

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. K USIA 22 TAHUN
G1P0A0 GRAVIDA 40-41 MINGGU INPARTU
KALA I FASE LATEN DENGAN KPD
DI PUSKESMAS CILAWU**

KARYA ILMIAH AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi Profesi Bidan Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

SITI KHOERIAH

KHGH23026



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
2024**

PERNYATAAN

Dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat atau pendapat yang telah di tulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas di cantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan sebagai dalam daftar pustaka

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim pembimbing
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik (Amd.Keb) baik dari STIKes Karsa Husada maupun di perguruan tinggi lain.
3. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran 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, April 2023

Siti Khoeriah
KHGH23026

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. K USIA 22 TAHUN G1P0A0
GRAVIDA 40-41 MINGGU KALA I FASE LATEN DENGAN
KPD DI PUSKESMAS CILAWU**

**NAMA : SITI KHOERIAH
NIM : KHGH23026**

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir ini telah disetujui untuk disidangkan di hadapan Tim
Penguji Program Studi Profesi Bidan
STIKES Karsa Husada

Garut, Juli 2024

Menyetujui,
Pembimbing

**Ernawati, SST., Bdn., M.Kes.
NIK: 043298.0111.100**

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan

**Intan Rina Susilawati, SST., M.Keb
NIK: 043298.0111.100**

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. K USIA 22 TAHUN
G1P0A0 GRAVIDA 40-41 MINGGU INPARTU KALA I
FASE LATEN DENGAN KPD DI PUSKESMAS SELAAWI
NAMA : SITI KHOERIAH
NIM : KHGH23026

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir ini telah disidangkan di
hadapan Tim Penguji Program Studi Profesi Bidan
STIKES Karsa Husada

Garut, Juli 2024

Menyetujui,

Pembimbing : (Ernawati, SST., Bdn., M.Kes.) ()
NIK. 043298.0111.100

Penguji I : (Annissa Devi Permata, S.Tr.Keb.,) ()
M.K.M.
NIK. 043298.0122.164

Penguji II : (Naning Suryani, SST., Bdn., M.Keb.) ()
NIK. 043298.1110.087

Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Bidan

Intan Rina Susilawati. SST., M.KEB.
NIK. 043298.0111.100

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. K USIA 22 TAHUN
G1P0A0 GRAVIDA 40-41 MINGGU INPARTU
KALA I FASE LATEN DENGAN KPD
DI PUSKESMAS CILAWU**

SITI KHOERIAH

ABSTRAK

Angka kematian ibu di Indonesia masih menjadi perhatian serius. Penelitian ini menyoroti peran ketuban pecah dini (KPD) sebagai salah satu faktor penyebab kematian ibu. Studi kasus ini menganalisis asuhan persalinan pada Ny. K yang mengalami KPD, menekankan pentingnya deteksi dini, penanganan yang efektif, dan dokumentasi yang terstruktur. Penelitian ini juga mengkaji peran penting bidan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan maternal. Ketuban pecah dini (KPD) merupakan komplikasi kehamilan yang dapat berdampak serius bagi ibu dan janin. Penelitian ini menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan KPD dan dampaknya terhadap kesehatan maternal. Studi kasus terhadap seorang ibu hamil dengan KPD di Puskesmas Cilawu menunjukkan pentingnya pendekatan holistik dan berbasis bukti dalam penatalaksanaan KPD. Penelitian ini juga menyoroti perlunya peningkatan pengetahuan dan keterampilan bidan dalam penanganan KPD.

Kata Kunci: Persalinan, Angka Kematian Ibu, Ketuban Pecah Dini, Bidan, Kesehatan Maternal.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Ilahi Robbi yang maha sempurna Allah SWT, karena dengan rahmat, karunia dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan salah satu tugas Karya Ilmiah Akhir yang berjudul ” ASUHAN PERSALINAN PADA NY.K USIA 22 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 40-41 MINGGU KALA 1 FASE LATEN DENGAN KPD DI PUSKESMAS CILAWU”.

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

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini tidak terlepas dari bantuan, pengarahan, dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih 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 Kusrandi, S.Kep, M.Kes. Selaku Ketua STIKes Karsa Husada
Garut.
4. Ibu Intan Rina Susilawati. SST., M.KEB. Selaku Ketua Prodi Pendidikan
Profesi Bidan STIKes Karsa Husada Garut

5. Ernawati, SST., Bdn., M.Kes. selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Para Dosen dan 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.
7. Ny.K selaku pasien asuhan saya, yang telah berkenan untuk mempersilahkan saya melakukan asuhan pada ibu.
8. Ibu Bidan Anita Ganita,SST selaku pembimbing lapangan yang telah membimbing saya disana.
9. Semua rekan-rekan seperjuangan Profesi Bidan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan karya ilmiah akhiri, penulis belajar banyak dari pengalaman yang kita lalui bersama
10. 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 senantiasa melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua, Aamiin.

Garut, Juli 2024

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| LEMBAR PERSETUJUAN | 3 |
| LEMBAR PENGESAHAN..... | 4 |
| ABSTRAK..... | 5 |
| KATA PENGANTAR | Error! Bookmark not defined. |
| DAFTAR ISI..... | 8 |
| BAB I PENDAHULUAN | Error! Bookmark not defined. |
| 1.1 Latar belakang..... | Error! Bookmark not defined. |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | Error! Bookmark not defined. |
| 1.3 Tujuan | Error! Bookmark not defined. |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | Error! Bookmark not defined. |
| 1.4 Waktu dan Tempat..... | Error! Bookmark not defined. |
| 1.4.2. Tempat | Error! Bookmark not defined. |
| 1.5 Metode Pengumpulan Data..... | Error! Bookmark not defined. |
| 1.6 Manfat | Error! Bookmark not defined. |
| 1.6.2 Bagi Institusi | Error! Bookmark not defined. |
| 1.6.3 Lapangan Praktik | Error! Bookmark not defined. |
| 1.6.4 Bagi Klien | Error! Bookmark not defined. |
| BAB II TINJAUAN TEORI | Error! Bookmark not defined. |
| 2.1 Persalinan..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.1.2 Tanda-tanda Persalinan..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.1.3 Jenis-Jenis Persalinan..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.1.4 Tahapan Persalinan..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2. Persalinan Kala II..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3. Persalinan Kala III | Error! Bookmark not defined. |
| 4. Persalinan Kala IV | Error! Bookmark not defined. |
| 2.1.5 Tujuan Asuhan Persalinan | Error! Bookmark not defined. |

| | |
|--|-------------------------------------|
| 2.2 Ketuban Pecah Dini | Error! Bookmark not defined. |
| 2.2.2 Etiologi..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.3 Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD)..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.3.1 Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD)..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.3.2 Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD)..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.3.3 Diagnosis | Error! Bookmark not defined. |
| 2.4 Prinsip Ketuban Pecah Dini | Error! Bookmark not defined. |
| 2.2.3 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini | Error! Bookmark not defined. |
| 2.3.4 Penanganan KPD dengan kehamilan aterm | Error! Bookmark not defined. |
| 2.3.4 PROPTAP PENGELOLAAN KPD DI PUSKESMAS | Error! Bookmark not defined. |
| 2.3.4 Hubungan Usia Kehamilan Dan Paritas Ibu Bersalin Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.3.5 Hubungan Antara Pola Seksualitas Gravida Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) | Error! Bookmark not defined. |
| 2.3.5 Peran Bidan Dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Dengan KPD | Error! Bookmark not defined. |
| 2.3.6 Kewenangan Bidan | Error! Bookmark not defined. |
| 2.2 Pendokumentasian | Error! Bookmark not defined. |
| BAB III TINJAUAN KASUS | Error! Bookmark not defined. |
| 1.1 DATA SUBJEKTIF | Error! Bookmark not defined. |
| 1.2 DATA OBJEKTIF | Error! Bookmark not defined. |
| 1.3 ANALISA | Error! Bookmark not defined. |
| 1.4 PENATALAKSANAAN | Error! Bookmark not defined. |
| CATATAN PERKEMBANGAN | Error! Bookmark not defined. |

| | |
|--|------------------------------|
| 3.1.1 ASUHAN PERSALINAN KALA I | Error! Bookmark not defined. |
| B. DATA OBJEKTIF | Error! Bookmark not defined. |
| C. ANALISA | Error! Bookmark not defined. |
| D. PENATALAKSANAAN | Error! Bookmark not defined. |
| A. DATA SUBJEKTIF | Error! Bookmark not defined. |
| C. ANALISA | Error! Bookmark not defined. |
| D. PENATALAKSANAAN | Error! Bookmark not defined. |
| A. DATA SUBJEKTIF | Error! Bookmark not defined. |
| B. DATA OBJEKTIF | Error! Bookmark not defined. |
| C. ANALISA | Error! Bookmark not defined. |
| D. PENATALAKSANAAN | Error! Bookmark not defined. |
| 3.1.2 Asuhan Persalinan Kala III | Error! Bookmark not defined. |
| A. DATA SUBJEKTIF | Error! Bookmark not defined. |
| B. DATA OBJEKTIF | Error! Bookmark not defined. |
| C. ANALISA | Error! Bookmark not defined. |
| D. PENATALAKSANAAN | Error! Bookmark not defined. |
| 3.1.3 Asuhan Persalinan Kala IV | Error! Bookmark not defined. |
| A. DATA SUBJEKTIF | Error! Bookmark not defined. |
| B. DATA OBJEKTIF | Error! Bookmark not defined. |
| C. ANALISA | Error! Bookmark not defined. |
| D. PENATALAKSANAAN | Error! Bookmark not defined. |
| BAB IV PEMBAHASAN | Error! Bookmark not defined. |
| 4.1 Data Subjektif | Error! Bookmark not defined. |
| 4.2 Data Objektif | Error! Bookmark not defined. |
| 4.3 Analisa | Error! Bookmark not defined. |
| 4.4 Penatalaksanaan | Error! Bookmark not defined. |
| 4.5 Pendokumentasian | Error! Bookmark not defined. |
| BAB V PENUTUP | Error! Bookmark not defined. |

5.1 Kesimpulan **Error! Bookmark not defined.**

5.2 Saran **Error! Bookmark not defined.**

DAFTAR PUSTAKA Error! Bookmark not defined.

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 (Indah, dkk 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). Menurut (Zamrodah 2022)

Menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes) mencatat, jumlah kematian ibu di Indonesia sebanyak 4.627 jiwa pada 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 2022. Proporsinya mencapai 16,1% dari total kematian ibu di tanah air. (Badan Pusat Statistik 2021).

Jumlah kasus kematian ibu dan kematian bayi di Garut pada tahun 2016 mencapai peringkat tertinggi se-Jawa Barat. Data tersebut diketahui melalui

Badan Pusat Statistik (BPS) melalui Dinas Pengendalian Penduduk Keluarga Berencana Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DPPKBPPPA) Garut, terdapat 74 kasus kematian ibu diantaranya ada 2 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 (3) faktor, yaitu faktor langsung, faktor tidak langsung dan faktor determinan. (Zamrodah 2022)

Faktor penyebab langsung kematian ibu tahun 2020 diantaranya yaitu pendarahan, 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 T4 (Terlalu muda, Terlalu Tua, Terlalu sering, Terlalu banyak). Faktor ke tiga merupakan faktor determinan sebagai penyebab kematian ibu yaitu masalah sosial, ekonomi dan budaya. Kematian ibu pada tahun 2020 yang disebabkan pendarahan. (Zamrodah 2022)

Sebanyak dua belas (12) kasus, gangguan sistem peredaran darah sebanyak sepuluh kasus (10), gangguan metabolik sebanyak sembilan (9). Dari seluru kasus kematian ibu tersebut, sebanyak sembilan (9) kasus terjadi pada saat ibu hamil, lima belas (15) kasus terjadi pada saat bersalin dan sebanyak tiga puluh empat (34) kasus terjadi pada waktu nifas. (Profil Kesehatan Kabupaten Garuttahun 2020).

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)

Ketuban pecah dini terjadi sekitar 1% dari seluruh kehamilan. Ketuban pecah dini menyebabkan terjadinya 1/3 persalinan preterm dan merupakan penyebab 18%-20% dari morbiditas dan mortalitas perinatal. Dalam laporan kasus ini kami melaporkan seorang ibu hamil berusia 35 tahun, gravida 3, hamilaterm dengan ketuban pecah dini, keluhan keluar air dari jalan lahir dan belum inpartu. Laporan kasus ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas diagnosa dini serta penatalaksanaan ketuban pecah dini untuk mengurangi risiko bagi ibu dan janin (Jannah 2018)

Angka kejadian KPD berkisar antara 3-18% yang terjadi pada kehamilan preterm, sedangkan pada kehamilan aterm sekitar 8-10% (Human Development Report, 2010). Menurut WHO, kejadian KPD di Indonesia padatahun 2013 sebanyak 35% (WHO, 2014)

Kejadian KPD preterm dapat menimbulkan dampak bagi ibu dan janin, misalnya pada ibu dapat menyebabkan infeksi (korioamnionitis), infeksi puerperalis, perdarahan post partum, serta dry-labor (Manuaba, 2015).

KPD preterm juga sangat berpengaruh terhadap janin, walaupun ibu belum menunjukkan infeksi tetapi janin mungkin sudah terkena infeksi karena infeksiintrauterin terjadi lebih dulu sebelum gejala pada ibu dirasakan. Selain

itu, dapat terjadi hipoksia dan asfiksia sekunder, kompresi tali pusat, dll. Hal ini dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal maupun perinatal. (Prawirohardjo, 2015; Manuaba, 2010). KPD preterm juga merupakan penyumbang 6-40% persalinan preterm atau prematuritas (Mercer, 2016).

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang berperan sangat penting dalam pelayanan kebidanan ditengah masyarakat. Dalam rangka membantu menurunkan AKI dan AKB, maka bidan dituntut untuk dapat melakukan pengawasan pada seorang wanita hamil secara menyeluruh dan bermutu sehingga komplikasi dapat ditemukan sedini mungkin. Untuk itu bidan dalam menjalankan fungsinya dituntut untuk mampu mendeteksi dini tanda gejala kompliksi 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 40-41 MINGGU KALA 1 FASE LATENDENGAN KPD DI PUSKESMAS CILAWU**

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dari karya tulis ilmiah ini adalah Bagaimana Asuhan Persalinan Pada Ny.K Usia 22 Tahun G1P0A0 Dengan Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Cilawu

1.3 Tujuan

1.3.1. Tujuan umum

Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny.K 22 tahun G1P0A0 Gravida 40-41 minggu inpartu kala1 fase laten dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Cilawu tahun 2024 dengan menggunakan management 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 Cilawu tahun 2024 menggunakan Varney
2. Melakukan pengkajian data Objektif pada Ny.K usia 22 tahun G1P0A0 dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Cilawu tahun 2024
3. Menegakan analisa pada Ny.K usia 22 tahun G1P0A0 dengan KetubanPecah Dini di Puskesmas Selaawi Cilawu 2024
4. Melakukan penatalaksanaan pada Ny.K usia 22 tahun G1P0A0 denganKetuban Pecah Dini di Puskesmas Cilawu tahun 2024
5. Melakukan pendokumentasian pada Ny.K usia 22 tahun G1P0A0 denganKetuban Pecah Dini di Puskesmas Cilawu tahun 2024 dan metode SOAP

1.4 Waktu dan Tempat

1.4.1. Waktu

Waktu pengkajian dilakukan pada hari Selasa 28 Febuari 2024 pukul 10.30WIB

1.4.2. Tempat

Pengkajian Asuhan kebidanan ini dilakukan di Puskesmas Cilawu.

1.5 Metode Pengumpulan Data

Dalam penulisan kasus ini penulis menggunakan metode deskriptif denganpendekat 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 jugamelakukannya dengan petugas, klien dan keluarga.

4. Studi Dokumentasi

Yaitu dengan melihat hasil catatan klien memeriksakan kehamilannya

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 ibuhamil dengan Ketuban Pecah Dini.

1.6.2 Bagi Institusi

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

1.6.3 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 (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. (Rohmawati and Fibriana 2018)

Sedangkan Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan di tunggu 1 jam sebelum 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 pada saat usia kehamilan sebelum 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan. (Rohmawati and Fibriana 2018)

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).

3. Dapat disertai ketuban pecah. Pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (pelunakan, pendataran, dan pembukaanserviks). (Indah, dkk 2019)

2.1.3 Jenis-Jenis Persalinan

Menurut ada 2 jenis persalinan yaitu:

1. Persalinan spontan

Proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibusendiri.

2. Persalinan buatan

Proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

(Indah,dkk 2019)

2.1.4 Tahapan Persalinan

1. Persalinan Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm) kala satu persalinan terbagi menjadi dua fase, yaitu :

- a. Fase laten pada kala satu persalinan

- 1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks bertahap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b. Fase aktif pada kala satu persalinan

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit.
- 2) Pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara. Terjadi penurunan bagian terbawah janin.
(Indah, Firdayanti, and Nadyah 2019)

2. Persalinan Kala II

Fase Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit sekali (Indah, Firdayanti, and Nadyah 2019).

Gejala dan tanda-tanda kala II persalinan yaitu:

- a. Ibu merasa ingin meneran bersama dengan terjadinya kontraksi
- b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada *rectum* atau *vaginanya*
- c. *Perineum* menonjol
- d. *Vulva-vagina* dan *sphincter ani* membuka
- e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. (JNPK-KR, 2012)

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 dindingnya (Sumarah, 2009).

Tanda-tanda pelepasan plasenta:

- a. Perubahan bentuk dan tinggi uterus
- b. Tali pusat memanjang
- c. Semburan darah

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. (Indah, dkk 2019)

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. (Indah, dkk 2019)

2.2 Ketuban Pecah Dini

2.2.1 Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan manapun jauh sebelum waktunya melahirkan. Menurut Nugroho (2012). Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan danditunggu satu jam sebelum terjadi in- partu (Rohmawati and Fibriana 2018)

Ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kehamilan yang sebenarnya. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD. Jadi dapat disimpulkan bahwa persalinan dengan KPD adalah proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir, yang disebabkan karenan adanya cairan yang keluar dari jalan lahir ibu sebelum terdapat tanda tanda persalinan.

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. Infeksi, yang menyebabkan terjadi proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah. Adanya infeksi pada selaput ketuban sudah cukup untuk melemahkan selaput ketuban di tempat tersebut. Bila terdapat bakteri patogen didalam vagina maka frekuensi amnionitis, endometritis, infeksi-infeksi neonatal akan meningkat 10 kali (Fadlun dkk,2015).
2. Serviks inkompeten, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan dan kuretase) (Prawirohardjo,2013).
3. Riwayat Ketuban Pecah Dini, Riwayat KPD sebelumnya berisiko 2-4 kali mengalami KPD kembali. Pathogenesis terjadinya pecah ketuban dini secara singkat ialah akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya KPD dan KPD praterm terutama pada pasien risiko tinggi (Nugroho,2016).
4. Tekanan intrauterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion dan gemely. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam. (Prawirohardjo,2013).
5. Kelainan letak, misalnya sungsang sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi

tekanan terhadap membrane bagian bawah (Tahir S, 2015).

6. Pola pekerjaan, pola pekerjaan ibu hamil berpengaruh terhadap kebutuhan energi. Kerja fisik pada saat hamil yang terlalu berat dan dengan lama kerja melebihi tiga jam perhari dapat berakibat kelelahan. Kelelahan dalam bekerja dapat menyebabkan lemahnya korion amnion sehingga timbul ketuban pecah dini. (Tahir S,2015)
7. 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 dengan frekuensi melebihi 3 kali seminggu ternyata lebih berisiko, posisi koitus suami diatas, dan menekan dinding perut, penetrasi penis yang sangat dalam merupakan faktor risiko terjadinya ketuban pecah dini. (Handayani,2017).
8. Ibu yang telah melahirkan lebih dari 3 kali beresiko mengalami KPD, oleh karena vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah spontan.(Cunningham,2016).

2.3 Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Faktor yang menyebabkan pecahnya selaput ketuban menurut Taylor ada hubungannya dengan adanya *hipermotilitas* rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah, kelainan ketuban yaitu selaput ketuban terlalu tipis, faktor predisposisi seperti *multipara*, *malposisi*, *disproporsi*, *serviks inkompetensi* dan ketuban pecah dan artifisial. Yang menyebabkan

kurangnya jaringan ikat dan *vaskulisasi* dalam selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban. (*Jurnal Penelitian Perbedaan Kejadian Ketuban Pecah Dini Anantara Primipara dan Multipara, 2012*).

2.3.1 Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah:

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

(Manuaba,2016).

2.3.2 Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD)

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

1. Bagi janin
 - a. Infeksi meternal maupun neonatal

Resiko terjadi infeksi pada kejadian ketuban pecah dini akan meningkat. Pada ibu terjadi korioamnioniti, dan pada bayi dapat terjadi

septicemia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi.

b. Persalinan Premature

Setelah terjadinya ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam seminggu.

c. Hipoksia karena kompresi tali pusat

Dengan pecahnya selaput ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia dan hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat.

d. Deformitas janin

Ketuban pecah dini yang terjadi selalu menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan lain. Meningkatnya insidensi seksio caesarea atau gagalnya persalinan normal (Prawirohardjo, 2010).

2. Bagi ibu

a. Partus lama

Adanya inkoordinasi kontraksi otot rahim akibat dari induksi persalinan dengan oksitosin sehingga menyebabkan sulitnya kekuatan otot rahim untuk meningkatkan pembukaan atau pengusiran janin dalam rahim.

b. Perdarahan post partum

Adanya penggunaan narkosa pada penanganan ketuban pecah dini.

c. Antonia uteri

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

d. Infeksi nifas

Adanya infeksi intra partum akibat ketuban pecah lebih dari 6 jam.(Prawirohardjo, 2017).

2.3.3 Diagnosis

Diagnosa ketuban pecah dini ditegakkan dengan cara :

1. *Anamnesa*

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

2. *Infeksi*

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

3. Pemeriksaan dengan *speculum*

Pemeriksaan dengan speculum akan tampak keuar cairan dari *orifisium uteri eksternum* (OUE), kalau belum juga tampak keluar, *fundus uteri*

ditekan penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan *maneuver valsava*, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari *ostium uteri* dan terkumpul pada forniks anterior (Prawirohardjo,2013).

a. Pemeriksaan laboratorium

Tes lakmus (*tes nitrazin*), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (*alkalis*). pH air

1. ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.
2. *Mikroskopik* (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas dan dibiarkan kering. Pemeriksaan *mikroskopik* menunjukkan gambaran daun pakis.
3. 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. (Pnpk,2016).

Tanda-tanda infeksi diantaranya sebagai berikut :

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

intrauterine (Prawirohardjo, 2013).

2.4 Prinsip Ketuban Pecah Dini

- a. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.
- b. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam *obstetric* berkaitan dengan penyakit kelahiran *premature* dan terjadi yang *karioamnionity* sampai *sepsis* yang meningkatkan *morbiditas* dan *mortalitas perinatal* dan menyebabkan infeksi ibu.
- c. Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intra uterine atau oleh kedua fakto tersebut, b erkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina atau serviks. (Syarifuddin,2019).

2.2.3 Penanganan Ketuban Pecah Dini

1. Pastikan diagnosis
2. Tentukan umur kehamilan
3. Evaluasi ada tidaknya infeksi maternal maupun infeksi janin
4. Apakah dalam keadaan inpartu, terdapat adanya kegawatan janin
5. Riwayat keluarnya air ketuban berupa cairan jernih keluar dari vagina yang
6. kadang-kadang disertai tanda-tanda lain dari persalinan. Diagnosis

Ketuban Pecah Dini premature dengan inspekulo dilihat adanya cairan ketuban dari kavum uteri. Pemeriksaan pH vagina perempuan hamil 4,5 bila ada airan ketuban pHnya sekitar 7,1-7,3. Antiseptic yang alkalin akan menaikkan pH vagina.

7. Dengan pemeriksaan *ultrasound* adanya Ketuban Pecah Dini harus masuk rumah sakit untuk diperiksa lebih lanjut. Jika ada perawatan air ketuban berhenti keluar, pasien dapat pulang untuk rawat jalan. Bila terdapat persalinan dalam kala aktif, korioamnionitis, gawat janin, persalinan diterminasi. Bila Ketuban Pecah Dini pada kehamilan premature, diperlukan penatalaksanaan yang komprehensif. Secara umum penatalaksanaan pasien ketuban pecah dini yang tidak dalam persalinan serta tidak ada infeksi dan gawat janin, penatalaksanaannya bergantung pada usia kehamilan.

2.3.4 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 dipersiapkan rujuk.
5. Batasi pemeriksaan dalam dilakukan hanya berdasarkan indikasiobstetric.

2.3.4 PROPTAP PENGELOLAAN KPD DI PUSKESMAS

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

Diagnosis : Lakmus test (+). PENGELOLAAN

Pengelolaan tergantung dari umur kehamilan dan sudah ada atau tidaknya his persalinan



(Nugroho,2016).

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

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Anita (2013) yang berjudul “Hubungan Usia Kehamilan dan Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah DR.Achmad Diponegoro Putussibau Tahun 2012” dengan hasil penelitiannya adalah ada hubungan antara kejadian

ketuban pecah dini dengan usia kehamilan ($X^2= 4,364$, $OR=2,222$). Hasil penelitian Endang S dan Lisa Dwi Astuti juga menunjukkan sebagian besar usia kehamilan responden yang mengalami ketuban pecah dini antara 37 – 42 minggu yaitu sebanyak 106 dari 113 responden (82,2%) Usia kehamilan adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari pertama haid terakhir. Menurut Rustam Mochtar (2011:35) usia kehamilan adalah 280 hari atau 40 minggu atau 10 bulan (Lunar months). Kehamilan pada usia muda (<20-22tahun) sering terjadi penyulit/komplikasi bagi ibu maupun janin. Karena disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, dimana rahim belum bisa menahan kehamilan dengan baik sehingga selaput ketuban belum matang dan mudah mengalami robekan sehingga dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini (Ayu W,dkk 2019).

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

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

Hampir setengahnya (30,8%) dari responden yang melakukan pola seksual yang benar tidak mengalami ketuban pecah dini dan sebagian besar (69,2%) dari responden yang melakukan pola seksual yang benar mengalami ketuban pecah dini. (Tuti Meihartati,2018)

2.3.5 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, risikonya akan berakibat pada ibu dan janin. Dengan harapan setelah dilakukan asuhan kebidanan yang cepat dan tepat maka kasus ibu bersalin dengan KPD dapat ditangani dengan baik, sehingga angka kematian ibu di Indonesia dapat berkurang.

2.3.6 Kewenangan Bidan

Kewenangan bidan dalam penanganan KPD sesuai dengan KEPMENKES no. 320 tentang standar profesi bidan di dalam bab IV mengenai daftar pokok bahasan, masalah dan keterampilan yaitu bidan mampu melakukan tatalaksana awal pada persalinan dengan penyulit obstetri ketuban pecah dini (Reza *dkk.*, 2020)

2.2 Pendokumentasian

2.2.1 Pengertian Dokumentasi

SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. Catatan SOAP digunakan untuk mengevaluasi kondisi klien selama dilakukan asuhan sebagai catatan kemajuan. Langkah Langkah asuhan kebidanan dengan menggunakan SOAP adalah sebagai berikut:

S - Data informasi yang subjektif adalah mencatat hasil anamnesa dan observasi langsung dengan cara berbicara dengan klien, mengajukan pertanyaan-pertanyaan mengenai kondisi dan mencatat riwayat kesehatan klien termasuk mengamati perilaku klien. (Contoh: Identitas , Alasan datang, Keluhan Utama, Riwayat Riwayat, dan Sebagainya).

O - Data informasi objektif adalah hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta catatan medis (Contoh : Keadaan Umum, Kesadaran, Pemerikaan Tanda tanda vital, memeriksa fisik , pemeriksaan penunjang, dan sebagainya).

A - Mencatat hasil analisa yaitu diagnosa dan masalah kebidanan berdasarkan penelaahan data subyektif dan data obyektif. (Contoh : Ny.A Usia 20 Tahun Janin Hidup tunggal *intra uteri Fisiologis*)

P - Mencatat seluruh penatalaksanaan yang dilakukan (tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan rutin, penyuluhan, support, kolaborasi, rujukan dan evaluasi follow up). Contoh : Pemberian Terapi Obat, KIE Sesuai Kebutuhan/ keluhan, dan sebagainya)

Dokumentasi SOAP ini dicatat pada lembar catatan perkembangan yang ada dalam rekam medis pasien. (Mufdlilah, 2019).

BAB III
TINJAUAN KASUS

Tanggal pengkajian : 28 Feb 2023
Tempat pengkajian : Ruang Poned
Pukul : 10.30
Nama pengkaji : Fazira El Zahra

1.1 DATA SUBJEKTIF

1. Identitas Klien

| | | | |
|-----------------|--|---|------------|
| Nama Ibu/ Suami | : Ny. K | / | Tn. A |
| Umur | : 22 Tahun | / | 25 Tahun |
| Suku | : Sunda | / | Sunda |
| Agama | : Islam | / | Islam |
| Pendidikan | : SMA | / | SMA |
| Pekerjaan | : IRT | / | Wiraswasta |
| Alamat | : Panyingkiran, Ds. Samida Kec. Cilawu, Kab. Garut. | | |

2. Alasan Datang

Ibu Ingin Memeriksa Kehamilannya

3. Keluhan Utama

Ibu mengaku hamil 9 bulan datang ke puskesmas mengeluh mules mules

disertai keluarlendir bercampur darah sejak pukul 00.00 WIB, Pukul 10.25 WIB ibu mengatakan keluar air air dari jalan lahir berwarna bening.

4. Riwayat Menstruasi

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

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT 05 Juni 2022 dengan TP 25 Febuari 2023, pemeriksaan kehamilan teratur ke BPM, posyandu dan puskesmas sebanyak \pm 8 kali, ibu juga telah mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2 kali. Gerakan janin pertama kali dirasakan kurang lebih usia kehamilan 4 bulan (16 minggu) gerakan aktif > 10 kali gerak. Tidak ada obat-obatan yang dikonsumsi selain obat yang diberikan oleh bidan yaitu tablet Fe sebanyak 90 tablet, ibu sudah memakan kurang lebih 80 tablet.

6. Riwayat Kehamilan Persalinan dan Nifas yang Lalu

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

7. Riwayat Kesehatan Ibu Dan Keluarga

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

8. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan metode kontrasepsi apapun.

9. Pola kebiasaan sehari-hari

a). Nutrisi

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

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

b). Eliminasi

BAB 1-2x sehari tidak ada keluhan

BAK 6-7x sehari tidak ada keluhan.

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

c). Istirahat

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

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

d) Aktivitas

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

e). Personal Hygiene

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

10. Pola Hubungan Seksual

Ibu mengatakan kurang lebih 2-3 hari yang lalu melakukan hubungan dengan suami. Tidak ada keluhan

11. Riwayat Psikososial

Keluarga merasa senang dan menerima kehamilan ibu.

12. Pengambilan

Keputusan Oleh suami

13. Rencana

Bersalin Di
puskesmas.

1.2 DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Antropometri

BB Sebelum : 55 kg

BB Sekarang : 63 kg

TB : 154 cm

LILA : 27 cm

IMT : 26,5 (*overweight*)

3. Tanda – tanda vital

Tekanan Darah : 120/80

mmHg Nadi : 90x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,5°C

4. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : Bersih , tidak ada benjolan.
 - b. Muka : Tidak ada oedema, tidak ada kloasma gravidarum.
 - c. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.
 - d. Telinga : Tidak ada gangguan fungsi pendengaran telinga
 - e. Mulut : Agak pucat dan tidak kering.
 - f. Leher : Tidak ada pembengkakan payudara
 - g. Payudara : Tidak ada benjolan, puting susu menonjol,
kolostrum sudah keluar dan tidak terdapat
bendungan ASI.
 - h. Abdomen : Tidak terdapat luka bekas operasi, kandung kemih
kosong
- Leopold I : Dibagian fundus ibu teraba bulat lunak tidak
melenting
- Leopold II : Dibagian kiri ibu teraba keras memanjang
(Punggung) dan dibagian kanan ibu teraba bagian
bagian kecil (Ektremias)
- Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan
melenting (Kepala), sudah masuk pintu atas panggul
(PAP)
- Leopold V : Divergen

- DJJ : 144x/ menit (reguler).
- HIS : 3x10'30"
- TBBJ : 2.945gram
- TFU : 30 cm
- i. Genetalia : vulva/vagina tidak ada kelainan portio tebal lunak
ø 2cm, ketuban (-), presentasi kepala, penurunan
kepala, H II
- j. Ekstermitas : Ekstremitas tidak oedema, tidak varises, refleks
patella (+/+).

5. Pemeriksaan penunjang

- HB : 12,9g/dl
- HBSAg : (-)
- HIV : (-)
- LAKMUS : (+)

1.3 ANALISA

G1P0A0 gravida 40-41 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan KPD, janin tunggal hidup, presentasi kepala H II.

1.4 PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan kepada ibu bahwa kondisi ibu dan juga janin baik.
Evaluasi : ibu mengerti dan memahaminya
2. Menganjurkan ibu untuk makan minum
Evaluasi : Ibu bersedia untuk makan dan minum

3. Mengajarkan ibu cara mengatur nafas dengan baik dan benar
Evaluasi : Ibu memahami dan melakukannya
4. Memberitahu ibu agar tetap rileks jika ada HIS atau mules
Evaluasi : ibu mengerti dan memahaminya
5. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri
Evaluasi : ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan
6. Melakukan pemantauan DJJ setiap 1 jam sekali
Evaluasi : DJJ normal dan teratur
7. Mengobsevasi perkembangan/kemajuan persalinan.
Evaluasi : observasi dilakukan
8. Melakukan pendokumentasian
Evaluasi : sudah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN

Jam/Tanggal Pengkajian : 14.30 WIB / 28 April 2023

Tempat Pengkajian : Ruang bersalin

3.1.1 ASUHAN PERSALINAN KALA I

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan mulesnya sedikit bertambah.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik Kesadaran: *Composmentis*

2. Tanda-tanda Vital

TTV : 110/70 mmhg

N : 88x / m

R : 24x/m

S: 36

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

4. HIS : 4x10'35"

5. Genetalia

Vulva/vagina : Tidak ada kelainan

Portio : Tebal lunak

Pembukaan : 4 cm

Ketuban : (-)

Presentasi : Kepala

Penurunan : II+

C. ANALISA

G1P0A0 Gravida 40-41 minggu Inpartu Kala I Fase Aktif dengan KPD, janin tunggal hidup, presentasi kepala H II+.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bahwa ada sedikit kemajuan pembukaan.
Evaluasi: ibu dan keluarga mengetahui keadaannya.
2. Mengajarkan ibu teknik relaksasi Evaluasi: ibu merasa nyaman.
3. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum lagi agar tidak kehilangan tenaga.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran.

4. Konsul kepada dr. Advice rujuk pasien.zEvaluasi: memberitahu keluarga pasien dan mempersiapkan berkas rujukan.

5. Konsul kepada pihak ponex RSUD, pihak ponex menyarankan untuk menunggu sampai 12 jam terlebih dahulu atau sampai pukul 22.00 WIB.

Evaluasi : menunggu dan mengobservasi pasien.

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

Evaluasi : Sudah dilakukan

Pukul 18.30 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengeluh mulasnya semakin bertambah dan rasa ingin meneran.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : *Composmentis*
2. Tanda-tanda Vital
Td : 120/80 mmhg
N : 86 x/m
R : 24x/m
S : 36
3. Auskultasi : DJJ 138x/menit(reguler)

4. HIS : 4x10'40"

5. Genetalia

Vulva vagina : Tidak ada kelainan Portio : Tebal lunak

Pembukaan : 7 cm

Ketuban : (-)

Presentasi : Kepala

Penurunan : III+ , tidak ada molase

C. ANALISA

G1P0A0 Gravida 40-41 minggu Inpartu Kala I Fase Aktif dengan KPD,
janin tunggal hidup, presentasi kepala H III+.

D. PENATALAKSANAAN

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

Evaluasi: Ibu dan keluarga mengetahui dan memahami keadaannya.

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

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran.

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

Evaluasi: ibu dan keluarga mengetahui keadaannya.

4. Mengajarkan ibu teknik

relaksasi Evaluasi: ibu merasa

nyaman.

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

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran

Pukul 22.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengeluh mulasnya semakin bertambah dan rasa ingin meneran.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : *Composmentis*
3. Tanda-tanda Vital
 - TD : 110/70
 - N : 82x/m
 - R : 22X/m
 - S : 36
4. Auskultasi : DJJ 149x/menit (reguler)
5. HIS : 5x10'x50"
6. Genetalia
 - Vulva vagina : Tidak ada kelainan
 - Portio : Tidak teraba
 - Pembukaan : 10 cm
 - Ketuban : (-)
 - Presentasi : Kepala

C. ANALISA

G1P0A0 Gravida 40-41 minggu Inpartu Kala II dengan KPD, janin tunggal hidup, presentasi kepala, H IV

D. PENATALAKSANAAN

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

Evaluasi: ibu dan keluarga mengerti dan juga mengetahui keadaannya.

2. Menganjurkan ibu untuk mengatur nafas pada saat persalinan.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang disarankan.

3. Menyiapkan partus set

Evaluasi : dilakukan

4. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi pada saat persalinan

Evaluasi: ibu memilih posisi litotomi.

5. Memimpin ibu untuk mencedan.

Evaluasi : pukul 22.35 WIB bayi lahir spontan langsung menangis tonus otot kuat, kulit kemerahan, JK : Perempuan.

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

Evaluasi : sudah dilakukan dan memberikan bayi kepada ibu.

7. Memfasilitasi IMD.

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

3.1.2 Asuhan Persalinan Kala III

Pukul 22.40 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

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

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik , TFU : 2jari bawah pusat , Kontraksi Baik , Kandung Kemih kosong, Tampak tali Pusat divulva, Tidak ada janin ke dua.

C. ANALISA

P1A0 kala III

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu tindakan yang akan dilakukan selanjutnya.
Evaluasi: ibu memahami dan bersedia untuk tindakan selanjutnya.
2. Menyuntikan oxytosin 10 IU secara IM
Evaluasi : sudah dilakukan penyuntikan oxytosin.
3. Melakukan Peregangan Tali Pusat Terkendali
Evaluasi : pukul 22.40 WIB plasenta lahir spontan.
4. Mengecek kelengkapan plasenta
Evaluasi : sudah dilakukan pengecekan plasenta, plasenta lengkap terdapat 20 kotiledon selaput utuh.
5. Mengajarkan masase uterus kepada ibu dan juga keluarga ibu

6. Melakukan masase uterus 15 kali dalam 15 detik.

Evaluasi : kontraksi uterus baik.

7. Mengecek kelengkapan plasenta

Evaluasi : plasenta lengkap terdapat 20 kotiledon selaput utuh.

3.1.3 Asuhan Persalinan Kala IV

Pukul 12.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

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

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik Kesadaran: *composmentis*,

2. Tanda-tanda Vital

Td : 120/80 mmhg

N : 86x/m

R : 24x/m

S 36

3. Abdomen TFU : 2 jari dibawah pusat

4. Kontraksi uterus : Baik (+), konsistensi keras

5. .Kandung kemih : kosong

6. Genetalia: Vulva/vagina tidak ada kelainan, terdapat luka laserasi diperineum derajat 2, pengeluaran darah pervaginam ± 80 cc.

C. ANALISA

P1A0 Inpartu kala IV dengan laserasi derajat II

D. PENATALAKSANAAN

1. Melakukan Antastesi dengan lidocain dan melakukan hecting
Evaluasi : Sudah dilakukan Hecting
2. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, tanda tanda vital normal.
Evaluasi: ibu dan keluarga mengetahui hasil keadaanya.
3. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk menilai kontraksi yaitu dengan melakukan masase uterus.
Evaluasi: ibu dan keluarga mengerti dan melakukan masase uterus.
4. Melakukan pemantauan kala IV yaitu meliputi TTV, kontraksi uterus, jumlah perdarahan, kandung kemih pada satu jam pertama setiap 15 menit sekali dan setiap 30 menit sekali pada jam kedua, terlampir di partograf. Evaluasi: sudah dilakukan
5. Memberitahu KIE tanda bahaya postpartum (nifas).
Evaluasi: ibu bersedia dan memahaminya.
6. Memberitahu ibu tentang asuhan yang dilakukan dirumah, untuk member- sihkan jalan lahirnya dengan menggunakan air dingin yang matang dan juga bersih karena ibu mempunyai luka laserasi diperineum.
Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang disarankan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas tentang kesenjangan antara teori dan hasil tinjauan kasus penatalaksanaan asuhan pada Ny.K dengan persalinan Ketuban Pecah Dini yang dirawat di Puskesmas Selaawi pada tanggal 28 Feb 2023. Untuk memudahkan pembahasan maka penulis akan membahas berdasarkan langkah-langkah asuhan kebidanan yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

4.1 Data Subjektif

Pasien datang ke Puskesmas pada hari minggu 28 Februari 2023 pukul 10.30 WIB, setelah itu dilakukan anamnesa mengenai identitas dari riwayat ibu. Berdasarkan hasil anamnesa yang didapatkan pada Ny.K umur 22 tahun G1P0A0 hamil 9 bulan, dengan HPHT 05 05 2022 Pada kehamilan ini merupakan kehamilan aterm yang berlangsung pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir. Ibu mengeluh mules sejak pukul 00.00 WIB dan pada pukul 10.25 WIB mengatakan keluaran cairan lumayan banyak dari jalan lahir, cairan yang keluar berwarna jernih dan berbau amis. Hal ini sesuai teori bahwa tanda dan gejala terjadinya KPD yaitu dimulai dengan tanda inpartu atau pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan.(Prawirohardjo, 2014).

Sedangkan menurut Manuaba 2013, Ketuban Pecah Dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Apabila terjadi

sebelum usia kehamilan 37 minggu di sebut dengan Ketuban Pecah Dini kehamilan premature.

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

Menurut penelitian Ikrawanty,dkk 2019, Ada beberapa faktor yang mengalami Ketuban pecah dini (KPD) yaitu usia kehamilan,paritas, umur ibu, pekerjaan dimana usia kehamilan merupakan 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari pertama haid terakhir. Kehamilan aterm atau kehamilan ≥ 37 minggu sebanyak 8-10% ibu hamil akan mengalami KPD, dan sebanyak 1% kejadian KPD pada ibu hamil preterm < 37 minggu. Pada sebagian besar ibu bersalin dengan KPD yaitu antara umur kehamilan 37 - 42 minggu. Saat mendekati persalinan terjadi peningkatan matrix metalloproteinase yang cenderung menyebabkan KPD dan pada trimester akhir akan menyebabkan selaput ketuban mudah pecah dikarenakan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. (Ikrawanty dkk, 2019)

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

Pada 1-2 hari yang lalu ibu mengaku biasa melakukan hubungan

seksual lebih dari 3x dalam seminggu hampir rutin dengan suaminya. Hal ini sesuai teori bahwa keseringan melakukan hubungan seksual dengan frekuensi melebihi 3x dalam seminggu ternyata lebih berisiko terjadinya Ketuban Pecah Dini. (Handayani, 2017).

Menurut Winkjosastro (2016) frekuensi *coitus* pada kehamilan yang lebih dari 3 kali dalam seminggu diyakini berperan dalam terjadinya ketuban pecah dini, hal ini berkaitan dengan kondisi *organsme* yang memicu *kontraksi rahim* oleh karena adanya paparan terhadap hormon *prostagladin* didalam semen atau cairan *sperma* (Ikrawanty dkk 2019).

4.2 Data Objektif

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

Pemeriksaan Leopold dan pemeriksaan dalam. Leopold I teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong), Leopold II teraba keras memanjang seperti papan disebelah kiri (punggung), dan teraba bagian kecil disebelah kanan (ekstremitas), Leopold III bagian bawah teraba bulat, keras, melenting (kepala) sudah masuk pintu atas panggul (PAP), Leopold IV Divergen, penurunan kepala 4/5, denyut jantung janin 144x/menit, His: 1-2x10'20", Pemeriksaan dalam terdapat v/v tidak ada kelainan, portio

teraba, pembukaan 2cm, ketuban (-), 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 meternal perinatal yang dapat disebabkan oleh adanya infeksi, yaitu dimana selaputketuban yang menjadi penghalang masuknya kuman, penyebab infeksi sudah tidak ada sehingga dapat membahayakan bagi ibu dan janinnya (Wilda dan Suparji, 2020).

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

4.3 Analisa

Berdasarkan data tersebut Ny. K G1P0A0 di diagnosa Ketuban Pecah Dini (KPD) Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan manapun jauh sebelum waktunya melahirkan. Menurut Nugroho (2012). Dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

4.4 Penatalaksanaan

Setelah dilakukan pengkajian dengan keluhan yang dirasakan oleh Ny. K maka penatalaksanaan yang dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter. Ny. K usia 22 tahun G1P0A0 gravida 40-41 minggu dengan melakukan pemantauan keadaan umum ibu, kesadaran, TTV. Tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik. Pada pukul 10.30 WIB pembukaan 2cm HIS 3x10'30", ibu diberitahu tentang pembukaan, mengajarkan ibu untuk mengatur nafas dengan baik dan benar, memberitahu ibu untuk rileks, memberitahu keluarga pasien untuk memberikan ibu asupan nutrisi dan minum, dan menganjurkan ibu untuk miring kiri dan memposisikan ibu senyaman mungkin.

Pada pukul 14.30 WIB pembukaan 4 cm His 4x10'30", ibu diberitahu tentang kemajuan pembukaan, mengajarkan ibu cara mengatur nafas dengan baik, memberitahu keluarga pasien untuk memberi nutrisi dan minum dan ibu dianjurkan untuk miring kiri dan memposisikann ibu senyaman mungkin.

Pada pukul 18.30 WIB ibu mengatakan mulesnya sedikit bertambah, pembukaan 7cm His 4x10'40", memberitahu ibu bahwa pembukaan masih tetap,dan tetap menganjurkan ibu untuk mengatr nafas dengan baik dan benar, melakukan konsul kepada dr. Advice rujuk pasien, sambil menyiapkan rujukan, konsul kepada pihak ponek rumah sakit, pihak ponek menyarankan untuk menunggu hingga 12 jam terlebih dahulu. Sambil memberikan ibu obat yaitu amoxilin dan melakukan tindakan atau pemasangan infus RL.

Pada pukul 22.00 WIB ibu mengatakan mulesya semakin bertambah, pembukaan 10cm, His 5x10'50'', memberitahu ibu bahwa pembukaan maju, mengajarkan ibu untuk mengatur nafas dengan baik dan benar, memberitahu pihak rs rujuk dibatalkan, mempersiapkan semua peralatan bayi dan alat partus, semua peralatan sudah siap.

Pada pukul 22.00 WIB pembukaan 10cm, His 5x10'50'', memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan ibu akan melakukan persalinan, ibu diposisikan senyaman mungkin, ibu memilih posisi litotomi. Ibu dipimpin mendedan dan dianjurkan untuk menarik nafas disela-sela kontraksi. Untuk mengurangi resiko robekan yang sangat besar dan tidak beraturan.

Pada proses penolong tidak memakai/menggunakan APD lengkap seperti kaca mata google, penolong hanya memakai celemek, sepatu tertutup, masker, dan sarung tangan, maka dari itu persiapan penolong persalinan ini tidak sesuai APN. (*Midwifery*, 2020).

Pada pukul 23.25 bayi lahir spontan, menangis, melakukan jepit jepit potong menggunakan klem arteri kemudian tonus otot kuat, kulit kemerahan, langsung difasilitasi IMD kepada ibu.

Menyutikan oxitocin 10 IU di paha kanan ibu secara IM, terdapat tanda- tanda pelepasan plasenta, melakukan peregangan tali pusat terkendali kurang dari 15 menit plasenta lahir dan melakukan masase uterus 15 kali selama 15 detik, langsung dilakukan eksplorasi untuk memastikan bahwa ada atau tidaknya kontiledon atau selaput yang tersisa agar menghindari perdarahan.

Tetapi pada penatalaksanaan ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Prawirohardjo,2010) bahwa bila terdapat kontiledon atau selaput yang tersisa dan nampak perdarahan banyak baru dilakukan eksplorasi atau curettage. Sedangkan pada kasus Ny. K tidak mengalami perdarahan post partum. Jadi terdapat kesenjangan antara teori dan praktik dilapangan.

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

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. K di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subjetif, yang di dapatkan dari hasil anamnesa terhadap pasien, pengkajian fisik, kemudian data-data tersebut di interprestasi untuk menentukan analisa, selanjutnya dilakukan penatalaksanaan tersebut. Proses asuhan kebidanan pada Ny. K ini sesuai teori yang dikemukakan oleh (Rukiyah,2019)

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan persalinan pada Ny. K 22 tahun G1P0A0 gravida 40-41 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Selaawi. Maka penulis dapat menyimpulkan:

1. Pengkajian data subjektif pada Ny. K 22 tahun G1P0A0 gravida 40-41 minggu dengan Ketuban Pecah Dini, sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
2. Pengkajian data objektif pada Ny. K 22 tahun G1P0A0 gravida 40-41 minggu dengan Ketuban Pecah Dini, sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
3. Analisa pada Ny. K usia 22 tahun G1P0A0 gravida 40-41 minggu dengan Ketuban Pecah Dini, sudah sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan.
4. Penatalaksanaan pada Ny. K 22 tahun G1P0A0 gravida 40-41 minggu adalah memasang infus RL 500ml, pemberian obat Amoxilin. Dan tidak ada kesenjangan dari teori maupun praktek.
5. Pendokumentasian asuhan persalinan pada Ny. K 22 tahun G1P0A0 gravida 40-41 minggu di Puskesmas, dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan teknik pendokumentasian SOAP.

5.2 Saran

1. Bagi penulis

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

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar lebih intensif dalam memberikan bimbingan baik tempat praktik maupun penyusunan Karya Ilmiah Akhir 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 dkk, (2019). *Faktor yang Berhubungan Terhadap, Yogyakarta.*
- Handayani dan Triwik. 2017. *Dokumentasi Kebidanan.* Jakarta Selatan Kemenkes RI. *Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSIA Sitti Khadijah I Makassar, Tahun 2019.*
- Handayani, Rukiahshih. dkk. 2017. *Dokumentasi Kebidanan.* Jakarta: Kemenkes RI.
- Irawati, Muliani, dan Arsyad (2019) *Pengaruh Pemberian Kompres Hangat terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Ibu Inpartu Kala Satu Fase Aktif. Jurnal Bidan Cerdas (JBC).*
- Jannah ASKEB II *Persalinan Bebas Kometensi,* Jakarta : ECG, 2018.
- Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia, Vol. 3, No. 1, 52-61, *Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Tahun 2019.*
- Manuaba, L. G. B. 2013. *Ilmu kebidanan penyakit kandungan dan keluarga berencana untuk pendidikan bidan.* Jakarta : EGC.
- Meihartati, Tuti. "Hubungan antara Pola Seksualitas Gravida dengan Ketuban Pecah Dini." *Jurnal Medika: Karya Ilmiah Kesehatan* 3.1 (2018): 76-83.
- Prawirohardjo. 2014. *Ilmu Kebidanan.* Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono
Prawirohardjo.
- Prawirohardjo. 2013. *Buku Acuan Nasional Pelayanan kesehatan dan Neonatal.*
Jakarta : PT. Bina Pustaka.

Reza, V. dkk. (2020) “*Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan,*” BLB, 7(2), hal. 33–48.

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

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

LEMBAR BIMBINGAN
KIA (KARYA ILMIAH AKHIR)

NAMA : Sii Khoeriah
NIM : KHGH23026
PROGRAM STUDI : Pendidikan Profesi Bidan
PEMBIMBING : Ernawati, SST., Bdn., M.Keb.

| No | Tanggal | Keterangan | Paraf |
|-----------|----------------|----------------------------------|--------------|
| 1. | 7 Juni 2024 | Konsul Bab I | |
| 2. | 13 Juni 2024 | Konsul Bab II | |
| 3. | 19 Juni 2024 | Konsul Bab III | |
| 4. | 26 Juni 2024 | Konsul Bab IV, V, Daftar Pustaka | |
| 5. | 2 Juli 2024 | Perbaikan Bab I, II | |
| 6. | 5 Juli 2024 | Perbaikan Bab III, IV | |
| 7. | 11 Juli 2024 | Bab I, II ACC | |
| 8. | 15 Juli 2024 | Bab III, IV ACC | |
| 9. | 17 Juli 2024 | Bab V, Daftar Pustaka | |
| 10. | 23 Juli 2024 | ACC | |