

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.N 20
TAHUN G1P0A0 PARTURIEN 38 – 39 MINGGU DENGAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI PUSKESMAS CIBATU**

LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR

Diajukan untuk menyelesaikan program studi Pendidikan Profesi Bidan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

Karsa Husada Garut

PUTRI PUJI LESTARI

KHGH23023



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

2024

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Lapoaran Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk menyelesaikan program studi Profesi Bidana (baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan lain)
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pusaka
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila 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, Juni 2024

Yang membuat pernyataan

PUTRI PUJI LESTARI

KHGH23023

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.N 20
TAHUN G1P0A0 PARTURIEN 38 – 39 MINGGU DENGAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI PUSKESMAS CIBATU**

NAMA : PUTRI PUJI LESTARI

NIM : KHGH23023

LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR

Laporan Karya Ilmiah Akhir ini telah disetujui untuk disidangkan

Dihadapan Tim Penguji Program Profesi Bidan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2024

Menyetujui,

Pembimbing,

Mellysa Wulandari Tasripin, SST.,M.Keb
NIK. 043298.0122.165

Mengetahui
Ketua Prodi Profesi Bidan

Intan Rina Susilawati, S.ST., M.Keb
NIDN. 043.298.0111.100

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.N 20
TAHUN G1P0A0 PARTURIEN 38 – 39 MINGGU DENGAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI PUSKESMAS CIBATU**

NAMA : PUTRI PUJI LESTARI

NIM : KHGH23023

LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR

Laporan Karya Ilmiah Akhir ini telah disetujui untuk disidangkan
Dihadapan Tim Penguji Program Profesi Bidan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2024

Menyetujui

Pembimbing : Mellysa Wulandari Tasripin. SST.,M.Keb

Penguji I : Naning Suryani. SST., Bdn.,M.Keb

Penguji II : Annisa Devi Permata S.Tr.Keb.,M.KM

Mengetahui

**Ketua
Program Pendidik Profesi Bidan**

Intan Rina Susilawati, S.ST., M.Keb
NIDN. 043.298.0111.100

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmaanirrahiim

Assalamu'alaikum Warrahmatullaahi Wabarakaatuh

Alhamdulillah segala puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah Subhanahuwata'ala yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat serta salam semoga selalu tercurah limpahkan kepada junjungan Nabi Muhammad Salallahu'alaihi wasallam, kepada keluarganya, sahabatnya dan sampai kepada kita selaku umatnya. Atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan lapoaran Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul: **“Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny.N 20 Tahun G1P0A0 Parturien 38 – 39 Minggu Dengan KETUBAN PECAH DINI (KPD) Di Puskesmas Cibatu”.**

Penulisan lapoaran Karya Ilmiah Akhir ini bertujuan untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan Program Studi Profesi Kebidanan di STIKes Karsa Husada Garut. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan ini masih banyak kekurangan serta masih jauh dari kata sempurna, karena keterbatasan kemampuan dan pengetahuan penulis. Namun demikian, penulis mengharapkan apa yang telah disajikan bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan.

Dalam kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan, dorongan, semangat, bimbingan dan saran sehingga penyusunan lapoaran Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan. Untuk itu ucapan terima kasih dan penghargaan yang tulus, penulis sampaikan kepada ”Cinta pertama dan separuh jiwaku, Ayahanda Sufran Gunawan dan Ibunda. Beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan sampai

bangku perkuliahan, namun beliau mampu mendidik penulis, memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikannya karya ilmiah akhir dengan tepat waktu”.

Garut, Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1	11.2
31.3	
31.3.1	31.3.2 Tujuan
Khusus 31.4 Metode pengumpulan data	41.5
Manfaat 51.5.1 Bagi Penulis	51.5.2 Bagi Lapangan
Praktik 51.5.3 Bagi Klien	51.6 Tempat dan Waktu
Pengkajian	51.6.1
Tempat 51.6.2 Waktu	6
BAB II TINJAUAN TEORI	7
2.1 Persalinan	62.1.1 Pengertian
Persalinan	7
2.1.2 Tanda- tanda Persalinan	62.1.3 Jenis-jenis
Persalinan	72.1.4 Tahapan
Persalinan	82.1.5 Tujuan Asuhan
Persalinan	102.2.2 Etiologi Ketuban Pecah Dini

(KPD)112.2.3 Tanda dan Gejala ketuban Pecah Dini	132.2.4 Komplikasi
Krtuban Pecah Dini	132.2.5
Diagnosis	142.2.6 Prinsip Ketuban Pecah
Dini 162.2.7 Sintesa	172.2.8 Penatalaksanaan Umum Ketuban Pecah
Dini 172.2.9 Penanganan KPD dengan kehamilan aterm	
202.2.10 212.3 Peran Bidan Dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Dengan KPD	28
2.3.1 Kewenangan Bidan	2
72.4	292.4.1 Pengertian
Dokumentasi	292.4.2 Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode SOAP
KASUS	30BAB III TINJAUAN
	3
23.1	
	323
.1.1	
	323
.1.2	
	353
.1.3	
	383
.1.4	

	3
83.2	
	393
.2.1	
	393
.2.2	
	4
03.3	
	443
.3.1	
	443
.3.2	
	443.
3.3.	
	453
.3.4	
	4
53.4	
	463
.4.4	
	463
.4.5	
	463

.4.6	463
.4.7	4
63.5	473
.5.4	473
.5.5	473
.5.6	483
.5.7	48BAB IV
PEMBAHASAN	
	5
04.1	5
04.2	5
24.3	5
34.4	5

44.5	56	BAB V
PENUTUP	585.1	
Kesimpulan		5
85.2		595
.2.1		595
.2.2		595
.2.3	59	DAFTAR
PUSTAKA		xi
		DAFTAR TABEL
Tabel 2. 1		19

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Rate* (MMR) merupakan sejumlah kematian akibat dari proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan yang dijadikan indikator derajat kesehatan perempuan. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu target global *Sustainable Development Goals* (SDGs) dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO, 2019).

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

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

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

meningkat 8,92% dari tahun sebelumnya yang sebanyak 4.197 jiwa. Berdasarkan provinsi, sebanyak 745 ibu yang meninggal dunia berada di Jawa Barat pada tahun lalu. Proporsinya mencapai 16,1% dari kota kematian ibu di tanah air (Kementrian Kesehatan, 2020). Di Kabupaten Garut jumlah kasus kematian ibu berdasarkan data dari rekam medis kebidanan RSUD dr. Slamet Garut didapatkan data bahwa jumlah kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) ditahun 2021 sebanyak 41 kasus dan didapatkan pada tahun 2022 dari bulan Januari-Juli ada 10 kasus KPD, 5 kasus Perdarahan, Emboli Ketuban 1 kasus dan Sepsis 2 kasus (Nurfauziah, 2023).

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

Bidan merupakan salah satu tenaga Kesehatan yang berperan sangat penting dalam pelayanan kebidanan di tengah masyarakat. Dalam rangka membantu menurunkan AKI dan AKB, maka bidan diuntut untuk dapat melakukan pengawasan pada seorang wanita hamil secara menyeluruh dan bermutu sehingga komplikasi dapat ditemukan sedini mungkin. Untuk itu bidan dalam menjalankan fungsinya diuntut untuk mampu mendeteksi dini

tanda gejala komplikasi pada kehamilan, dan memberikan pertolongan persalinan yang bersih dan aman, memberikan pertolongan kegawatdaruratan dalam kebidanan salah satunya penanganan pada ibu dengan kasus Ketuban Pecah Dini (KPD) sesuai dengan kewenangannya.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.N USIA 20 TAHUN G1P0A0 38-39 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI PUSKESMAS CIBATU”**

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka lapoaran karya ilmiah akhir ini adalah **“Bagaimana Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N Usia 20 tahun G1P0A0 Dengan Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Cibatu?”**

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. N usia 20 tahun G1P0A0 dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Cibatu tahun 2024 dengan menggunakan pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. N usia 20 tahun G1P0A0 dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Puskesmas Cibatu tahun 2024 dengan menggunakan pendokumentasian SOAP.
2. Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. N usia 20 tahun G1P0A0 dengan Ketuban pecah dini (KPD) di puskesmas Cibatu tahun 2024.

3. Menegakan Analisa pada Ny. N usia 20 tahun G1P0A0 dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Puskesmas Cibatu tahun 2024.
4. Melakukan penatalaksanaan pada Ny.N usia 20 tahun G1P0A0 dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Cibatu tahun 2024.
5. Melakukan pendokumentasian pada Ny.N usia 20 tahun dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Cibatu tahun 2024 dan metode SOAP.

1.4 Metode pengumpulan data

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

1. Studi Kepustakaan

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

2. Observasi Partisipasi

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

3. Wawancara

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

4. Studi Dokumentasi

Yaitu melihat hasil catatan klien memeriksakan kehamilannya.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi Penulis

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

1.5.2 Bagi Lapangan Praktik

Menjadi tambahan evaluasi dalam pelayanan, penegakan diagnosa dan pendokumentasian.

1.5.3 Bagi Klien

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

1.6 Tempat dan Waktu Pengkajian

1.6.1 Tempat

Untuk tempat pengkajian asuhan kebidanan ini di lakukan di Puskesmas Cibatu.

1.6.2 Waktu

Waktu pengkajian dilakukan pada hari Rabu, 20 Maret 2024.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar, persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir, persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 Minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Jannah, 2017).

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

2.1.2 Tanda- tanda Persalinan

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

1) Tanda Inpartu

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

2) Tanda persalinan

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

2.1.3 Jenis-jenis Persalinan

Menurut (Widyaningsih dan Nur Khayati, 2023). Menyatakan jenis-jenis persalinan adalah sebagai berikut :

1. Persalinan Spontan

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

2. Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya *ekstraksi foceps*, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

3. Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendrinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian Pitocin atau prostaglandin.

2.1.4 Tahapan Persalinan

1) Persalinan Kala 1

Menurut Girsang beberapa jam terakhir dalam kehamilan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir normal.

Persalinan kala 1 disebut juga sebagai proses pembukaan yang dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10cm) (Girsang, 2017).

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

a) Fase Laten

Fase laten terjadi ketika serviks melebar 0-3 cm, kontraksi uterus pada fase ini tidak teratur dan singkat, hanya berlangsung 20-40 detik. Fase laten berlangsung sekitar 6-18 jam pada primipara, dan 2-10 jam pada multipara.

b) Fase Aktif

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

Adapun penjelasan mengenai kala II, III, dan IV menurut (Pratiwi, 2018), adalah sebagai berikut :

2) Fase persalinan kala II

Kala II disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga bayi lahir. Proses ini berlangsung selama kurang 12 lebih 2 jam pada ibu primigravida dan kurang lebih 1 jam pada ibu multigravida. Adapun tanda dan gejala yang muncul pada kala dua adalah sebagai berikut:

- a) Kontraksi semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 500-100 detik.
- b) Menjelang akhir kala satu, ketuban akan pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak dan tidak bisa dikontrol.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan yang dideteksi lengkap dengan diikuti rasa ingin mengejan.
- d) Kontraksi dan mengejan akan membuat kepala bayi terdorong menuju jalan lahir, sehingga kepala mulai muncul pada jalan lahir, subocciput akan bertindak sebagai hipomoklion, kemudian bayi lahir secara berurutan dari ubun-ubun besar, dahi, hidung, muka, dan seluruhnya.

3) Fase persalinan kala III

Kala III sering juga disebut dengan melahirkannya plasenta.

Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan tanda-tanda sebagai berikut:

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

4) Fase persalinan kala IV

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

2.1.5 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Prawirohardjo, 2013)

2.2 Ketuban Pecah Dini (KPD)

2.2.1 Definisi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya (KPSW) sering disebut dengan *premature rupture of the membrane* (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan preterm. Pada keadaan ini dimana resiko infeksi ibu dan anak meningkat. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting

dalam masalah obstetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi (Astuti, 2023).

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

Ketuban pecah dini adalah kondisi saat kantung ketuban pecah lebih awal sebelum proses persalinan atau ketika usia kandungan belum mencapai 37 minggu. Kondisi tersebut dapat menyebabkan komplikasi dan membahayakan nyawa ibu dan janin. Ketuban pecah dini berkaitan dengan penyulit yang berdampak buruk terhadap kesehatan dan kesejahteraan maternal maupun terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin Intrauterin, sehingga hal tersebut dapat meningkatkan masalah kesehatan. Ketuban pecah dini biasanya ditandai dengan keluarnya cairan berupa air melalui vagina setelah umur kehamilan berusia 22 minggu dan dikatakan ketuban pecah dini apabila terjadi sebelum proses persalinan (Nuraini,2023).

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

2.2.2 Etiologi Ketuban Pecah Dini (KPD)

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

1. Serviks inkompeten (penipisan serviks) yaitu kelainan pada serviks uteri dimana kanalis servikalis selalu terbuka.
2. Ketegangan uterus yang berlebihan, misalnya pada kehamilan ganda dan hidroamnion karena adanya peningkatan tekanan pada kulit ketuban diatas ostium uteri internum pada serviks atau peningkatan intra uterin secara mendadak.
3. Factor keturunan (ion Cu serum rendah, vitamin C rendah, kelainan genetik).
4. Kelainan letak janin dalam Rahim, misalnya dalam letak sungsang dan letak lintang, karena tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah. Kemungkinan kesempitan panggul, perut gantung, sepelopelvik, disproporsi.
5. Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun ascenden dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.
6. Status Hubungan Seksual. Hubungan seksual saat hamil tetap dianjurkan bagi wanita hamil pada umumnya asalkan saja mereka dapat mengontrol atau mengendalikan dirinya untuk tidak berkontraksi. Keseringan melakukan hubungan seksual dapat frekuensi melebihi 3 kali dalam seminggu ternyata lebih beresiko, posisi koitus suami diatas dan menekan dinding perut, penetrasi penis yang sangat dalam merupakan factor resiko terjadinya ketuban pecah dini.

2.2.3 Tanda dan Gejala ketuban Pecah Dini

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

2.2.4 Komplikasi Krtuban Pecah Dini

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

Masalah yang dapat terjadi pada persalinan premature di antaranya adalah respiratory distress syndrome, hipotermia, gangguan makan neonates, retinopathy of prematurity, pendarahan intraventricular, necrotizing enterocolitis, gangguan otak (dann risiko cerebral palsy), hyperbilirubinemia, anemia, sepsis.

- b. Prolaps funiculli/penurunan tali pusat
- c. Hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi).
Mengakibatkan kompresi tali pusat, prolapse uteri, dry labour/partus lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, pendarahan intrakrantal, gagal ginjal, distress pernafasan.
- d. Sindrom deformitas janin
Terjadi akibat oligohidramnion. Diantaranya terjadi hypoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat.
- e. Morbiditas dan mortalitas perinatal (Marmi, 2016).

2.2.5 Diagnosis

Menegakan diagnose Ketuban Pecah Dini secara tepat adalah sangat penting sehingga dapat menghindari intervensi yang tidak diperlukan dalam penanganan Ketuban Pecah Dini.

1. Anamnesa

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

2. Inspeksi

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

3. Pemeriksaan Dengan Speculum

Pemeriksaan dengan speculum akan tampak keluar cairan dari orifisium uteri eksternum (OUE), jika belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan atau ibu diminta untuk batuk, mengejan atau mengadakan manuver valsava, atau bagian terendah di goyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada forniks anterior (Prawirohardjo, 2013).

4. Pemeriksaan Dalam

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

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). PH air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan test yang positif palsu
- 2) Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas dan dibiarkan kering. Pemeriksa mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

b. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun, sering terjadi kesalahan pada penderita

oligohidramnion, walaupun pendekatan diagnosis KPD cukup banyak macam cara, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana (Mufidah dan Hidayat, 2018).

6. Tentukan ada atau tidaknya infeksi

Tanda-tanda infeksi diantaranya sebagai berikut:

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

2.2.6 Prinsip Ketuban Pecah Dini

- a. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung
- b. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetric berkaitan dengan penyakit kelahiran premature dan terjadi korioamnionity 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 uterin atau oleh kedua factor tersebut, berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina atau serviks (Prawihardjo, 2013).

2.2.7 Sintesa

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



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

2.2.8 Penatalaksanaan Umum Ketuban Pecah Dini

Secara umum penatalaksanaan KPD adalah pastikan diagnosis, tentukan umue kehamilan, evaluasi ada tidaknya infeksi maternal ataupun infeksi janin, apakah dalam keadaan inpartu, terdapat kegawatan janin, Riwayat keluarnya air ketuban berupa cairan jernih dengan spekulo dilihat adanya cairan ketuban keluar dari kavum uteri. Pemeriksaan pH vagina perempuan hamil sekitar 4,5 bila ada cairan ketuban pH nya sekitar 7,1-7,3. Antiseptik yang alkalin akan menaikkan pH vagina, dan dengan pemeriksaan ultrasound adanya ketuban pecah dini dapat dikonfirmasi dengan adanya oligohidramnion (Prawihardjo,2014).

Tabel 2. 1

SOP KPD

	KETUBAN PECAH DINI			
	SOP	No. Dokumen		: 553/SOP/PKM-PMP/IX/2020
		No. Revisi		: 00
		Tanggal Terbit		: 02 September 2022
Halaman		: 1/5		
UPT Puskesmas Cibatu			Dr.Dinan Bagja Kusuma	

Pengertian	Pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dimulai
1. Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan ibu hamil atau ibu resiko tinggi
2. Kebijakan	
3. Referensi	Pelayanan kesehatan ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan 2013
4. Prosedur / langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnesa 2. Pemeriksaankeadaan umum (monitor tanda tanda vital), melaksanakan palpasi dan pemeriksaan dalam 3. Monitor his, DJJ, pendarahan pervaginam 4. Periksa laboratorium rutin 5. Cek lakmus 6. Memberi penjelasan supaya bed rest total 7. Kolaborasi dengan dokter 8. Penatalaksanaan sesuai umur kehamilan <ol style="list-style-type: none"> a. Umur kehamilan > 37 minggu

	<ul style="list-style-type: none"> ● Tunggu terjadi proses persalinan ● Bila sampai 6-8 jam belum terjadi proses persalinan, melakukan pemberian antibiotic ● Lakukan pemantauan atau observasi kemajuan persalinan s/d 18 jam setelah ketuban pecah ● Bila 18 jam setelah ketuban pecah, belum terdapat kemajuan persalinan, segera lakukan rujukan ke fasilitas yang lebih tinggi (RS) <p>b. Bila umur kehamilan 28-35 minggu</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Memberikan dexamethason 5mg IM, diulang 12 jam selama dua hari ● Observasi tanda tanda vital dan DJJ ● Memberikan antibiotik ● Melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi (RS)
5. Diagram alir	<pre> graph TD A([Pasi�n datang dilakukan anamnesa]) --> B[Periksa TTV] B --> C[Cek Lab rutin dan cek lakmus] C --> D[Pantau kemajuan persalinan] D --> E[KPD lebih dari 6 Jam dilakukan pemberian antibiotik] E --> F([Apabila lebih dari 18 jam KPD belum lahir rujuk]) </pre>

6. Unit Terkait	<ul style="list-style-type: none"> ● KIA/KB ● UGD ● Poned ● Laboratorium 												
7. Rekaman historis perubahan	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Yang diubah</th> <th>Isi Perubahan</th> <th>Tanggal mulai diberlakukan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan								
No	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan										

2.2.9 Penanganan KPD dengan kehamilan aterm

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

2.2.10 Faktor Faktor Penyebab Ketuban Pecah Dini (KPD)

Persalinan dengan ketuban pecah dini (KPD) biasanya dapat disebabkan oleh multi/grandemultipara, overdistensi (hidropamnion, kehamilan ganda), disproporsio sefalo pelvis, kelainan letak (lintang dan sungsang) (Devi,Izzah Malihah, 2018). 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 (Wulandari, dkk, 2019).

Faktor yang menyebabkan ketuban pecah dini yaitu usia, paritas, kelainan letak, hidroanion dan gemelli. Usia untuk reproduksi bagi seseorang ibu antara umur 20-35 tahun, dibawah atau diatas tersebut angka meningkat risiko kehamilan dan persalinan. Paritas akan mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini. Ibu yang telah melahirkan beberapa kal akan lebih berisiko mengalami ketuban pecah dini disebabkan vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang menimbulkan jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah.

Adapun beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini yaitu sebagai berikut:

1. Usia

Umur ibu merupakan salah satu tolak ukur kesiapan seorang ibu untuk melahirkan, dimana usia ideal untuk menjalani proses kehamilan dan persalinan adalah usia 20-35 tahun. Wanita yang berusia kurang dari 20 tahun biasanya memiliki kondisi psikis yang belum matang serta kemampuan finansial yang kurang mendukung. Sementara wanita

berusia lebih dari 35 tahun cenderung mengalami penurunan kemampuan reproduksi (Wulandari, dkk, 2019).

Hasil Penelitian usia <20 tahun memang termasuk usia yang terlalu muda dan belum siap untuk bereproduksi baik dari segi psikologis maupun biologis sehingga rentan terkena ketuban pecah dini. Sedangkan, ibu dengan usia >35 tahun juga berisiko tinggi mengalami ketuban pecah dini karena usia yang sudah terlalu tua serta penurunan organ-organ reproduksi untuk menjalankan fungsinya, keadaan ini juga menyebabkan selaput ketuban semakin tipis yang memudahkan pecah sebelum waktunya (Frelestanty dan Haryanti, 2019).

Kehamilan pada usia muda (<20 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. Sedangkan pada umur >35 tahun keadaan otot-otot dasar panggul tidak lagi elastic, sehingga mudah terjadi penyulit/komplikasi seperti serviks mudah berdilatasi sehingga dapat menyebabkan pembukaan serviks terlalu dini sehingga dengan mudahnya terjadi ketuban pecah dini (Wulandari, dkk, 2019).

2. Paritas

Paritas adalah kelahiran bayi yang mampu bertahan hidup. Paritas dicapai pada usia kehamilan 20 minggu atau berat janin 500 gram (Ayu W, dkk, 2019). Paritas 2-3 merupakan paritas yang dianggap aman

ditinjau dari sudut insidensi kejadian ketuban pecah dini. Paritas satu dan paritas tinggi (lebih dari tiga) mempunyai risiko terjadinya ketuban pecah dini lebih tinggi. Pada paritas yang rendah (satu), alat-alat dasar panggul masih kaku (kurang elastic) daripada multiparitas. Uterus yang telah melahirkan banyak anak (grandemulti) cenderung bekerja tidak efisien dalam persalinan (Octavia dan Fairuza, 2019).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh antara paritas terhadap kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD). Ketuban Pecah Dini (KPD) banyak terjadi pada paritas multigravida. Besar risiko paritas multigravida 6 kali untuk terjadi Ketuban Pecah Dini (KPD), sehingga paritas multigravida memberikan risiko 7 kali lebih besar untuk terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD), ibu yang sudah melahirkan beberapa kali lebih berisiko mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD), oleh karena vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah spontan. Terjadinya ketuban pecah dini juga karena terjadi trauma langsung pada perut ibu, mungkin karena kelainan letak pada rahim dan grande multipara atau kehamilan lebih dari lima kali.

Penyebab ketuban pecah dini pada paritas salah satunya ialah multiparitas. Multipara lebih besar memungkinkan terjadinya infeksi karena adanya proses pembukaan serviks lebih cepat dibandingkan primipara, sehingga dapat mengakibatkan pecahnya ketuban lebih dini. Paritas multigravida memiliki risiko lebih tinggi untuk terjadi Ketuban Pecah Dini (KPD). Oleh karena itu seorang ibu multigravida sebaiknya

mengikuti konseling dengan petugas pelayanan kesehatan, sehingga dapat mengetahui faktor risiko terjadinya KPD (Wilda dan Suparji, 2020).

Kejadian KPD banyak didapatkan pada multiparitas karena kehamilan yang terlalu sering dapat memengaruhi embryogenesis sehingga selaput ketuban yang terbentuk akan lebih tipis dan mudah pecah sebelum waktunya, serta semakin mudah terjadi infeksi amnion karena rusaknya struktur serviks pada persalinan sebelumnya (Syarwani,dkk, 2020).

3. Usia Kehamilan

Usia kehamilan adalah lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 (40 minggu dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Pada umumnya ibu dengan preterm lebih, cenderung mengalami ketuban pecah dini dikarenakan masih lemahnya kekuatan selaput ketuban yang berhubungan dengan perbesaran dan usia uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Tetapi dari hasil uji statistik yang telah dilakukan, diperoleh hasil ibu dengan usia kehamilan aterm juga mengalami ketuban pecah dini. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor lain seperti pola kerjaan ibu hamil yang terlalu berat dapat berakibat pada kelelahan dan akan menyebabkan lemahnya korion amnion sehingga timbul ketuban pecah dini (Wulandari,dkk, 2019).

Ketuban Pecah Dini dibagi menjadi dua kategori yaitu Ketuban Pecah Dini preterm adalah Ketuban Pecah Dini sebelum usia kehamilan 37 minggu. Ketuban Pecah Dini yang memanjang adalah Ketuban Pecah Dini yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.

Ketuban Pecah Dini merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan, dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Pengelolaan Ketuban Pecah Dini pada kehamilan kurang dari 34 minggu sangat kompleks, bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas (Rahayu, 2018).

4. Pekerjaan

Kehamilan bukanlah merupakan halangan untuk berkarya asalkan dikerjakan dalam pengertian sedang hamil. Pada dasarnya, ibu hamil diperbolehkan untuk bekerja, tetapi jangan terlampau berat, ibu harus mampu mengatur waktu untuk istirahat, karena bila terlalu Lelah untuk bekerja dikhawatirkan dapat merangsang kontraksi rahim (His) lebih awal. Kerja fisik pada saat hamil yang terlalu berat dan dengan kerja lama melebihi 3 jam perhari dapat berakibat kelelahan. Bekerja terlalu Lelah akan meningkatkan produksi hormon oksitosin oleh hipofise posterior yang merupakan pemicu terjadinya kontraksi dini. Kontraksi yang semakin lama. Semakin sering akan menyebabkan selaput ketuban tidak lagi mampu menahan kehamilannya (Wulandari,dkk,2019).

5. Pola hubungan seksual selama hamil

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

diyakini berkaitan dengan terjadinya ketuban pecah dini. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual saat hamil baik dari frekuensi yang lebih dari 3 kali seminggu dapat memicu terjadinya ketuban pecah dini (KPD) karena menyebabkan tekanan intra uterin mendadak meningkat (Nugroho, 2018, dalam Yuliana, 2019). Ibu hamil yang melakukan hubungan seksual dengan frekuensi berlebihan akan berisiko mengalami ketuban pecah dini karena sperma yang dihasilkan setiap kali berhubungan intim mengandung prostaglandin sehingga akan terus merangsang kontraksi, dengan demikian semakin sering berhubungan intim maka akan semakin besar kontraksi yang ditimbulkan sehingga berakibat pecahnya ketuban sebelum waktunya (Suryoprajogo, 2018).

6. Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas yang berlebihan pada ibu hamil seperti berjalan terlalu lama, berdiri terlalu lama dapat memicu terjadinya ketuban pecah dini, mulanya akan timbul his (kontraksi rahim) atau perdarahan pervaginam. Kekuatan his semakin lama semakin kuat diikuti oleh keluaran lendir darah. Perdarahan terjadi karena pembuluh darah di kanalis servikalis pecah akibat dari pendataran serviks. Pada kasus ketuban pecah dini biasanya his belum teratur serta biasanya saat keluaran ketuban ibu tidak merasakan his. (Wulandari dkk, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kategori pekerjaan ibu ditemukan kejadian Ketuban Pecah Dini tertinggi terjadi pada ibu yang tidak bekerja. Hal ini karena ibu hamil yang tidak bekerja bukan berarti tidak memiliki kegiatan, namun ibu hamil yang

pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga memiliki pekerjaan yang selalu berulang, seperti memasak, mencuci, menyapu, sehingga kurangnya waktu istirahat yang mengakibatkan kelelahan sehingga timbul keluhan berupa sakit perut bagian bawah atau terjadinya kontraksi yang bisa menyebabkan ketuban pecah dini sebelum waktunya. Kontraksi yang semakin lama semakin sering akan menyebabkan selaput ketuban tidak lagi mampu menahan kehamilannya (Wulansari dkk, 2023).

2.3 Peran Bidan Dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Dengan

Ketuban pecah dini

Bidan berperan aktif dalam menggalakan penyebaran mengenai kesehatan serta membantu menangani ibu selama masa kehamilan hingga melahirkan. Bahkan ibu dengan ketuban pecah dini tidak terlepas dari pengawasan bidan. Peran bidan dalam menurunkan angka kematian ibu yang salah satunya disebabkan oleh ketuban pecah dini, yang mana jika tidak dilakukan dengan baik dan benar maka akan baik untuk kelangsungan hidup ibu dan bayi. Oleh karena itu, bidan berperan dalam skrining awal dan juga penatalaksanaan persalinan dengan ketuban pecah dini (Suharyati, 2024).

2.3.1 Kewenangan Bidan

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

Pasal 19 ayat (2) dan (3) Permenkes RI No. 28 tahun 2017 menjelaskan bahwa kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 18 diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan. Pelayanan Kesehatan ibu meliputi

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

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

- a. Episiotomi dan pertolongan persalinan normal
- b. Penjahitan luka jalan lahir tingkat 1 dan 2
- c. Memberikan penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan
- d. Memberikan tablet tambah darah pada ibu hamil
- e. Pemberian Vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
- f. Memfasilitasi atau membimbing dalam inisiasi Menyusui Dini dan ASI Eksklusif
- g. Memberikan uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum
- h. Memberikan penyuluhan dan konseling
- i. Memberikan bimbingan pada kelompok ibu hamil, serta berwenang memberikan keterangan hamil dan kelahiran.

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

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

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

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

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

2.4 Pendokumentasian

2.4.1 Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi mempunyai arti sebuah catatan otentik yang dapat dibuktikan. Dalam kebidanan, dokumentasi merupakan sebuah rangkaian kegiatan mencatat dan melaporkan asuhan kebidanan berdasarkan kenyataan yang disampaikan secara lengkap dan tepat. Dokumentasi tersebut suatu hal yang penting karena catatan asuhan yang diberikan kepada pasien dapat

berfungsi sebagai panduan dalam menuntut tanggung jawab maupun tanggung gugat ketika muncul permasalahan terkait dengan asuhan kebidanan yang telah diberikan (Sulikah dan Nuryani, 2019).

Dokumentasi kebidanan juga di gunakan sebagai informasi penting mengenai status kesehatan pasien. Oleh karena itu penting bagi bidan untuk mengetahui dan memahami tentang pendokumentasian asuhan kebidanan. Dengan wawasan dan pengetahuan tentang dokumentasi kebidanan, diharapkan bidan dapat melakukan pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan yang telah diberikan dengan jelas dan tepat (Nuryani, 2019).

2.4.2 Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode SOAP

Pendokumentasian menggunakan metode SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan (Meikawati dkk, 2022).

a. S (Data Subyektif)

Data subyektif merupakan langkah pertama pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan dicatat sebagai kutipan langsung dengan diagnosis. Data subyektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang disusun. Pada pasien yang bisu, dibagian data dibelakang huruf “S”, diberi tanda huruf “O”, tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien dengan penderita tuna wicara.

b. O (Data Obyektif)

Data obyektif merupakan data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. A (Assessment/Analysis)

Assessment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif. Analisis data yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/Tindakan yang cepat.

d. P (Planning)

Planning/perencanaan adalah rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga Kesehatan lain, diantaranya dokter. Dalam planning juga harus mencantumkan evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil melalui efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan (Meikawati dkk, 2022).

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N Usia 20 Tahun G1P0A0 Parturien 38-39 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Di Puskesmas Cibatu

Tanggal Pengkajian : 28 Februari 2024
Waktu : 06.00 WIB
Tempat : Puskesmas Cibatu
Pengkaji : Puji Putri Lestari

3.1.1 Data Subjektif

1. Identitas

Nama Ibu	: Ny. N	Nama Suami	: Tn. A
Umur	: 20 tahun	Umur	: 22 tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Babakan Cau	Alamat	: Babakan Cau

2. Alasan Datang

Ibu ingin memeriksa kehamilannya, sudah keluar air-air sejak jam 04.00 WIB.

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan hamil 9 bulan mengeluh keluar air-air dari jalan lahir sejak pukul 04.00 WIB dan mengeluh mules sejak pukul 05.00 WIB, gerakan janin aktif dirasakan

4. Riwayat Menstruasi

Ibu menarche berusia 13 tahun, lamanya 7 hari, siklus 30 hari, banyaknya 2 kali ganti pembalut, terkadang ada keluhan pada saat menstruasi hari pertama seperti dismenorhea

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 16-06-2023

Pemeriksaan kehamilan teratur ke BPM, posyandu, dan puskesmas sebanyak 7-8 kali, ibu juga telah mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2 kali, Gerakan janin pertama dirasakan sejak usia kehamilan 14 minggu, Tidak ada obat-obatan yang dikonsumsi selain obat yang diberikan oleh bidan yaitu tablet FE sebanyak 90 tablet.

6. Riwayat Kehamilan, Pertama, dan Nifas yang lalu

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

7. Riwayat Kesehatan Ibu dan Keluarga

Ibu mengatakan ibu, suami dan keluarga tidak memiliki Riwayat penyakit berat, menular seperti jantung, asma, HIV/AIDS.

8. Riwayat KB

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan kontrasepsi jenis apapun

9. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu mengatakan makan 2-3 kali sehari dengan menu bervariasi, lauk pauk, sayuran, buah-buahan, dengan porsi sedang, ibu mengatakan terakhir makan pukul 13.00 WIB

Ibu mengatakan minum 7-8 gelas air putih sehari, ibu mengatakan terakhir minum pukul 17.00 WIB

b) Eliminasi

Ibu mengatakan BAB 1-2x sehari, tidak ada keluhan seperti sembelit atau diare, ibu mengatakan hari ini belum BAB

Ibu mengatakan BAK 5-6 kali sehari, tidak ada keluhan seperti nyeri pada saat buang air kecil, ibu mengatakan hari ini sudah BAK 4 kali terakhir pukul 16.30

c) Istirahat

Ibu mengatakan tidur malam 7-8 jam, dan tidur siang 1 jam

d) Aktifitas

Ibu berkegiatan sebagai ibu rumah tangga (IRT) seperti menyapu, mengepel, mencuci dan memasak. Ibu beraktifitas seharian tanpa ada bantuan, kadang ibu mengeluh merasa kelelahan

e) Personal Hygiene

Mandi 2 kali sehari, ganti pakaian 2 kali sehari, dan mengganti celana dalam jika terasa lembab 2-3 kali dalam sehari

10. Pola Hubungan seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual kurang lebih 3-4 kali dalam seminggu. Terakhir 2 hari yang lalu.

11. Personal Spiritual

Dukungan keluarga, keluarga merasa senang atas kehamilan ibunya, pengambil keputusan oleh suami, rencana persalinan di puskesmas

3.1.2 Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum : Baik
 - Kesadaran : Compos Mentis
- b) Tanda-Tanda Vital
 - TD : 130/90 mmHg
 - R : 23x/menit
 - N : 84x/menit
 - S : 36,7°C
- c) Antropometri
 - BB sebelum hamil : 49 kg
 - BB sekarang : 60 kg
 - Kenaikan BB : 11 kg
 - Tinggi Badan : 159 cm
 - IMT : 19,4
 - LILA : 26 cm
 - Lingkar Perut : 100 cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Warna rambut hitam, bersih, tidak ada benjolan
- b) Wajah : Simetris, tidak pucat, tidak ada oedema
- c) Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, seklera putih
- d) Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik
- e) Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik
- f) Mulut : Bersih, lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat
- g) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe dan vena jugularis, tidak ada nyeri tekan.
- h) Dada/payudara : Payudara simetris, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak ada nyeri tekan, kolostrum belum keluar
- i) Abdomen
- Inspeksi : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra TFU 30 cm
- Palpasi : nifundus teraba bulat, lunak, tidak melenting
- Leopold I : Difundus teraba bulat, lunak, tidak melenting
- Leopold II : Dibagian kanan ibu teraba bagian keras, datar, memanjang seperti papan dan bagian kiri ibu teraba bagian-bagian terkecil janin seperti tangan dan kaki

- Leopold III : Dibagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting, kepala sudah masuk PAP
- Leopold IV : Divergen 4/5
- Auskultasi : DJJ 145x/menit regular
- His : 1-2x10”25”
- TBB : (30-11) x 155 = 2.945 gram (Mc. Donald)
- J) Genitalia : vulva/vagina tidak ada kelainan, tampak cairan ketuban berwarna jernih, portio tebal lunak, pembukaan 2-3 cm, ketuban (-) presentasi kepala, penurunan hodge 2.
- k) Extremitas Atas : Tangan simetris, kuku bersih, tidak pucat, tidak oedema
- Extremitas bawah : Kaki simetris, kuku bersih, tidak oedema dan tidak ada varises, reflek patella +

3. Pemeriksaan Penunjang

- HB : 12,10 gr/dl
- HBSag : Negatif
- HIV/AIDS : Negatif
- Sifilis : Negatif
- Protein Urin : Negatif
- Tes Lakmus : (+)

3.1.3 Analisa

G1P0A0 Gravida 38-39 Minggu parturien kala 1 fase laten dengan KPD
janin tunggal hidup

3.1.4 Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
Evaluasi : Ibu dan Keluarga mengetahuinya
2. Mengobservasi keadaan umum ibu, TTV, DJJ, His dan kemajuan persalinan
Evaluasi : Hasil terlampir di status ibu
3. Menganjurkan Ibu untuk memenuhi nutrisinya seperti makan dan minum di sela-sela his
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia
4. Menyiapkan partus set, dan perlengkapan lainnya
Evaluasi : Sudah disiapkan
5. Melakukan pendokumentasian
Evaluasi : Hasil terlampir distatus ibu

3.2 Catatan Perkembangan

Jam pengkajian : 10.00 WIB
 Tanggal pengkajian : 28 Februari 2024
 Tempat Pengkajian : Puskesmas Cibatu

3.2.1 Asuhan Persalinan Kala 1 Fase Laten

A. Data Subjektif

Ibu mengeluh mulas bertambah dan sering. Pola makan di puskesmas: ibu terakhir makan tadi pagi pukul 13.00 WIB dengan porsi sedikit.

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

2. Tanda – Tanda Vital:

TD : 110/70 R : 21x/m

N : 84x/m S : 36.5 C

3. Auskultasi : DJJ 145x/m (reguler)

4. His : 2x10'x30"

5. Genitalia

Inspeksi : Vulva/vagina tidak ada kelainan

Pemeriksaan Dalam : Portio tebal lunak

Pembukaan : 3-4 cm

Ketuban : (-) negatif

Presentasi : Kepala

Penurunan : Hodge II

C. Analisa

G1P0A0 Gravida 38-39 Minggu parturien kala 1 fase laten dengan KPD, janin tunggal hidup

D. Penatalaksanaan

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

Ev: Ibu dan keluarga mengerti dan mengetahui

2. Mengajarkan ibu teknik relaksasi

Ev: Ibu merasa nyaman

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

Ev: Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran

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

Ev: Ibu tidak kooperatif akan arahan yang diberikan, ibu memilih untuk jalan-jalan

5. Melakukan observasi kemajuan persalinan

Ev: Observasi dilakukan

3.2.2 Asuhan Persalinan Kala 1 Fase Aktif

Pukul: 14.00 WIB.

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan mulas bertambah dan sudah mulai teratur.

B. Data Objektif

1	Keadaan Umum	:	Baik
	Kesadaran	:	<i>Composmentis</i>
2	Tanda – Tanda Vital TD R N S	:	120/80 23x/m 85x/m 36.5 C
3	Auskultasi	:	DJJ 137x/m (reguler)
4	HIS	:	3x10 ³ x35”
5	Genitalia		
	Vulva vagina Portio Pembukaan Ketuban Presentasi Penurunan Molase	:	Tidak ada kelainan Tebal lunak 5-6 cm (-) negatif Kepala Hodge II+ 0

C. Analisa

G1P0A0 Gravida 38-39 Minggu parturien kala 1 fase aktif dengan KPD, janin tunggal hidup.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan kepada ibu, bahwa ada kemajuan pembukaan
Ev: ibu dan keluarga mengerti
2. Menganjurkan ibu untuk mengatur nafas dengan baik dan benar
Ev: ibu mengerti dan bersedia melakukan sesuai anjuran
3. Menganjurkan ibu untuk mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu seperti miring kiri, tetapi tidak dianjurkan untuk banyak gerak seperti jalan-jalan
Ev: Ibu tidak kooperatif akan arahan yang diberikan ibu tetap memilih untuk jalan-jalan
4. Melakukan observasi kemajuan persalinan
Ev: dilakukan observasi kemajuan persalinan

Jam: 16.30 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan mulas semakin bertambah dan terasa sakit di area jalan lahir dan ibu mengeluh lemas

B. Data Objektif

1. Kesadaran Umum : Sedang
Kesadaran : *Composmentis*

2. Tanda – Tanda Vital

TD	: 110/90 mmHg	R	: 23x/m
N	: 83x/m	S	: 36,5 C

3. Auskultasi : DJJ 140x/m (reguler)

4. His : 3x10'x40"

5. Genitalia

Vulva vagina	: Tidak ada kelainan
Portio	: Tipis lunak
Pembukaan	: 7-8 cm
Ketuban	: (-) negatif
Presentasi	: UUK di kanan depan
Penurunan	: Hodge III
Molase	: 0

C. Analisa

G1P0A0 Gravida 38-39 Minggu parturien kala 1 fase aktif dengan KPD, janin tunggal hidup

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
Ev: Ibu dan keluarga mengetahui dan merasa senang
2. Melakukan inform consent untuk dilakukan pemasangan infus atas indikasi lemas
Ev: Ibu bersedia
3. Melakukan pemasangan infus RL 500 ml dengan tetesan 20x/menit

Ev: Infus terpasang

4. Menganjurkan ibu untuk mengatur nafas dengan baik

Ev: Ibu mengerti dan bersedia melakukan yang dianjurkan

5. Menganjurkan ibu untuk miring kiri

Ev: Ibu bersedia mengikuti anjuran

6. Memberitahukan kepada keluarga untuk memberi dukungan pada ibu

Ev: Keluarga pasien mengerti dan memahami anjuran dari bidan

7. Menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisinya seperti makan dan minum disela-sela his

Ev: Ibu bersedia dan ibu memilih untuk minum saja

8. Menyiapkan perlengkapan bayi dan ibu

Ev: Perlengkapan dan peralatan sudah siap

9. Mengobservasi kemajuan persalinan

Ev: Observasi dilakukan

10. Menyiapkan meja dan alat resusitasi

Ev: Bidan sudah menyiapkan meja resusitasi

3.3 Asuhan Persalinan Kala II

Pukul 18.00 WIB

3.3.1 Data Subjektif

Ibu mengatakan mules semakin kuat dan sering dan ada rasa ingin meneran

3.3.2 Data Objektif

1. Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

2. Tanda-tanda vital

TD : 120/90 mmHg R : 24x/m

N : 99x/menit S : 36,6°C

3. Auskultasi : DJJ 147x/menit (regular)

4. His : 4x10'45"

5. Genitalia

Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : (-)

Presentasi : UUK kanan depan

Penurunan : Hodge IV

Molase : 0

3.3.3. Analisa

G1P0A0 Gravida 38-39 minggu parturien kala II janin tunggal hidup.

3.3.4 Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahuinya

2. Menganjurkan ibu untuk mengatur nafas pada saat persalinan

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

3. Memposisikan ibu senyaman mungkin

Evaluasi : Ibu merasa nyaman

4. Memimpin proses persalinan

Evaluasi : bayi lahir spontan pukul 18.10 WIB jenis kelamin perempuan, menangis, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan

5. Melakukan penatalaksanaan bayi baru lahir, mengeringkn bayi dengan segera kecuali telapak tangan, dan melakukan jepit-jepit potong

Evaluasi : Sudah dilakukan

6. Memfasilitasi IMD

Evaluasi : Bayi sudah berada di pelukan ibu

3.4 Asuhan Persalinan Kala III

Pukul 18.20 WIB

3.4.4 Data Subjektif

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

3.4.5 Data Objektif

Keadaan umum	: Baik	
Abdomen	: Palpasi	: Tidak teraba janin kedua
	TFU	: Sepusat
	Kontraksi	: Baik
	Kandung kemih	: Kosong
Genitalia	: Tampak tali pusat menjulur dan ada semburan darah	

3.4.6 Analisa

P1A1 parturien kala III

3.4.7 Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan tindakan yang akan dilakukan

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia

2. Menyuntikan oxytocin 10 IU secara IM

Evaluasi : Sudah dilakukan

3. Melakukan peregangan tali pusat terkendali, terdapat tanda pelepasan plasenta, tali pusat memanjang dan terdapat semburan darah

Evaluasi : Plasenta lahir spontan jam 18.25 WIB

4. Melakukan masase uterus 15 kali dalam 15 detik

Evaluasi : Sudah dilakukan, kontraksi uterus baik

5. Mengecek kelengkapan plasenta

Evaluasi : Plasenta lengkap

3.5 Asuhan Persalinan Kala IV

Pukul 18.35 WIB

3.5.1 Data Subjektif

Ibu merasa lemas dan masih ada rasa mules

3.5.2 Data Objektif

1. Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Compos Mentis
2. Tanda-tanda vital
TD : 120/100 mmHg R : 22x/menit
N : 98x/menit S : 36,7°C
3. Abdomen
TFU : 2 jari dibawah pusat
Kontraksi Uterus : Baik, keras

Kandung kemih : Kosong

4. Genitalia

Vulva/vagina tidak ada kelainan, terdapat laserasi derajat 2 dibagian mukosa vagina, otot perineum, pengeluaran darah normal +/- 50 cc

3.5.3 Analisa

P1A0 parturien kala IV dengan laserasi derajat 2

3.5.4 Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahuinya

2. Melakukan inform consent kepada ibu dan keluarga akan dilakukan penjahitan pada ibu

Ev: Keluarga mengerti dan bersedia dilakukan penjahitan

3. Melakukan hecing perineum

Evaluasi: Sudah dilakukan Tindakan hecing di mukosa vagina dengan teknik jelujur terkunci

4. Membersihkan ibu dan tempat

Evaluasi : Memberikan rasa nyaman pada ibu

5. Membersihkan alat

Evaluasi : Alat bekas pakai sudah dicuci dan di sterilisasikan

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

Evaluasi : Ibu mengerti dan melakukannya

7. Memberitahu tanda bahaya masa nifas

Evaluasi : Ibu memahaminya

8. Memberitahukan ibu personal hygiene yang baik dan benar

Evaluasi : Ibu mengerti

9. Memberikan KIE ASI eksklusif

Evaluasi : Ibu bersedia memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan

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

Evaluasi : Hasil terlampir di partograf

BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada ibu bersalin Ny.N 20 Tahun Parturien 38 -39 Minggu Pada tanggal 28 Februari 2024 di Puskesmas Cibatu antara lain:

4.1 Data Subjektif

Ibu datang ke puskesmas pada hari sabtu pukul 06.00 WIB. Setelah itu dilakukan anamnesa mengenai identitas dari riwayat ibu. Berdasarkan hasil anamnesa yang didapatkan pada Ny.N umur 20 tahun parturien 38 -39 minggu dengan HPHT 16-6-2023. Pada Kehamilan aterm yang berlangsung pada usia kehamilan lebih dari 38-39 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir. Pada pukul 04.00 WIB ibu mengatakan keluar cairan dari jalan lahir, cairan yang keluar berwarna jernih dan berbau amis (khas ketuban). Hal ini sesuai teori bahwa tanda gejala terjadinya Ketuban Pecah Dini yaitu dimulai dengan tanda inpartu atau pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan (Prawirohardjo, 2014).

Ketuban pecah dini adalah kondisi saat kantung ketuban pecah lebih awal sebelum proses persalinan atau ketika usia kandungan belum mencapai 37 minggu. Kondisi tersebut dapat menyebabkan komplikasi dan membahayakan nyawa ibu dan janin. Ketuban pecah dini berkaitan dengan penyulit yang berdampak buruk terhadap kesehatan dan kesejahteraan maternal maupun terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin Intrauterin, sehingga hal tersebut dapat meningkatkan masalah kesehatan. Ketuban pecah dini biasanya

ditandai dengan keluarnya cairan berupa air melalui vagina setelah umur kehamilan berusia 22 minggu dan dikatakan ketuban pecah dini apabila terjadi sebelum proses persalinan (Nuraini,2023). Tindakan selanjutnya sesuai prosedur tetap di Puskesmas Cibatu melakukan test lakmus, dan hasil yang didapatkan test lakmus berubah warna. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (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.

Ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini (KPD) yaitu usia kehamilan, lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 hari (40 minggu dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Pada umumnya ibu dengan aterm lebih cenderung mengalami Ketuban Pecah Dini dikarenakan lemahnya kekuatan selaput ketuban yang berhubungan dengan pembesaran dan usia uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Tetapi dari hasil uji statistik yang telah dilakukan, diperoleh hasil ibu dengan kehamilan aterm juga mengalami Ketuban Pecah Dini. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor lain seperti pola kerjaan ibu hamil yang terlalu berat dapat berakibat pada kelelahan dan akan menyebabkan lemahnya korion amnion sehingga timbul ketuban pecah dini (Wulandari dkk, 2019).

Berdasarkan riwayat aktivitas sehari-hari, pekerjaan ibu cukup berat, selama dirumah ibu melakukan aktivitas sebagai ibu rumah tangga seperti mencuci, menyapu, mengepel dan memasak seharian tanpa ada bantuan dan kadang ibu mengeluh merasa kelelahan. Hal ini sesuai dalam teori yang

menyatakan bahwa terlalu banyak aktivitas dan melakukan pekerjaan berat dapat mempengaruhi terjadinya Ketuban Pecah Dini sesuai dengan teori (Wulansari dkk, 2023).

Berdasarkan riwayat kebiasaan ibu pada 2 hari terakhir, ibu mengaku melakukan hubungan seksual lebih dari 2-3 kali dalam seminggu dengan suaminya. Hal ini sesuai teori bahwa keseringan melakukan hubungan seksual dengan frekuensi lebih dari 3x dalam seminggu ternyata lebih beresiko terjadinya ketuban pecah dini, begitupun Ketuban Pecah Dini terjadi karena hubungan seksual menurut (Suryoprajogo, 2018).

4.2 Data Objektif

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

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

Pemeriksaan Leopold dan pemeriksaan dalam. Leopold I teraba bulat, lunak dan tidak melenting, Leopold II teraba keras memanjang seperti papan disebelah kiri dan teraba bagian kecil disebelah kanan, Leopold III bagian

bawah teraba bulat, keras, melenting, leopold IV bagian bawah sudah masuk pintu atas panggul (PAP) 1/5 bagian divergen, denyut jantung janin 145x/menit belum ada his. Pemeriksaan dalam terdapat v/v tidak ada kelainan, portio teraba, pembukaan 2cm, ketuban (-) pasien mengatakan keluaran air-air pukul 04:00 WIB, penurunan kepala di hodge I, hal ini sesuai dengan teori bahwa, ketuban pecah dini merupakan salah satu penyulit dalam kehamilan dan persalinan yang berperan dalam meningkatkan kesakitan dan kematian maternal perinatal yang dapat disebabkan oleh adanya infeksi, yaitu dimana selaput ketuban yang menjadi penghalang masuknya bakteri, penyebab infeksi sudah tidak ada sehingga dapat membahayakan bagi ibu dan janinnya. (Wilda dan Suparji, 2020)

4.3 Analisa

Berdasarkan dari data subjektif didapatkan hasil pengkajian bahwa ibu keluar air – air sejak pukul.04.00 WIB

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

Maka analisis data pada Ny.N 20 tahun adalah G1P0A0 gravida 38-39 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini. Diagnosa tersebut sesuai dengan standar nomenklatur kebidanan kepmenkes.

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

dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Menurut Nugroho (2020) dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

4.4 Penatalaksanaan

Pada penatalaksanaan kasus terhadap ibu bersalin Ny. N usia 20 tahun G1P0A0 penanganan yang dilakukan yaitu dengan melakukan pemantauan keadaan umum ibu, kesadaran, TTV, DJJ, pemeriksaan dalam, dan berkolaborasi dengan dokter di puskesmas. Pada pemeriksaan dalam hal ini sesuai dengan teori Mufidah dan Hidayat (2019) bahwa dengan pemeriksaan dalam akan didapatkan cairan dalam vagina dan selaput ketuban masih utuh atau tidak.

Pada pukul 06.00 WIB ibu mengeluh keluaran air2 kemudian di periksa lakmus hasil (+) dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan 2 cm belum ada his, ibu diberitahu tentang pembukaan sudah ada, mengajarkan ibu untuk mengatur nafas dengan baik dan benar, memberitahu ibu untuk rileks, memberitahu keluarga pasien untuk memberikan ibu asupan nutrisi dan minum, dan menganjurkan ibu untuk miring kiri dan memposisikan ibu nyaman mungkin. sesuai dengan teori (Walyani, 2015). Melakukan test lakmus hal ini sesuai dengan teori Mufidah dan Hidayat (2019). Dengan melakukan pemeriksaan tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas merah berubah menjadi biru menunjukkan bahwa adanya air ketuban (alkalis). PH air ketuban (alkalis). PH air ketuban 7-7,5 darah dan inveksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif

palsu. Dapat disimpulkan bahwa dalam tindakan pemeriksaan tes lakmus antara teori dan praktik tidak terdapat kesenjangan.

Pada pukul 18.00 WIB ibu mengatakan mules semakin bertambah dan sering, HIS 4x10'x45'' pembukaan 10cm (lengkap), memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan ibu siap untuk melakukan persalinan, memposisikan ibu dengan posisi litotomi. Ibu dipimpin meneran dan dianjurkan untuk menarik nafas disela – sela kontraksi. Pada saat mendedan power ibu kurang saat mendedan, maka ibu dilakukan pemasangan infus RL 20 tpm untuk mengisi tenaga. Untuk mengurangi resiko robekan yang sangat besar dan tidak beraturan. Kala II disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga bayi lahir. Proses ini berlangsung selama kurang 12 lebih 2 jam pada ibu primigravida dan kurang lebih 1 jam pada ibu multigravida. Pada saat pembukaan 10 cm biasanya ada beberapa tanda yakni his semakin sering dan interval panjang, serta ada dorongan meneran. Pada penatalaksanaan dilakukan pemeriksaan dalam hal ini tidak sesuai dengan teori dan praktik, yang menyebutkan batasi pemeriksaan dalam dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetric menurut (Manuaba, 2020).

Pada proses persalinan sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal (APN) 60 langkah salah satunya kesiapan penolong dalam menggunakan APD yaitu : memakai celemek, kacamata google, sepatu tertutup, masker dan sarung tangan DTT atau steril.

Pada proses persalinan ini penolong tidak memakai / menggunakan APD lengkap seperti kacamata google, penolong hanya memakai gown, sepatu

tertutup, masker dan sarung tangan, maka dari itu persiapan penoling persalinan tidak sesuai APN. Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan praktik (PPIBI, 2021).

Pada pukul 18.15 WIB bayi lahir spontan, tidak langsung menangis, melakukan jepit jepit potong menggunakan klem arteri kemudian dibawa ke meja resusitasi, dilakukan langkah awal resusitasi selama 2 menit bayi langsung menangis, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan, langsung di fasilitasi IMD kepada ibu.

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

4.5 Pendokumentasian

Pendokumentasian pada Ny.N di dokumentasikan dengan metode SOAP yang dilakukan dengan pengkajian data subjektif melalui data primer yang didapatkan dari hasil anamnesa terhadap pasien didapat dari wawancara dan observasi pada Teknik wawancara melalui komunikasi pada ibu, keluarga dan bidan.

Untuk mendapatkan data objektif, dilakukan pemeriksaan untuk memperoleh data yang lengkap dan berhubungan dengan permasalahan ibu dan bayi yang akan dijadikan kasus sehingga data akurat, dan dilakukan observasi

pada pasien langsung serta pemeriksaan fisik pada pasien dengan Teknik inspeksi dan palpasi. Data sekunder di dapat dari studi kepustakaan untuk mendapat materi secara teoritis mengenai teori ketuban pecah dini, data pasien diperoleh dari rekam medik pasien yang selajutnya data didokumentasikan dalam bentuk SOAP. Menurut teori (Meikawati dkk, 2022). Pendokumentasian menggunakan metode SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif pada Ny.N G1P0A0 38 – 39 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Cibatu melakukan asuhan kebidanan persalinan, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Dari hasil pengkajian data subjektif didapatkan, pada Ny.N 20 tahun Parturien 38 -39 Minggu dengan KPD. Berdasarkan data tersebut tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.
2. Dari hasil data objektif didapatkan pada Ny.N 20 Tahun Parturien 38 -39 Minggu dengan KPD. Sudah sesuai dan Tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek
3. Berdasarkan data subjektif dan objektif maka Analisa yang ditetapkan pada Ny. N 20 Tahun Parturien 38 -39 Minggu dengan KPD . Tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.
4. Berdasarkan data subjektif, objektif dan diagnosa maka dapat dilakukan penatalaksanaan pada Ny.N 20 Tahun dengan KPD sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
5. Pendokumentasian yang dilakukan adalah manajemen varney dan pendokumentasian SOAP.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi klien

Diharapkan ibu untuk menjaga untuk mengenal tanda bahaya persalinan di trimester ke-3 yakni keluaran air-air (Ketuban Pecah Dini) yang tidak di tangani langsung akan membahayakan pada Bayi.

5.2.2 Bagi Instansi Kesehatan

Diharapkan petugas dapat memberi asuhan persalinan dengan Ketuban Pecah Dini sesuai dengan SOP yang sudah di tentukan.

5.2.3 Bagi Instansi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan proses pembelajaran dalam hal penanganan pada pasien dengan Ketuban Pecah Dini.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Aziz Alimul. (2008). *Dokumentasi Kebidanan*.
https://www.google.co.id/books/edition/Dokumentasi_Kebidanan/4UJ6E-NoV7gC?hl=id&gbpv=0
- Annisa, P. (2020). *LITERATUR REVIEW TENTANG FAKTOR - FAKTOR PENYEBAB KPD*.
- Arlenti, L. (2021). Manajemen Pelayanan Kebidanan. *Jakarta:EGC*, h.25-29.
- Khalid. et. al. (2020). *Part 5: maternity: 2020 American Heart association Guidelines For Cardiopulmonary Resuscitation And Emergency Cardiovascular Care*. Circulation.
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000902>
- Badan Pusat Statistik. (2021). Sensus Penduduk 2020. *Bps.Go.Id*, 27, 1–52.
<https://papua.bps.go.id/pressrelease/2018/05/07/336/indeks-pembangunan-manusia-provinsi-papua-tahun-2017.html>
- Barat, P. K. J. (2021). Profil Kesehatan Jawa Barat. *Suparyanto Dan Rosad (2015, 5(3), 248–253*.
- Dinkes Kabupaten Garut. (2020). *Data AKI/AKB di Garut*.
- Girsang, (2017).Persalinan Kala 1 sampai 4 dalam asuhan kebidanan. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430782/>
- Handayani (2017).Hubungan kejadian KPD dengan status hubungan seksual Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430782/>
- Irawati, Maulina & Arsyad (2019). *Asuhan Persalinan Normal (APN) (2019) 4(4),135*
- Jannah (2018). Gustinerz.Com. [https://gustinerz.com/Asuhan Persalinan dengan](https://gustinerz.com/Asuhan_Persalinan_dengan)

KPD/

- Johnson (2014). *Gambaran Tanda-Tanda Ketuban Pecah dini Pada kehamilan Aterm*. 6–22. <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/468/>
- Krakauer M, G. et. al. (2023). *Birth Asphyxia*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430782/>
- Manuaba IBG (2018). *Pengertian Ketuban Pecah Dini, Penyebab KPD* . Birth Injury Center. <https://birthinjurycenter.org/delivery-complications/birth-kpd/>
- Octavia & Filda Fairuza (2019). *Faktor Penyebab KPD pada Ibu Hamil*.
- Pratiwi. (2018). *Buku Saku Kebidanan*, 6(6) hal:45-47.
- Prawiroharjo (2013). . *Asuhan Kebidanan persalinan, Bayi/Balita Dan Anak Prasekolah Untuk Para Bidan*. Deepublish.
- Purwaningtyas. (2017). *Asuhan Kebidanan dengan Ketuban Pecah Dini*. h 52-54.
- Rukiyah & Yulianti (2020). *Asuhan Kebidanan Persalinan dengan KPD, Untuk Para Bidan*. Deepublish.
- RI, K. (2019). Kepmenkes Nomor HK. 01.07/MENKES/214/2019. *Progress in Retinal and Eye Research*, 561(3), S2–S3.
- Ryan, Cooper, & Tauer. (2013). *Asuhan Kebidanan Sesuai Standar. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 12–26.
- Sualman (2019). *Asuhan Segera Pada KPD*. 4.
- WHO. (2019). *Maternity Death*. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Retrieved May 19, 2023, from <https://www.who.int/teams/maternal-death-adolescent-health-and-ageing/newborn-health/maternal>
- Wulandari. (2019). *Mortality Rate*. World Helath Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in->

mortality-report-2021#:~:text=lowest-mortality country.-,Causes,most deaths
in 2019

LEMBAR BIMBINGAN
KIA (KARYA ILMIAH AKHIR)

NAMA : Putri Puji Lestari
 NIM : KHGH23023
 PROGRAM STUDI : Pendidikan Profesi Bidan
 PEMBIMBING : Mellya Wulandari Tasripin, SST., M.Keb.

No	Tanggal	Keterangan	Paraf
1.	10 Juni 2024	ACC Judul	
2.	14 Juni 2024	Konsul Bab 1	
3.	19 Juni 2024	Konsul Bab II	
4.	26 Juni 2024	Konsul Bab III	
5.	1 Juli 2024	Perbaikan Bab I, II,III	
6.	5 Juli 2024	Konsul Bab IV	
7.	11 Juli 2024	Bab I, II, III ACC Konsul BabV, Daftar Pustaka	
8.	22 Juli 2024	ACC, Bab I-V	