi
- d. Bila temperature rectal tidak meningkat, observasi selama 6 jam setelah 6 jam belum ada tanda-tanda infartu dilakukan terminasi kehamilan
- e. Batasi pemeriksaan dalam, hanya berdasarkan indikasi
- f. Bila di lakukan terminasi, evaluasi pelvic score (ps) dan presentasi pada presentasi kepala.
 - 1. bila ps >5 : lakukan oxytosin drip
 - 2. bila ps <5 : lakukan pematangan serviks

2. Ketuban pecah dini pada kehamilan preterm

- 1. Berikan Antibiotik
- 2. Untuk kehamilan <34 minggu di berikan dexamethasone 1x6 mg/im
- 3. Berikan tokolitik, nipedipine 1 (2x30 mg secara oral), II (3x20 mg secara oral) selama 2 hari
- 4. Observasi temperatur rectal tiap 3 jam, bila ada kecendrungan meningkat $\geq 37,60C$ segera terminasi.
- 5. Bila temperatur rectal tidak meningkat, observasi lakukan induksi setelah 24 jam.
- 6. Batasi pemeriksaan dalam, hanya berdasarkan indikasi
- 7. Bila di lakukan terminasi, evaluasi pelvic score (ps) dan presentasi pada presentasi kela
- 8. Bila ps >5 : lakukan oxytosin drip
- 9. Bila ps <5 : lakukan pematangan serviks

Tabel 2.2 SOP KPD di RSUD dr.Slamet Garut

KETUBAN PECAH DINI	
 <p>PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET</p>	<p>No. Dokumen : Kep/obg/003/069/2016</p> <p>Tanggal Terbit : 01/10/ 2016</p> <p>No. Revisi : 01</p> <p>Halaman 1/3</p> <p>Ditandatangani Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut</p>  dr. H. Masduki Farid, M.M. NIP. 19670625 199103 1 004
BATASAN	<p>Ketuban pecah dini adalah obeknya selaput korioamnion dalam kehamilan (sebelum onset persalinan berlangsung) Dibedakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> -PPROM (<i>Preterm Premature Rupture Of Membranes</i>) Ketuban pecah pada saat usia kehamilan < 37 Minggu -Prom (<i>Premature Rupture of Membranes</i>)
TUJUAN	<p>Sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien ketuban pecah dini di ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr. Slamet Garut</p>
KEBIJAKAN	<p>SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No..... Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut</p>
PERSIAPAN ALAT	
	<p>KRITERIA DIAGNOSIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umur kehamilan >20 Minggu • Keluar cairan ketuban dari vagina • Pemeriksaan speklum : terlihat cairan keluar dari ostium uteri eksternum • Kertas nitrazin merah akan jadi biru • Mikroskopis terlihat lanugo dan verniks kaseosa

PROSEDUR	DIAGNOSIS BANDING
	<ul style="list-style-type: none"> • Fistula vesikovaginal dengan kehamilan • Stress inkontinensia <p>PEMERIKSAAN PENUNJANG USG : menilai jumlah cairan ketuban, menentukan usia kehamilan, berat janin, letak janin, kesejahteraan jann dan letak plasenta.</p> <p>PENGELOLAAN a. Konserfatif Pengelolaan konservatif dilakukan bila tidak ada penyulit (bai pada ibu maupun janin), pada umur kehamilan 28-34 minggu, dirawat selama 2 hari. Selama perawatan dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi kemungkinan adanya amnionitis/tanda-tanda infeksi <ul style="list-style-type: none"> • Ibu : suhu > 38⁰C takikardi ibu, lekositosis, tanda-tanda infeksi intara uterin, rasa nyeri pada rahim, sekret vagina purulen. • Janin : Takikardi janin 2. Pengawasan timbulnya tanda persalinan. 3. Pemberian antibiotika p.o (Sefadroksil 2x500 mg, Eritromisin 4x500 mg) selama 3-5 hari atau antibiotika spectrum luas lain yang sensitive. 4. Ultrasonografi untuk menilai kesejahteraan janin 5. Bila ada indikasi untuk melahirkan janin, dilakukan pematangan paru, dan proteksi otak janin (Lihat Bab Persalinan Kurang bulan) <p><i>Kriteria diagnosis amnionitis</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Febris 2. Lekositosis 3. Takikardi 4. Cairan ketuban mungkin berbau <p><i>Aktif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengelolaan aktif pada KPD dengan umur kehamilan 20-28 minggu dan ≥34 minggu (lihat bab terminasi kehamilan) 2. Ada Tanda-tanda Infeksi 3. Timbulnya tanda-tanda persalinan 4. Gawat janin <p>PENYULIT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infeksi, sepsis • Kematian janin karena infeksi atau prematuritas

Tabel 2.3 Farmakologi yang digunakan pada KPD

Jenis obat	Efek	Sediaan dan Dosis
Magnesium	Untuk efek neuro proteksi pada KPD preterm < 31 minggu bila persalinan diperkirakan dalam waktu 24 jam	Magnesium sulfat IV : Bolus 6 gram selama 40 menit dilanjutkan infus 2 gram/ jam untuk dosis pemeliharaan sampai persalinan atau sampai 12 jam terapi
Kortikosteroid	Untuk menurunkan risiko <i>respiratory distress syndrome</i>	Betamethasone : 12 mg IM setiap 24 jam dikali 2 dosis. Jika tidak tersedia, dapat diganti dengan dexamethasone 6 mg IM setiap 12 jam dikali 4 dosis
Antibiotik	Untuk memperpanjang periode laten	Ampicillin 2 gram IV setiap 6 jam dan Erythromycin 250 mg IV setiap 6 jam selama 48 jam, diikuti dengan Amoxicillin 250 mg PO setiap 8 jam selama 5 hari dan Erythromycin 333 mg PO setiap 8 jam selama 5 hari

Sumber : POGI, 2014

2.2 Metode Dokumentasi

SUBJEKTIF, OBJEKTIF, *ASSESSMENT*, *PLANNING* (SOAP) Dalam pendokumentasian metode SOAP, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah *Analysis/Assessment*, P adalah *Planning*,

1. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang mempunyai ketidaksempurnaan dalam wicara, dibagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.
2. Data Objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
3. Analisa, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi

sangat dinamis. Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup: diagnosis/diagnosis dan masalah kebidanan/diagnosis, masalah kebidanan dan kebutuhan.

4. Planning /perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter (Prawiharjo, 2017).

2.3 Induksi

Induksi persalinan adalah suatu tindakan terhadap ibu hamil yang belum inpartu, baik secara operatif maupun medikasi, untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan. Induksi persalinan berbeda dengan akselerasi persalinan, di mana pada akselerasi persalinan tindakan-tindakan tersebut dikerjakan pada wanita hamil yang sudah inpartu. Induksi persalinan

adalah upaya untuk melahirkan pervaginam dengan merangsang timbulnya his bagi ibu hamil yang belum inpartu sehingga terjadi persalinan (Reni& Sunarsih 2017)

2.3.1 Indikasi Untuk Induksi Persalinan

Menurut (Ayuba *et al*, 2017) Induksi persalinan dilakukan karena beberapa indikasi medis. Indikasi tersebut antara lain :

- a) Ketuban pecah dini (KPD).
- b) Kehamilan lewat waktu.
- c) Oligohidramnion.
- d) Koroamnionitis.
- e) Preeklamsi.
- f) Hipertensi dalam kehamilan.
- g) Kematian janin (IUFD).
- h) Pertumbuhan janin terhambat (IUGR).
- i) Insufisiensi plasenta,.
- j) Perdarahan antepartum.
- k) *Umbilical abnormal* arteri doppler.

2.3.2 Kontra Indikasi Induksi Persalinan

Menurut Manuaba (2010) dalam Ayuba *et al*, (2017) kontra indikasi induksi persalinan yaitu:

- 1) Terdapat distosia persalinan
 - a. Panggul sempit atau *disproporsi sefalopelvik*.
 - b. Kelainan posisi kepala janin.

- c. Kelainan letak janin dalam rahim.
- 2) Over distansia uteri
- a. Hamil gameli.
- 3) *Sefalo pelvis disproporsi*
- a. Kepala masih melayang.
 - b. Prasad Osborn positif artinya penonjolan kepala dua jari diatas simfisis pubis.
- 4) Fetal distress dengan berbagai sebab :
- a. USG hasil menunjukkan oligohidramnion.
 - b. Amnioskopi cairan keruh atau kental.
 - c. Ketuban dipecah ternyata hijau, keruh dan kental.

2.3.3 Persyaratan

Menurut Hakimi (2018), persyaratan induksi pada persalinan :

1) Presentasi

Presentasi harus kepala, induksi persalinan tidak boleh dilakukan bila ada letak lintang, presentasi majemuk dan sikap ekstensi pada janin, dan hampir tidak boleh dilakukan kalau bayinya presentasi bokong.

2) Stadium Kehamilan

Semakin kehamilan mendekati masa aterm, semakin mudah pelaksanaan induksi.

3) Stadium

Kepala bayi harus sudah masuk panggul. Semakin rendah kepala bayi, semakin mudah dan semakin aman prosedur tersebut.

4) Kematangan Serviks

Serviks harus mendatar, panjangnya <1,3 cm (0,5 inc), lunak, bisa dilebarkan dan sudah membuka untuk dimasuki sedikitnya satu jari dan sebaiknya dua jari tangan

2.3.4 Komplikasi

Komplikasi pada induksi persalinan menurut Hakimi (2018) yaitu :

- 1) *Prolapsus Funicula* dapat terjadi bila pencegahan artifisial ketuban dikerjakan sebelum bagian terendah masuk panggul.
- 2) Kematian janin tidak jelas sebabnya.
- 3) Persalinan lama.
- 4) Prematuritas sebagai akibat menghitung tanggal perkiraan kelahiran.
- 5) Infeksi genitalia dan fetal setelah ketuban pecah lama.
- 6) Induksi dianggap gagal bila :
 - a. Bila uterus sama sekali tidak bereaksi terhadap stimulasi.
 - b. Bila uterus mengadakan kontraksi yang abnormal dan serviks tidak berdilatasi

2.3.5 Metode pada Induksi Persalinan

Menurut (Dewi., dkk, 2016) Dalam melakukan induksi persalinan, terdapat dua metode induksi yaitu :

1. Metode mekanis

Mempergunakan dilatator higroskopik (laminaria), dengan *ballon catheter* dan amniotomi

2. Metode farmakologis

Menggunakan obat-obatan seperti oksitosin dan prostaglandin, oksitosin merupakan preparat yang sering digunakan untuk induksi persalinan, tetapi kegagalan induksi dengan oksitosin sering terjadi walaupun komplikasi pada janin dan ibu kurang, karena dapat terkontrol dosisnya. Angka tindakan pemberian oksitosin di Indonesia meningkat dari 20% pada tahun 1989 menjadi 38% pada tahun 2002 dengan tujuan induksi persalinan atau mempercepat jalannya persalinan (Maryunani, 2016).

2.4 Episiotomi

2.4.1 Pengertian

Episiotomi adalah suatu tindakan insisi bedah yang dilakukan pada perineum untuk memudahkan kelahiran pada bagian presentase janin, praktik ini harus dibatasi sesuai kebutuhan klinis (Baston Hellen dkk, 2016)

2.4.2 Indikasi

Indikasi dalam melakukan episiotomi yang umum adalah:

- a) Fasilitasi untuk persalinan dengan tindakan atau dengan menggunakan instrument. Persalinan pervaginam dengan penyulit, misalnya presentasi bokong, distosia bahu, akan dilakukannya ekstraksi forcep, dan ekstraksi vakum.
- b) Mencegah terjadinya robekan perineum yang kaku/pendek atau diperkirakan tidak mempunya perineum untuk beradaptasi terhadap regangan yang berlebihan misalnya bayi yang sangat besar atau makrosomia, untuk

mengurangi tekanan pada kepala bayi dengan prematuris, bahkan terhadap ibu yang tidak mengetahui cara mengedan yang baik dan benar.

- c) Mencegah terjadinya kerusakan jaringan pada ibu dan bayi pada kasus letak/presentasi abnormal (bokong, muka, ubun-ubun kecil di belakang) 19 dengan menyediakan tempat labih luas untuk persalinan yang aman (Maryunani, 2016)

2.4.3 Jenis-jenis Episiotomi

1. Episiotomi Mediolateralis menurut Irawati (2017)

- a) Pemotongan dimulai dari garis tengah fossa vestibula vagina ke posterior ditengah antara spina ishiadica dan anus 10.
- b) Dilakukan pada ibu yang memiliki perineum pendek dan pernah rupture grade.
- c) Kemungkinan perluasan laserisasi ke sphincter ani akan semakin kecil
- d) Penyembuhan terasa lebih sakit dan lama.
- e) Mungkin ibu merasakan kehilangan darah yang lebih banyak.
- f) Sulit dijahit.
- g) Bekas luka parut kurang baik.
- h) Intritus vagina melebar.
- i) Biasanya luka Episiotomi diikuti dengan rasa nyeri karena berhubungan dengan dyspareunia.

2. Episiotomi Medialis

- a) Tindakan Episiotomi medialis penyembuhannya tidak terlalu sakit karena menghindari pembuluh-pembuluh darah dan syaraf.

- b) Secara anatomis lebih alamiah.
- c) Dengan anatomis yang lebih muda menjadikan penjahitan luka lebih mudah.
- d) Kehilangan darah lebih sedikit.
- e) Jika meluas bisa lebih memanjang sampai ke sphincter ani yang mengakibatkan kehilangan darah lebih banyak, lebih sulit dijahit dan jika sampai sphincter ani harus dirujuk (Tando Naomy Marie, 2013).

2.4.4 Tujuan Episiotomi

1. Fasilitas untuk persalinan dengan tindakan atau menggunakan instrument.
2. Mencegah robekan perineum yang baku atau diperkirakan tidak mampu beradaptasi terhadap regangan yang berlebihan (misalnya bayi yang sangat besar atau makrosomia).
3. Mencegah kerusakan jaringan pada ibu dan bayi pada kasus presentase upnormal (bokong, muka, ubun-ubun kecil di belakang) dengan menyediakan tempat lebih luas untuk persalinan yang aman (Maryunani, 2016).

Tabel 2.3 Keuntungan dan Kerugian Episiotomy

Episiotomi Medialis	Episiotomi Mediolateralis
Mudah dijahit	Lebih sulit dijahit
Penyembuhan anatomis maupun fungsional baik	Penyembuhan anatomis maupun fungsional kurang sempurna
Nyeri dalam nifas tidak seberapa	Nyeri pada hari-hari pertama
Dapat menjadi rupture perineum totalitas	Jarang menjadi rupture perineum totalitas

(Prawirohardjo, 2017)

2.4.5 Penjahitan Luka Episiotomi

Nyeri perineum disebabkan oleh luka jahitan pada waktu melahirkan karena adanya jaringan yang terputus, termasuk serabut-serabut saraf perifer sehingga merangsang hipotalamus untuk mengeluarkan reseptor nyeri pada daerah perineum.

Tujuan penjahitan luka perineum atau episiotomi adalah :

- a. Untuk mendekatkan jaringan-jaringan agar proses penyembuhan dapat terjadi. Proses penyembuhan luka itu sendiri bukan hasil dari penjahitan tersebut tetapi hasil dari pertumbuhan jaringannya.
- b. Untuk menghentikan perdarahan. Ada berbagai teknik penjahitan episiotomi dan laserasi (Arma, 2018).

2.4.5.1 Teknik Penjahitan

1. *Simple interrupted suture* (teknik jahitan satu-satu)

Teknik ini dapat digunakan untuk semua jenis luka. Keuntungan jahitan interrupted yaitu mudah, mudah untuk mengatur tepi-tepi luka. Namun kerugiannya memerlukan waktu yang lama dan bekas jahitan lebih terlihat.

2. *Simple continuous suture* (jelujur) Jenis jahitan ini paling banyak digunakan karena lebih sedikit nyeri setelah penjahitan dan pada masa post partum. Jahitan jelujur ini digunakan untuk menjahit mukosa vagina dan otot perineum.

3. *Subcuticular continuous suture* (subkutis) Pada teknik ini benang ditempatkan bersembunyi dibawah jaringan dermis sehingga yang

terlihat hanya bagian kedua ujung benang yang terletak didekat kedua ujung luka. Hasil akhir pada tehnik ini berupa satu garis saja. Penjahitan ini merupakan lanjutan dari penjahitan otot perineum secara jelujur (Arma, 2018).

2.4.6 Penjahitan Luka Perineum Tanpa Anestesi

Penelitian yang dilakukan oleh Pertiwi, H dan Indrawati, L dalam penelitiannya yang berjudul “efektifitas prosedur penatalaksanaan pra penjahitan metode jelujur terhadap lamanya penyembuhan luka perineum” menyatakan adanya perbedaan penyembuhan luka yang mana pengaruh anestesi menimbulkan kerusakan sistem imun dan berakibat terjadinya penurunan ketahanan daya tubuh sehingga akan terjadi pemanjangan penyembuhan luka 2-3 hari dari pada tanpa anestesi.

Observasi yang peneliti lakukan menunjukkan responden yang diberikan anestesi pada penjahitan perineum rata-rata mengalami penumpukan cairan pada bagian perineum yang dianestesi selama 2- 3 hari pertama sehingga bagian tersebut terlihat sedikit menggelembung dan agak mengilat, kemudian pada hari ke 4- 8 keadaan perineum terlihat memerah dan sedikit membengkak menandakan daerah tersebut masih dalam tahap peradangan, sementara pada hari ke 9- 12 terlihat ada sedikit tarikan dan kerutan serta bagian kulit luka yang membentuk parut menandakan keadaan luka sudah berangsur membaik dan dapat dinyatakan sembuh. Responden yang tidak diberikan anestesi tidak mengalami edema pada masa awal setelah diberikan penjahitan perineum.

Proses penyembuhan luka yang dilalui responden yang tidak diberikan anastesi ialah pada hari 1-2 daerah perineum berwarna kemerahan dan terlihat sedikit lembab, hari ke 3-5 warna kemerahan pada area perineum yang dijahit berkurang dan mulai terbentuk kerutan, hari ke 6- 7 terdapat luka parut yang menandakan telah terjadi proses penyembuhan luka.

Peneliti berasumsi penggunaan anastesi *lidokain* menyebabkan *vasokonstriksi* berlebihan pada pembuluh darah sehingga tahap awal dari fase penyembuhan luka menjadi terhambat. Pada dasarnya, ketika kulit mengalami luka akan menyebabkan pendarahan dan tubuh berusaha menghentikannya melalui pengerutan ujung- ujung pembuluh darah, mengisolasi daerah luka agar tidak terjadi pelebaran dan menghindari kuman maupun bakteri yang dapat menginfeksi luka, setelah itu terjadi proses penyerapan cairan sebelum pada akhirnya tubuh berusaha merangkai benang- benang fibrin untuk melakukan proses penyembuhan luka. Responden yang diberikan anastesi, karena pada umumnya anastesi lidokain yang diberikan mengandung *endorphin* yang juga mengakibatkan *vasokonstriksi* pada pembuluh darah, mengakibatkan penyerapan cairan anastesi yang lambat sehingga terlihat penumpukan cairan yang agak mengilat dan menggelembung. Hal tersebut tentu saja mempengaruhi proses penyembuhan luka selanjutnya, sementara responden yang tidak diberikan anastesi mengalami penyembuhan luka yang sesuai dengan teori Smeltzer (2002) sehingga terjadi perbedaan penyembuhan luka terhadap keduanya. (*jurnal kesehatan prima nusantara bukittinggi 2018*). Berdasarkan program pemerintah yang berkaitan dengan asuhan sayang ibu menyarankan pada setiap penjahitan luka

perineum untuk menggunakan anastesi lokal (lidokain 1%). (*jurnal ilmiah kesehatan & kebidanan, Nopi Hendrian,2019*)

2.5 Kegawatdaruratan

Kegawatdaruratan obstetri dan neonatal merupakan suatu kondisi yang dapat mengancam jiwa seseorang, hal ini dapat terjadi selama 29 kehamilan ketika kelahiran bahkan saat hamil. Banyak sekali penyakit serta gangguan selama kehamilan yang bisa mengancam ibu maupun bayi yang akan di lahirkan. Kegawatan tersebut harus segera di tangani, karena jika lambat dalam menangani akan menyebabkan kematian ibu dan bayi baru lahir. (Walyani & purwoasturi, 2018)

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Persalinan Kala 1 Fase Laten Pada Ny. N

Tanggal : 22 Februari 2024.
Jam : 15.30 WIB
Tempat : Ruang ponek
Pengkaji : Seni Nur Oktaviani

A. Data Subjektif

1. Identitas

Identitas	Ibu	Suami
Nama	: Ny.N	Tn. A
Umur	: 20 Tahun	24 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/Bangsa	: Sunda/Indonesia	Sunda/Indonesia
Pendidikan	: SD	SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Wiraswasta
Alamat	: Kp. Giriawas Ds. Cikajang Kec. Cikajang Kab, Garut	

2. Alasan Datang

Pasien datang ke Ponek pukul 15.30 WIB rujukan dari Puskesmas Cikajang dirujuk ke RSUD dr. Slamet Garut atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) sejak 17 jam yang lalu.

3. Keluhan Umum

Ibu datang ke Pukesmas pukul 08.30 WIB mengeluh keluar air-air sedikit dari jalan lahir berwarna jernih sejak tanggal 21 Februari 2024 pada pukul 22.00 WIB. Tanggal 22 Februari 2024 pukul 08.30 WIB air yang keluar dari jalan lahir bertambah banyak dan berwarna jernih belum ada lendir bercampur darah dan mengeluh mules tetapi tidak sering dan gerakan janin masih dirasakan. Diberikan amoxilin 1x500 mg/oral pada jam 08.45 WIB. Dilakukan pemasangan infus RL dan DC 1 jam sebelum persiapan rujukan ke RSUD dr. Slamet Garut.

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

HPHT : 22 Mei 2023

TP : 26 Februari 2024

Ibu mengaku pertama kali menstruasi pada usia 13 tahun dengan siklus 29 hari, lama menstruasi 5-7 hari, banyaknya darah ganti pembalut 2x sehari, tidak ada keluhan.

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas sekarang

Ini merupakan kehamilan pertamanya dengan usia kehamilan 39 - 40 minggu, ibu tidak pernah mengalami keguguran. Selama hamil ibu rutin memeriksa kehamilannya ke bidan sebanyak 6x dan 3x di posyandu, pertama kali merasakan gerakan janin saat usia kehamilan 5 bulan, tidak ada penyulit selama kehamilan.

Status TT : ibu mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2x, yang pertama sebelum menikah dan yang kedua usia kehamilan 6 bulan.

Selama hamil ibu mengkonsumsi tablet Fe kurang lebih 90 Tablet.

c. Riwayat Kesehatan Ibu

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

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

e. Riwayat KB

Ibu mengatakan belum pernah KB apapun

f. Riwayat Pernikahan

Ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suaminya, nikah pada usia 19 tahun dan suami usia 23 tahun, lamanya kurang lebih sudah 1 tahun

g. Pola Kebutuhan sehari-hari

1) Nutrisi

Ibu biasanya makan 2-3x sehari dengan menu bervariasi, tidak ada makanan yang dipantang, ibu minum kurang lebih 7-8 gelas per hari, jenis air putih dan kadang air teh manis, ibu mengatakan makan nasi dan sayur dalam porsi kecil, minum air putih dan teh manis sebelum pergi ke rumah sakit pada pukul 14.00 WIB.

2) Eliminasi

Pola eliminasinya : BAB 1x Sehari, BAK 6-8x sehari, BAB dan BAK tidak ada keluhan.

Ibu mengatakan BAB terakhir kemarin sore, dan BAK terakhir sebelum ke rumah sakit.

3) Istirahat

Ibu mengatakan istirahat malam kurang lebih 6 jam,terkadang ibu tidur siang kurang lebih 1 jam. Sebelum datang ke RSU tidur terlebih dahulu selama 1 jam.

4) Aktivitas

Ibu hanya mengerjakan pekerjaan ringan

5) Personal Hygiene

Mandi 2x sehari, keramas 3x seminggu

6) Riwayat hubungan seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual seminggu 3x, terakhir hubungan seksual malam sebelumnya.

h. Psikososial

1. Respon keluarga terhadap kehamilan

Suami dan keluarga senang atas kehamilannya

2. Pengambil keputusan dalam keluarga

Ibu mengatakan yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah suami.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum	: Baik
Keadaan emosional	: Stabil
Kesadaran	: Composmentis
Antropometri	
Tinggi badan	: 148 cm
Berat badan sebelum hamil	: 53 kg
Berat badan sekarang	: 61 kg
Kenaikan berat badan	: 9 Kg
IMT : 23,1	LILA : 28 Cm
Tanda- tanda vital	
Tekanan darah	: 110/80 mmHg
Respirasi	: 23x/menit
Nadi	: 99x/menit
Suhu	: 36,6°c

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

- 1) Muka : Tidak ada edema, tidak pucat.
- 2) Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, fungsi penglihatan baik.
- 3) Mulut : Bibir lembab, lidah bersih, tidak ada caries gigi, tidak ada stomatitis

- 4) Hidung : Bersih, tidak ada polip, fungsi penciuman baik.
- b. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan limfe
- c. Payudara : puting susu menonjol, areola kehitaman, tidak ada benjolan atau massa, sudah ada pengeluaran kolostum
- d. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi.
- TFU : 30 cm
- Leopold I : Pada Bagian pundus teraba lunak (bokong)
- Leopold II : Teraba bagian panjang keras di bagian kanan ibu, teraba bagian bagian kecil di bagian kiri (puka)
- Leopold III : Teraba bagian bulat keras melenting (kepala), sudah masuk PAP
- Leopold IV : Divergen, 3/5
- TBBJ : (TFU-11) x 155
: (30-11) x 155
: $19 \times 155 = 2945$ gram
- DJJ : 137x/menit, reguler
- His : 2x10'30''
- Kadung kemih : Kosong
- e. Ekstremitas
- 1) Atas : tidak ada oedema, kuku tidak pucat, terpasang infus RL tetesan infus 20 tpm.
- 2) Bawah : tidak ada oedema, tidak ada varises, reflex patella (+/+)

f. Genetalia :

1). Inspeksi : terpasang DC, jumlah urine 150 cc

2). Pemeriksaan luar

Vulva vagina : Tidak ada kelainan

Perineum : Tidak ada luka

Pemeriksaan dalam

Portio : Tebal lunak,

Pembukaan : 2 cm

Ketuban : Negatif (-) warna jernih

Presentasi : Kepala

Penurunan kepala : Hodge II-III

3. Pemeriksaan Penunjang

HB : 13,1 g/dl

Tes lakmus : (+)

C. Analisa

G1P0A0 Gravida 39-40 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterin.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan.

Evaluasi : Ibu bersedia.

2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV : TD : 110/80 mmhg, N : 96

x/m, S: 36,6 °C

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

3. Melakukan pengambilan sampel darah.

Evaluasi : pengambilan sampel darah telah dilakukan dan meminta keluarga itu mengantarkan ke laboratorium, hasil test laboratorium normal tidak menunjukan adanya kelainan dan infeksi (jumlah leukosit 10.400/mm).

4. Menganjurkan ibu untuk rileks dan tenang.

Evaluasi : Ibu melakukan tarikan napas dari hidung dan dikeluarkan dari mulut.

5. Melakukan kolaborasi dengan dokter SPOG untuk pemberian antibiotik

Amoxsilin 1x dalam 500 mg/oral

Evaluasi : Sudah di berikan pada jam 15.40 WIB

6. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

Evaluasi : Ibu hanya minum air teh

7. Memindahkan pasien ke ruang bersalin (VK) untuk dilakukan tindakan lebih lanjut.

Evaluasi : Ibu sudah dipindahkan ke ruang bersalin (VK)

8. Melaksanakan pendokumentasian.

Evaluasi : Sudah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 22 Februari 2024.
Jam : 15.50 WIB
Tempat : Ruang VK
Pengkaji : Seni Nur Oktaviani

A. Data Subjektif

Ibu mengeluh merasa mules

B. Data Objektif

1. Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : *Composmentis*
Keadaan emosional : Stabil
2. Tanda-Tanda Vital
TD : 120/80 mmHg
R : 21 x/menit
N : 82 x/menit
S : 36,7°C
3. Auskultasi
DJJ (+) 137x/menit, reguler.
4. Palpasi
His : 2x10'30''
5. Genetalia :
V/V : Tidak ada kelainan
Portio : Tebal lunak

Pembukaan : 2 cm
Ketuban : (-) warna jernih
Presentasi : Kepala
Penurunan : Hodge II-III

C. Analisa Data

G1P0A0 Gravida 39-40 minggu inpartu kala I fase laten dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterin

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan
Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan TD : 120/80 mmhg,
N : 82x/m, S: 36,7⁰C , R : 21x/m, pembukaan : 2
2. Memberikan dukungan psikologis dan memberitahui ibu untuk relaks
Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran
3. Menganjurkan ibu untuk miring kiri
Evaluasi: ibu bersedia melakukan anjuran
4. Melakukan pemberian drip oksitosin 0,5 ml dilarutkan kedalam infus RL
500 ml 20 tpm
Evaluasi : oksitosin telah di berikan pukul 15.50 WIB
5. Mengobservasi kemajuan persalinan dan TTV.
Evaluasi: Sudah dilakukan observasi terlampir pada partograf

3.2 Asuhan Persalinan Fase Aktif

Tanggal : 22 Februari 2024.
Jam : 19.30 WIB
Tempat : Ruang VK
Pengkaji : Seni Nur Oktaviani

A. Data Subjektif

ibu mengatakan merasakan mules semakin sering.

B. Data Objektif

1. Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : *Composmentis*
Keadaan emosional : Stabil
2. Tanda-Tanda Vital
TD : 110/80 mmHg
R : 20 x/menit
N : 82 x/menit
S : 36,7°C
3. Auskultasi
DJJ (+) 137x/menit, reguler.
4. Palpasi
His : 4x10'45''
5. Genetalia :

V/V	: Tidak ada kelainan
Portio	: Tipis lunak
Pembukaan	: 8 cm
Ketuban	: (-) warna jernih
Molase	: 0
Presentsi	: Belakang kepala
Penunjuk	: UUK
Penurunan	: Hodge III +

C. Analisa Data

G1P0A0 Gravida 39-40 minggu inpartu kala I fase Aktif dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterin

E. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah di berikan
Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan TD : 110/80 mmhg, N : 82x/m, S: 36,7⁰C , R : 20x/m, pembukaan : 8
2. Memberikan dukungan psikologis dan memberitahui ibu untuk relaks
Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran
3. Menganjurkan ibu untuk miring kiri
Evaluasi: ibu bersedia melakukan anjuran
4. Mengobservasi kemajuan persalinan dan TTV.
Evaluasi: Sudah dilakukan observasi, hasil terlampir pada partograf
5. Mempersiapkan peralatan dan bahan untuk proses persalinan

Evaluasi: sudah dilakukan

6. Menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisinya.

Evaluasi: ibu minum air putih dan makan roti.

7. Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi: sudah dilakukan

3.3 Asuhan Persalinan Kala II

Tanggal : 22 Februari 2024.

Jam : 20.30 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Seni Nur Oktaviani

A. Data Subjektif

Ibu mengeluh mules yang semakin sering dan kuat, ada rasa ingin BAB.

B. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

Emosional : Stabil

TTV :

TD : 110/70 mmHg

R : 24x/menit

N : 82x/menit

S : 36,7 °C

DJJ : (+) 140x/menit, reguler

His : 5x10'50"

PD :

Portio : Sudah tidak teraba

Pembukaan : 10 cm (Lengkap)

Ketuban : (-) warna jernih

Molase : 0

Presentasi : Belakang kepala

Penunjuk : Ubun-ubun kecil depan

Penurunan : H IV

C. Analisa

G1P0A0 Gravida 39-40 minggu inpartu kala II dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterin

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa ibu akan bersalin.

Evaluasi: Ibu mengerti dan ibu dalam posisi setengah duduk.

2. Memberitahukan cara mengedan dan menarik nafas disela-sela kontraksi.

Evaluasi: Ibu bisa mengedan dan ibu menarik nafas disela-sela kontraksi.

3. Memberitahu ibu akan dilakukan tindakan episiotomi untuk memperluas jalan lahir bayi karena perinium kaku.

Evaluasi: dilakukan episiotomi medialis yang sebelumnya tidak diberikan anastesi

4. Memimpin mengedan, melakukan pertolongan persalinan

Evaluasi : Jam 20.50 WIB bayi lahir spontan langsung menangis JK : Laki-laki, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan.

5. Melakukan penatalaksanaan bayi baru lahir, mengeringkan bayi dengan segera kecuali muka dan telapak tangan, dan langsung dibawa oleh petugas perinatologi

Evaluasi : Sudah dilakukan

6. Memfasilitasi IMD.

Evaluasi: Tidak dilakukan IMD

3.4 Asuhan Persalinan Kala III

Tanggal : 22 Februari 2024.

Jam : 20.52 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Seni Nur Oktaviani

A. Data Subjektif

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

B. Data Objektif

K/u baik, TFU sepusat, kontraksi baik, palpasi tidak ada janin kedua, adanya semburan darah, kandung kemih kosong, tampak tali pusat di vulva, uterus membesar dan tali pusat memanjang.

C. Analisa

P1A0 Inpartu kala III

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu tindakan yang akan dilakukan

Evaluasi : ibu memahami dan bersedia dilakukan tindakan

2. Menyuntikan oxytocin 10 IU/IM

Evaluasi: Sudah disuntikan dalam 1 menit.

3. Melakukan Penegangan Tali pusat Terkendali (PTT)

Evaluasi : Sudah ada tanda pelepasan plasenta, plasenta lahir spontan jam

21.05 WIB

4. Melakukan masase uterus.

Evaluasi: Kontraksi baik.

5. Melakukan pengecekan plasenta

Evaluasi : Plasenta lengkap

6. Mengajarkan masase uterus pada ibu.

Evaluasi: Ibu bisa melakukan masase uterus

3.5 Asuhan Persalinan Kala IV

Tanggal	: 22 Februari 2024.
Jam	: 21.10 WIB
Tempat	: Ruang VK
Pengkaji	: Seni Nur Oktaviani

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan sangat lelah dan senang atas kelahiran bayinya

B. Data Objektif

K/u baik, TD : 110/70 mmHg, N : 84x/menit, R : 20x/menit, S : 36,6°C,

TFU: sepusat, kontraksi uterus baik, terdapat luka episiotomi perineum derajat

II, pengeluaran darah pervaginam \pm 100 cc.

C. Analisa

P1A0 Inpartu kala IV dengan laserasi derajat 2.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu baik-baik saja.

Evaluasi: Ibu mengetahui keadaan ibu baik-baik saja.

2. Melakukan penjahitan luka episiotomi

Evaluasi: telah dilakukan penjahitan tanpa anastesi

3. Membersihkan dan merapikan ibu.

Evaluasi: ibu dalam keadaan bersih

4. Memantau tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, TFU, kontraksi uterus, perdarahan, dan kandung kemih (15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada jam kedua)

Evaluasi: Hasil terlampir di partograf.

5. Memberitahukan KIE tanda bahaya post partum (nifas).

Evaluasi: Ibu mengerti tanda bahaya nifas.

6. Memfasilitasi ibu untuk makan dan minum untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya.

Evaluasi: Ibu dan mengerti menghabiskan porsi dari menu yang disediakan.

7. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini.

Evaluasi: Ibu sudah bisa miring kiri, miring kanan, dan duduk.

8. Mengajarkan ibu perawatan luka jahitan dan menganjurkan ibu untuk selalu membersihkan jalan lahirnya saat cebok.

Evaluasi: Ibu mengerti cara perawatan kebersihan jalan lahir.

9. Mengajarkan ibu cara melakukan perawatan payudara dan luka jahitan.

Evaluasi: Ibu mengerti bagaimana cara melakukan perawatan payudara.

10. Melakukan pendokumentasian dan melengkapi partograf

Evaluasi: Dokumentasi Terlampir

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan pengkajian dan asuhan kebidanan pada klien Ny “N” dengan kasus Ketuban Pecah Dini di RSUD dr Slamet Garut pada tanggal 22 Februari 2024. Pembahasan ini berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan oleh penulis. Ada pun hal ini penulis dapat menjabarkan dengan bentuk pendokumentasian SOAP yang digunakan sebagai berikut :

4.1 Data Subjektif

Hasil pengkajian yang di peroleh dari data subjektif, HPHT: 22 Mei 2023 dan berdasarkan perhitungan HPHT Tapsiran persalinannya adalah 26 Februari 2024 ini berdasarkan perhitungan HPHT dengan rumus TPL yaitu (Tanggal di +7 dan bulan di -3 dan tahun di +1) dan usinya 39-40 minggu berdasarkan perhitungan (Tanggal kunjungan - HPHT)

Ibu mengeluh keluar air-air sedikit dari jalan lahir yaitu cairannya yang keluar berwarna jernih dan berbau amis sejak pukul 22.00 WIB pada tanggal 21 Februari 2024 hal ini sesuai dengan teori (Suroyo, 2018) yang menjelaskan mengenai karakteristik air ketuban mengandung berbau khas ketuban (amis).

Ibu juga mengeluh mules tapi tidak sering pada pukul 22.00 WIB hal ini sesuai dengan teori (Dharmayanti, 2022) tentang tanda tanda persalinan salah satunya adalah adanya rasa sakit perut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus kadang-kadang disebut ”*false labor pains*” serviks menjadi

lembek mulai mendatar dan sekresinya bertambah dan bisa bercampur darah (*bloody show*).

Ny. N datang ke Poned pada tanggal 22 Februari 2024 pukul 15.30 WIB, ibu merupakan rujukan dari PKM Cikajang atas indikasi ketuban pecah dini (KPD). KPD adalah ketuban pecah dini sebelum terjadinya tanda-tanda inpartu dimana pembukaan < 3 cm pada primipara 5 cm pada multipara. (Purwaningtyas, 2017).

Pada saat pengkajian ibu mengatakan melakukan pola hubungan seksual sebanyak 3x dalam seminggu, hal tersebut kemungkinan menjadi pemicu untuk terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Sesuai teori (Handayani, 2017) faktor yang mempengaruhi terjadinya KPD diantaranya pola seksual yang tidak tepat yaitu frekuensi ≥ 3 kali seminggu, posisi yang salah dan penetrasi yang terlalu dalam.

Ny. N mengatakan semalam sudah melakukan hubungan seksual dengan suaminya. Menurut (Darmayanti, 2022) salah satu penyebab KPD adalah trauma akibat hubungan seksual, karena didalam sperma pria mengandung prostaglandin yang bisa mengakibatkan kontraksi rahim dan mengakibatkan ulut rahim terbuka. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

4.2 Data Objektif

Hasil dari data objektif dilakukan pemeriksaan tanda-tanda tekanan darah 110/80 mmHg, respirasi: 23x/menit, nadi: 99x/menit, suhu : 36,6⁰C keadaan suhunya normal dan tidak ada tanda tanda infeksi ini sesuai dengan teori tanda tanda infeksi adalah bila suhu ibu lebih dari 38⁰C (Prawirohardjo, 2013). Pada saat dilakukan pemeriksaan pembukaan 2 cm, ketuban (-) warna jernih. Menurut teori

Wiknjosastro (2018), Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu 1 jam belum terjadi inpartu terjadi pada pembukaan <4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu (Wiknjosastro, 2018).

Pada pemeriksaan genitalia ibu terdapat pengeluaran air ketuban setelah dilakukan pemeriksaan menggunakan kertas lakmus warna kertas lakmus merah dan mengalami perubahan menjadi biru. Menurut teori menentukan pecahnya selaput ketuban dengan adanya cairan ketuban di vagina, jika tidak ada dapat di coba dengan menggerakkan sedikit bagian terbawah janin atau meminta pasien batuk atau mengedan, penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (nitrazin test) merah menjadi biru. dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan juga praktek. (Suroyo, 2018)

4.3 Analisa

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif ditetapkan bahwa analisa ibu mengalami KPD. KPD adalah pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm. Pada keadaan ini dimana resiko infeksi Ibu dan anak meningkat. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam masalah obstetric yang juga dapat menyebabkan infeksi pada Ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada Ibu dan bayi (Purwaningtyas, 2017).

Ketuban pecah dini ini merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu 1 jam sebelum terjadi inpartu. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum persalinan mulai pada tahapan kehamilan manapun (Arma, dkk 2018). Ketuban pecah dini yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu 1 jam belum terjadi inpartu terjadi pada pembukaan <4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waku atau kurang waktu. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jatuh sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan. (Wiknojosastro, 2018).

Penyebab ibu mengalami KPD yaitu trauma yang didapat akibat hubungan seksual, karena didalam sperma pria mengandung prostaglandin yang bisa mengakibatkan 8 kontraksi rahim dan menyebabkan mulut rahim terbuka. Pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya KPD. Dapat dihubungkan dengan hidramnion, kehamilan multiple, persalinan preterm, kompeten servikal, infeksi dan amnionitis. (Nugroho, 2019).

4.4 Penatalaksanaan

Berdasarkan analisa yang ditetapkan pada Ny. N maka penatalaksanaan yang dilakukan adalah melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotic amoxcylin suntuk mencegah terjadinya infeksi. Masalah penting dalam masalah obstetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi (Purwaningtyas, 2017).

Ny. N dipindahkan ke ruang bersalin untuk mendapatkan drip oksitopsin 0,5 ml dilarutkan kedalam 500 ml RL hal tersebut sesuai dengan protap RSUD dr. Selamat Garut (Purwaningtyas, 2017) yang mengatakan bahwa apabila kehamilan >37 minggu diberikan induksi dengan oksitosin untuk melahirkan bayi yang menyebabkan kontraksi ritmis pada uterus, meningkatkan frekuensi kontraksi yang telah ada, dan meningkatkan tonus otot-otot uterus sehingga mampu menghasilkan kontraksi yang adekuat untuk membuka serviks dan mendorong janin turun (*descent*) (Prawirohardjo, Saifuddin, 2017). Tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik.

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. N di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, yang dilakukan dari hasil pengkajian data subjektif dan objektif dan ditegakkanlah analisisnya, lalu dilakukan penatalaksanaan. Proses asuhan kebidanan pada Ny. N ini sesuai teori yang dikemukakan oleh (7 langkah Varney & Hidayat, 2010).

4.6 Matriks

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planing/ Intervensi		Evidence Based
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
	Ketuban Pecah Dini	Ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) sering disebut dengan premature reapture of the membrane (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada 6 primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm. Pada keadaan ini dimana risiko infeksi ibu dan anak meningkat. Ketuban pecah dini	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviks inkompeten 2. Ketegangan uterus yang berlebihan 3. Faktor keturunan 4. Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten. 5. Kelainan letak janin dalam Rahim 	hubungan seksual ibu yang lebih dari 3x dalam 1 minggu	<p>Penanganan KPD secara aktif :kehamilan > 37 minggu induksi dengan oksitosin, bila gagal dilakukan sc. Dapat pula diberikan missoprostol intra vaginal tiap 6 jam maksimal 4x. Bila ada tanda tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan di akhiri.</p> <p>1. Bila skor pelviks < 5, lakukan pematangan serviks. Kemudian induksi. Jika</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasi dan kolaborasi dengan dokter 2. Pasang infus RL 3. Memberikan obat antibiotik cefitaxim Skintest (-) 4. Drif oksitosin 5IU dalam cairan RL 20 tpm 5. Membtasi pemeriksaan dalam persalinan 6. Observasi kemajuan persalinan 7. Melakukan penolongan persalinan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usia kehamilan 24 – 30 minggu lebih baik di pertahankan dengan pemberian antibiotik profilakasis dengan kortikosteroid 2. Usia kehamilan >34 bila di pertahankan kehamilannya akan meninggalkan resiko korioamnionitis dan sepsis 3. Aktif pada kehamilan > 37 minggu lebih di pilih induksi awal dengan oksitosin dari pada menggunakan prostaglandin pervaginam kerana dapat meningkatkan korioamnionitis dan infeksi neonatal. (PNPK , 2016)

		merupakan masalah penting dalam masalah obstetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi (Purwaningtyas, 2017).	6. Infeksi 7. coitus saat kehamilan trimester III dengan frekuensi > 3x seminggu, Menurut (Manuaba, 2009)		tidak berhasil akhiri persalinan dengan sc. 2. Bila skor > 5 induksi persalinan, partus pervaginam (prawiroharjo, 3013)		
--	--	---	---	--	--	--	--

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan persalinan pada Ny. N umur 20 tahun G1P0A0 gravida inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini di RSUD dr. Slamet Garut, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Dari hasil pengkajian data subjektif pada Ny. N di dapatkan ibu mengeluh keluar air-air dari jalan lahir disertai dengan mules namun masih jarang, ketuban berwarna jernih.
2. Dari hasil pengkajian data objektif pada Ny. N diperoleh ketuban (-) berwarna jernih, pembukaann 2 cm dan tes lakmus (+) dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik lapangan.
3. Berdasarkan pengkajian dari data subjektif dan objektif Analisa yang di tetapkan pada Ny. N yaitu ketuban pecah dini (KPD). Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik lapangan.
4. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. N yaitu memberikan drip oksitosin dan amoxilin sesuai *advice* dokter Sp.OG, serta penanganan lainnya sesuai dengan kebutuhan. Tidak ada kesenjangan natara teori dan praktik di lapangan.
5. Pendokumentasian asuhan pada Ny. N di lakukan dilakukan dengan metode 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 untuk bisa meningkatkan mutu pelayanan yang sesuai dengan standar yang berlaku untuk penanganan Ketuban Pecah Dini.

4. Bagi mahasiswa

Mahasiswa waktu melaksanakan asuhan kebidanan persalinan patologis khususnya ketuban pecah dini saat praktek agar menerapkan asuhan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan sesuai dengan kewenangan yang diberikan kepada bidan dan sesuai dengan protaf yang ditetapkan ditempat mahasiswa praktek, sistem pendokumentasian di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, sehingga mahasiswa mendapatkan pengalaman, keterampilan dan dapat meningkatkan pengetahuan dalam melaksanakan asuhan kebidanan kepada klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayuba I.I., Abhulimen, O & Ekine, A.A. 2012. The safety of induction of labour in the Niger Delta Region. *Grener Journal of Medical Sciences*, 2 (6):173-178.
- Arma, A., & Sagita, S. (2018). Hubungan Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin. *Kesehatan*, 1–13.
- Ari Kurniarum. 2018. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Penerbit Pusdik SDM Kesehatan
- Ayati, Nurun dan Wiwit Sulistyawati. (2017) Buku Ajar Nifas dan Menyusui. CV. Kekata Group: Surakarta.
- Dharmayanti, L. (2022). Faktor Resiko Terjadinya Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin, (8.5.2017), 2003–2005.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. 2020. *Profil Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2020*. Jawa Barat
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. 2023. *Profil Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2023*. Jawa Barat
- Dewi,P.I & Salmiyati, Z. (2018). *Evaluasi Penggunaan Misoprostol pada Kehamilan Postterm di bangsal Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang*. Akademi Farmasi Prayoga : Padang (hal.170-171)
- Eva Anggraeni, Eka Nurhayati, Sumirah 2019 *jurnal kesehatan prima nusantara bukittinggi 2018 Jurnal Asuhan ibu bersalin dengan, KPD*,
- Eka Frelestanty, Yunida Haryani 2019) *Analisa penyebab terjadinya ketuban pecah dini pada ibu bersalin*
- Jannah, Nurul. 2018. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Ar'ruz Media.
- Kemenkes, RI. 2021. pedoman pelayanan Antenatal terpadu. Kementerian Kesehatan RI.
- Lisdaya Handayani, Rizqi Amelia, Eliya Sumarni 2017.*Ketuban pecah dini Dinamika Kesehatan*

- Nugroho, T. 2019. *Patologi Kebidanan: Ketuban Pecah Dini*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Norma Nita, Dwi Mustika. 2018. "*Asuhan Kebidanan Patologi*". Yogyakarta : Nuha Medika.
- Nopi Hendriani 2019, PDF66 . *jurnal ilmiah kesehatan & kebidanan*
- Purwaningtyas, M. L., & Prameswari, G. N. (2017). Faktor Kejadian Anemia pada Ibu Hamil, 1(3), 43–54.
- Prawihardjo, Sarwono. 2017. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : P.T.Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo.
- Sari E.P, Rimandini K.D. 2017. *Asuhan Keidanan Persalinan* Jakarta: Trans Info Media
- Safari, Fifi Ria Ningsih. 2017. Hubungan Karakteristik dan Psikologis Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD H.ABD.Manan Situpang Kisaran. *Jurnal Wahana Inovasi* 6 (1) : 202-212.
- Suwiyoga. (2018). *Asuhan Kebidanan Ibu Postpartum*. Katahati. Yogyakarta.
- Sepduwiana, H. (2019). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di Rumah Sakit Umum Daerah Rokan Hulu. *Jurnal Maternity and Neonatal*.
- Sujiyatini, Mufdillah, & Hidayat, A. (2019). *Asuhan Patologi Kebidanan: Plus Contoh Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sumarni. (2018). *Gambaran Induksi Persalinan Dan Out Come Di Rsu Muhammadiyah Sumatera Utara Tahun 2013*, Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara (hal. 2 3)
- Tri, Astuti (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di RS TK II Pelamonia Makassar. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia* Desember 2017 Vol.I No.2.
- Oktavia, Rina (2019). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Budi Asih Serang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Delima* Juli 2019 Vol.3 No.2.
- Prawirohardjo S. 2018. *Ilmu Kebidanan Sarwono*. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. 55–65 p.

Wiknojosastro, Hanifa. 2018. Ilmu kandungan Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Walyani, S. E. & Purwoastuti, E (2015), *Asuhan Kebidanan Persalinan Bayi Baru Lahir*, Yogyakarta: Pusta Baru Press.

WHO. (2019). Maternal mortality key fact. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>

LEMBAR BIMBINGAN

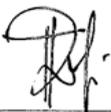
JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. N USIA 20 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 39-40 MINGGU INPARTU KALA 1 FASE LATEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RSUD dr SLAMET GARUT

NAMA : SENI NUR OKTAVIANI

NIM : KHGB21070

PEMBIMBING : TRI WAHYUNI, S.ST., Bdn., M.Keb

No	Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran	Paraf
1	13 Mei 2024	BAB I – BAB III	REVISI	
2	17 Mei 2024	BAB I – BAB III	REVISI	
3	20 Mei 2024	BAB II – BAB III	REVISI	
4	22 Mei 2024	BAB II – BAB III	REVISI	
5	24 Mei 2024	BAB II – BAB III	REVISI	
6	28 Mei 2024	BAB III	REVISI	
7	29 Mei 2024	BAB I – BAB III	REVISI	

No	Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran	Paraf
8	30 Mei 2024	BAB IV	REVISI	
9	31 Mei 2024	BAB IV	REVISI	
10	02 Juni 2024	BAB IV – BAB V	REVISI	
11	04 Juni 2024	BAB IV – BAB V	REVISI	
12	06 Juni 2024	BAB V	REVISI	

LEMBAR BIMBINGAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. N USIA
20 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 39-40 MINGGU INPARTU
KALA 1 FASE LATEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI
(KPD) DI RSUD dr SLAMET GARUT

NAMA : SENI NUR OKTAVIANI

NIM : KHGB21070

PENGUJI I : LINA HUMAEROH, S.ST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran	Paraf
1	12 Juni 2024	Revisi BAB I-BAB III		
2	13 Juni 2024	Revisi BAB III-BAB V		
3	14 Juni 2024	Perbaikan tanda baca		

