

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. S
G2P1A0 GRAVIDA 31-32 MINGGU DENGAN
KETUBAN PECAH DINI DI RUANG BERSALIN RSUD
dr. SLAMET GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR

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

ICEU KARTINI

NIM : KHGH 23028



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

PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Dalam Karya Ilmiah Akhir 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
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim pembimbing
3. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik (Bdn) baik dari STIKes Karsa Husada maupun di perguruan tinggi lain.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh karena karya ini , serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Mei 2024 Yang
membuat pernyataan

(Iceu Kartini)
NIM:KHGH23028

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN
G2P1A0 GRAVIDA 31-32 MINGGU DENGAN
KETUBAN PECAH DINI DI RUANG BERSALIN
RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : ICEU KARTINI

NIM : KHGH 23028

TITIMANGSA : 24/07/2024

KARYA ILMIAH AKHIR

KIA ini telah disetujui untuk disidangkan
di hadapan Tim Penguji Program Studi
Pendidikan Profesi Bidan
STIKes Karsa Husada

Garut, Juli 2024

Menyetujui,
Pembimbing,

Titi Purwitasari Handayani, SST., Bdn., M.Keb
NIK.043298.0910.084

Menyetujui,
Ka. Prodi Profesi Bidan

Intan Rina Susilawati, S.ST., M.Keb
NIK.043298.0111.100

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN
G2P1A0 GRAVIDA 31-32 MINGGU DENGAN
KETUBAN PECAH DINI DI RUANG BERSALIN
RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : ICEU KARTINI

NIM : KHGH 23028

KARYA ILMIAH AKHIR

KIA Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim
Penguji Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2024

**Pembimbing : Titi Purwitasari Handayani, SST., Bdn., M.Keb
NIK : 043298.0910.084**

**Penguji I : Nofita Setiorini FP, STr.Keb., M.Kes
NIK: 043298.0122.168**

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

**Mengetahui, Ketua
Program Studi Pendidikan Profesi Bidan**

**Intan Rina Susilawati, S.ST., M.Keb
NIK.043298.0111.100**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan khadirat Yang Maha Esa atas limpahan rahmat hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini pada Ny. S umur 21 Tahun G2P1A0 Gravida 31-32 Minggu di Ruang Bersalin RSUD dr.Slamet Garut 2024”

Karya Ilmiah Akhir ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu, maka pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

- 1 Dr.H. Hadiat MA,selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
- 2 H. D Saepudin,S.Sos Selaku Ketua pengurus Yayasan Darma Husada Insani Garut.
- 3 H. Engkus Kusnadi,S.Kep.,M.Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
- 4 Intan Rina Susilawati, SST., M.Keb selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Bidan Karsa Husada Garut.
- 5 Titi Purwitasari Handayani, SST., Bdn., M.Keb Selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk memberikan bimbingan serta saran kepada penulis dalam Menyusun asuhan kebidanan ini.

- 6 Nofita Setiorini FP, STr.Keb., M.Kes selaku penguji I yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
- 7 Intan Rina Susilawati, SST., M.Keb selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
- 8 Suami, Anak-anak, Orangtua, Keluarga yang senantiasa memberikan dukungan moril maupun materil.
- 9 Dian Radianti, S.Tr.Keb selaku CI lapangan di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut, terimakasih telah memberikan kesempatan untuk melakukan pengambilan kasus di lapangan.
- 10 Seluruh staf dan dosen STIKes Karsa Husada Garut Prodi Pendidikan Profesi Bidan yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat.
- 11 Ny.S selaku pasien asuhan saya, yang telah berkenan untuk mempersilahkan saya melakukan asuhan pada ibu.
- 12 Rekan-rekan Mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifat membangun demi perbaikan Karya Ilmiah Akhir ini. Akhir kata semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat.

Garut, Juli 2024

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	2
LEMBAR PERSETUJUAN	3
LEMBAR PENGESAHAN	4
KATA PENGANTAR	5
DAFTAR ISI	6
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Metode Pengumpulan Data	5
1.5 Waktu dan Tempat Penelitian	6
1.5.1 Waktu Penelitian	6
1.5.2 Tempat Penelitian	6
1.6 Manfaat Penelitian	6
1.6.1 Bagi Tempat Pelayanan Kesehatan	6
1.6.2 Bagi Institusi Pendidikan	6
1.6.3 Bagi Penulis	7
BAB II TINJAUAN TEORI	8
2.1 Persalinan Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi Ketuban Pecah Dini	9
2.1.3 Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini (KPD)	11
2.1.4 Tanda dan gejala	11
2.1.5 Komplikasi	12
2.1.6 Diagnosis	14
2.1.7 Pengaruh KPD Terhadap Ibu dan Janin	16

2.1.8 Sintesis	16
2.1.9 Penatalaksanaan	17
2.1.10 Mekanisme Persalinan dengan KPD	20
2.1.11 Jenis-jenis Persalinan	22
2.1.12 Persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu :	22
2.1.13 Fakor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan	24
2.1.14 Tujuan Asuhan Persalinan Normal	25
2.2 Bayi Berat Lahir Rendah	25
2.2.1 Definisi	25
2.2.2 Penyebab terbanyak kejadian BBLR	25
2.2.3Diagnosis Kemungkinan Kecil Masa Kehamilan (KMK) Janin.	28
2.3 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan	28
2.3.1 Pengertian Dokumentasi	28
2.3.2 Tujuan Dokumentasi	29
2.3.3 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan	29
2.4 Protaf Penanganan KPD	31
BAB III TINJAUAN KASUS	33
3.1 Asuhan Kebidanan Pada ibu Bersalin Ny. S Usia 21 Tahun G2P1A0 Gravida 31 – 32 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini Di RSUD dr. Slamet Garut	33
3.1.1 KALA I	33
3.1.2 KALA II	40
3.1.3 KALA III	42
3.1.4 Kala IV	43
3.1.5 Asuhan pada Ibu Nifas 2 Jam Post Partum	45
3.1.6 Asuhan Bayi Baru Lahir	47
3.1.7 Matriks Tinjauan Teori dan Kasus	48
BAB IV PEMBAHASAN	51
4.1 Data Subjektif	51
4.2 Data Objektif	53

4.3 Analisa	54
4.4 Penatalaksanaan	55
4.5 Pendokumentasian	56
BAB V PENUTUP	57
5.1 Kesimpulan	57
5.2 Saran	57
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan masalah penting dalam *obstetric* berkaitan dengan penyulit kelahiran *premature* dan terjadinya infeksi korioamnionitis sampai sepsis yang meningkatkan *morbidity* dan mortalitas perinatal, dan menyebabkan kematian infeksi ibu. Penanganan ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin, dan adanya tanda-tanda persalinan (Pudiastuti,2012) infeksi itu sendiri disebabkan karena ketuban pecah dini. Oleh sebab itu peran bidan dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) yang disebabkan oleh infeksi dari KPD ialah standar adalah penanganan 20 penanganan kegawatdaruratan Ketuban Pecah Dini yaitu mengenali dan mengambil tindakan yang tepat ketika terjadi Ketuban Pecah Dini, dan memberikan pertolongan pertama termasuk penanganan dan pemberian obat antibiotic sesuai kebutuhan (Pudiastuti,2012).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2015-2019 dan SDGs. Menurut data SDKI, Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia sebanyak 303.000 jiwa. Akibat masalah persalinan dan kelahiran terjadi di negara berkembang memiliki rasio tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2019), pada tahun 2015 baik AKI maupun AKB menunjukkan penurunan (AKI 305/100.000 KH; AKB 22.23/ 1000KH). (Direktorat Kesehatan Keluarga 2019).

Di Jawa Barat Angka Kematian Ibu tahun 2018 mencapai 648 kasus,

penyebabnya yaitu perdarahan sekitar 33 kasus, gangguan darah sekitar 113 kasus, gangguan metabolik sekitar 14 kasus, dan lain-lain sekitar 141 kasus (Dinkes Jabar, 2019). Pada waktu 2018 lalu, Garut menempati urutan ketiga terbanyak atas kasus AKI di Jabar, kasus AKI yang mencapai 55 kasus dan sebesar 29% penyebab kematian ibu itu akibat perdarahan pasca persalinan (Dinkes Jabar Garut, 2018). Sedangkan Angka Kematian Bayi dari 3979 kasus pada tahun 2014 menjadi 4124 pada tahun 2015 yang masih didominasi oleh asfiksia, BBLR dan infeksi. (Profile Dinkes Jawa Barat, 2018).

World Health Organization (WHO) pada tahun 2017 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia masih tinggi dengan jumlah 289.000 jiwa. Beberapa Negara berkembang AKI yang cukup tinggi seperti di Afrika sebanyak 179.000 jiwa, Asia Selatan sebanyak 69.000 jiwa, dan di Asia Tenggara sebanyak 16.000 jiwa. AKI di Negara – Negara Asia Tenggara salah satunya di Indonesia sebanyak 190 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2017).

Menurut WHO, kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) atau insiden PROM (*prelabour rupture of membrane*) berkisar antara 5 hingga 10% dari semua kelahiran. KPD preterm terjadi 1% dari semua kehamilan dan 70% kasus KPD terjadi pada kehamilan aterm. Pada 30% kasus KPD merupakan penyebab kelahiran prematur (Rohmawati & Fibriana, 2018).

Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan angka kematian ibu dan neonatus di Indonesia pada tahun 2015 masing-masing ialah 305 per 100.000 kelahiran hidup dan 32 per 1.000 kelahiran

hidup. Salah satu penyebab mortalitas ibu dan neonatus adalah kejadian ketuban pecah dini (Kemenkes, 2017).

Jumlah kematian ibu per kabupaten/ kota provinsi Jawa Barat periode bulan Januari – Juli tahun 2020 sebesar 416 kasus, jumlah kasus kematian ini hampir sama dengan tahun 2019 (417), namun pada tahun 2020 ini masih cenderung ada kenaikan karena belum semua kab/kota melaporkan kematian ibu. Tahun 2019- 2020, kasus kematian ibu tertinggi di Kabupaten Bogor. Penyebab kematian ibu masih didominasi oleh perdarahan 28% dan hipertensi 29%, meskipun penyebab lain-lain juga masih tinggi yaitu 24% (Dinas kesehatan Provinsi Jawa Barat,2020). Jumlah kematian ibu di Kabupaten Garut pada tahun 2020 yaitu sebanyak Lima puluh delapan (58) kasus dari total kelahiran sebanyak lima puluh dua ribu dua ratus lima puluh enam (52.256) dengan rasio 110,99. Kematian Ibu pada tahun 2020 yang disebabkan pendarahan sebanyak dua belas (12) kasus, hipertensi dalam kehamilan/ekslamsia sebanyak dua belas (12) kasus, gangguan sistem peredaran darah sebanyak sepuluh kasus (10), gangguan metabolik sebanyak sembilan (9) kasus serta penyebab lain-lain lima belas (15) kasus. Dari seluruh 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. (Dinkes Jawa Barat 2020).

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

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut : “ Bagaimana Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. S usia 21 tahun G2P1A0 gravida 31-32 minggu dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan dan memberikan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny. S Umur 21 Tahun G2P1A0 Gravida 31-32 Minggu di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2022 dengan manajemen kebidanan Varney dan metode dokumentasi SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. S Umur 21 Tahun G2P1A0 Gravida 31-32 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut.
- b) Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. S Umur 21 Tahun G2P1A0 Gravida 31-32 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut.

- c) Menganalisa pada Ny.S Umur 21 Tahun G2P1A0 Gravida 31-32 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut.
- d) Melakukan penatalaksanaan pada Ny. S Umur 21 Tahun G2P1A0 Gravida 31-32 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut.
- e) Melakukan pendokumentasian pada Ny. S Umur 21 Tahun G2P1A0 Gravida 31-32 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Metode Pengumpulan Data

Penulis melakukan asuhan kebidanan secara langsung kepada pasien.

Adapun teknik pengumpulan data yaitu dengan cara :

- a) Observasi
Dengan pengamatan langsung pada keadaan pasien dan keadaan psikologis dan keadaan umumnya untuk mendapatkan data objektif.
- b) Wawancara
Wawancara dilakukan pada Ny.S untuk mendapatkan data subjektif.
- c) Pemeriksaan Fisik
Pemeriksaan fisik dilakukan pada Ny. S untuk mendapatkan data objektif.
- d) Studi Kepustakaan
Studi kepustakaan dilakukan untuk mendapatkan materi-materi secara teoritis mengenai KPD

e) Studi Dokumentasi

Data sekunder yang didapatkan oleh penulis dari rekam medik atau status pasien.

1.5 Waktu dan Tempat Penelitian

1.5.1 Waktu Penelitian

Adapun Karya Tulis Ilmiah dilaksanakan pada tanggal 20 April 2024

1.5.2 Tempat Penelitian

Lokasi karya Ilmiah Akhir ini di RSUD dr. Slamet Garut.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Bagi Tempat Pelayanan Kesehatan

Hasil Karya Ilmiah Akhir diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan yang bermanfaat bagi tempat pelayanan kesehatan untuk lebih meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini.

1.6.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat menambah referensi dan informasi bagi mahasiswa kebidanan khususnya dan umumnya bagi semua pembaca serta bisa dijadikan sebagai perbandingan bagi Karya Ilmiah Akhir selanjutnya.

1.6.3 Bagi Penulis

Sebagai sarana pembelajaran untuk mengaplikasikan teori yang sudah diperoleh selama perkuliahan khususnya sebagai salah satu syarat kelulusan (Karya Ilmiah Akhir).

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Persalinan Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)

2.1.1 Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. 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 dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Jannah,2015).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan, bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini dalam kehamilan prematur. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini, ketuban pecah dini pada prematur terjadi pada 1% kehamilan (Prawirohardjo,2018).

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau dimulainya tanda inpartu(Kemenkes,2015). KPD adalah pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan(Sukarni & P Wahyu, 2013).

Ketuban pecah dini atau *spontaneous/early/premature rupture of the membrane* (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu, yaitu pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan yang pada multi kurang dari 5cm (Saifuddin,2012).

Ketuban pecah dini atau premature rupture of membranes (PRPM) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan. Sebagian besar ketuban pecah dini terjadi diatas 37 minggu kehamilan, sedangkan dibawah 36 minggu tidak terlalu banyak.

2.1.2 Etiologi Ketuban Pecah Dini

Walaupun banyak publikasi tentang ketuban pecah dini, namun penyebabnya masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan factor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun factor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui kemungkinan yang terjadi 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 ditempat tersebut. Bila terdapat bakteri patogen di dalam vagina maka frekuensi amnionitis, endometritis, infeksi-infeksi neonatal akan meningkat 10 kali (akibat persalinan dan kuretase) (Faadlun,dkk 2012)
- 2). Serviks inkompeten, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan dan kuretase). (Prawirohardjo,2013).
- 3) Riwayat KPD sebelumnya berisiko 2-4 kali mengalami KPD kembali,

patogenesis terjadinya ketuban pecah dini secara singkat adalah akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membrane sehingga memicu terjadinya KPD dan KPD preterm terutama pada pasien resiko tinggi.

- 4). Status hubungan seksual, berhubungan 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 3x seminggu ternyata lebih berisiko, posisi koitus suami diatas dan menekan dinding perut penetrasi penis yang sangat dalam merupakan fator resiko terjadinya ketuban pecah dini (Handayani, 2017).
- 5). Paparan asap rokok, wanita hamil yang terpapar asap rokok seringkali mengalami gangguan selama kehamilan seperti abortus, berat badan lahir rendah, preeklampsi, abruptio plasenta dan ketuban pecah dini. Hal ini terjadi karena kandungan tar dalam asap rokok merupakan radikal bebas yang akan merusak komponen molekul utama dari sel tubuh dan dapat mengganggu integritas sel, berkurangnya elastisitas membran, termasuk selaput ketuban sehingga rentan mengalami ruptur. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Milnerowicz tahun 2001 di polandia menyebutkan bahwa asap rokok dapat menyebabkan toksisitas sehingga mengganggu aktivasi lapisan membran selaput ketuban. Nikotin yang dihirup oleh perokok aktif maupun pasif di dalam tubuh mengalami metabolisme menjadi kotinin.

Kotinin ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi paparan tembakau. Kandungan kotinin pada perokok baik aktif maupun pasif dapat ditemukan dalam plasma darah, urine maupun air liur, sehingga pada wanita hamil KPD sebagian besar kandungan kotinin dalam urinnya positif. Namun demikian tidak semua wanita hamil KPD yang terpapar asap rokok mempunyai kandungan kotinin urin positif, hal ini terjadi karena kotinin sebagai hasil metabolisme nikotin jumlahnya tergantung dari besarnya paparan yang dialami oleh masing-masing individu.

2.1.3 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 dini artifisial, yang menyebabkan kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi dalam selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban. (*Jurnal Penelitian Perbedaan Kejadian Ketuban Pecah Dini Antara Primipara dan Multipara, 2018*).

2.1.4 Tanda dan gejala

Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah :

1. Keluarnya cairan merembes melalui vagina.
2. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau ammonia,

mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.

3. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering, karena cairan ini terus di produksi sampai proses persalinan. Tetapi bila ibu duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah di bawah biasanya akan mengganjal dan menyumbat kebocoran untuk sementara.
4. Demam, bercak darah yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat itu merupakan tanda-tanda infeksi (Manuaba,2018).

2.1.5 Komplikasi

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

1. Bagi janin
 - a. Infeksi maternal maupun neonatal

Resiko terjadi infeksi pada kejadian ketuban pecah dini akan meningkat. Pada ibu terjadi korioamnionitis, dan pada bayi dapat terjadi septicemia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi.

- b. Persalinan prematur

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 dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan lain.

Meningkatnya insidensi seksio sesarea atau gagalnya persalinan normal. (Prawirohardjo,2018).

2. Bagi Ibu

a. Partus lama

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

b. Perdarahan post partum

Adanya penggunaan narkosa pada penanganan ketuban pecah dini.

c. Atonia uteri

Bila saat ketuban pecah serviks belum matang dan belum membuka sehingga akan memperlama proses persalinan 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,2018).

2.1.6 Diagnosis

Diagnosis KPD ditegakan 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 warna keluarnya cairan tersebut, his belum teratur atau belum ada dan belum pengeluaran lendir dan darah.

2). Infeksi

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

3). Pemeriksaan speculum

Pemeriksaan dengan speculum pada KPD akan tampak keluar cairan dari *Ostium Uteri Exsternum (OUE)*, kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau maneuver valsava, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada *forniks anterior*.

4). Pemeriksaan dalam

- a. Di dalam vagina didapatkan cairan dan selaput ketuban yang sudah tidak ada lagi.
- b. Mengenai pemeriksaan dalam vagina, dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam. Karena pada waktu pemeriksaan dalam akan mengakumulasi segmen bawah Rahim dengan flora vagina normal, mikroorganisme tersebut bias dengan cepat menjadi patogen.
- c. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan jika KPD yang sudah dalam persalinan atau dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin.

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

b). Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan

ketuban dalam cavum uteri, pada kasus KPD terlihat jumlah cairan yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita *oligohidramnion* (Pnpk,2018)

6). Tentukan ada tidaknya infeksi

Tanda-tanda infeksi diantaranya sebagai berikut : a). Suhu ibu lebih dari 38 c. Air ketuban keruh dan berbau

b). Pemeriksaan ketuban dengan LEA (Leukosit Esterase) leukosit darah > 15.000/mm.

c). Janin yang mengalami takikardi mungkin mengalami stress intrauterine.

2.1.7 Pengaruh KPD Terhadap Ibu dan Janin

a. Pengaruh terhadap janin

Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung Antara dunia luar dan ruangan dalam rahim, sehingga memudahkan terjadinya infeksi asenden. Semakin lama periode laten akan semakin besar kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas dan meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian janin dalam rahim. Bisa juga menyebabkan bayi hipoksia dan asfiksia, seluruh organ bayi belum utuh, kematangan paru janin masih rendah (Manuaba,2013).

b. Pengaruh terhadap ibu

Pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu kemungkinan akan menyebabkan *partus prematur*, mudah terjadinya infeksi *intrauterine*, komplikasi terhadap kehamilan dan persalinan resiko infeksi semakin tinggi (Prawirohardjo,2018).

2.1.8 Sintesis

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

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

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum inpartu yaitu bila pembukaan terjadi pada primipara kurang dari 3cm sedangkan pada multipara kurang dari 5cm, dan apabila ketuban pecah dini, terjadi pada usia kehamilan <37 minggu dinamakan ketuban pecah dini premature.

Tanda dan gejala KPD adalah adanya pengeluaran cairan ketuban pada jalan lahir berbau amis dan tidak beraroma ammonia, bias juga ditentukan dari terdapatnya tanda-tanda infeksi seperti demam, ketuban keruh dan berbau, dan denyut jantung janin bertambah cepat.

Penyebab KPD belum bisa ditentukan secara pasti, namun dari beberapa penelitian penyebab KPD bisa disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya : infeksi, serviks inkompeten, riwayat KPD sebelumnya,

tekanan intra uterin, kelainan letak, pola pekerjaan, hubungan seksual, melahirkan lebih dari 3 kali.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan KPD memerlukan pertimbangan usia kehamilan, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin, dan adanya tanda-tanda persalinan. Penanganan ketuban pecah dini menurut (Prawirohardjo,2018).

1). Konservatif

- a. Rawat dirumah sakit dengan tirah baring.
- b. Berikan antibiotika (ampisilin 4x500mg atau eritromisin bila tidak ada ampisilin dan metronidazol 2x500mg selama 7 hari).
- c. Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu tidak ada tanda infeksi, tes busa negative berikan dexamethasone, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan umur 37 minggu.
- e. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan tokolitik (salbutamol), dexamethasone, dan induksi sesudah 24 jam.
- f. Jika usia kehamilan 32-37 minggu ada infeksi, berikan antibiotic dan lakukan induksi.
- g. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterine).
- h. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memicu

kematangan paru janin, dan jika memungkinkan periksa kadar *lesitin* dan *sphingomyelin* tiap minggu. Dosis dexamethasone 12mg sehari dosis tunggal selama 2 hari IM 5mg setiap 6 jam sebanyak 14 kali (Prawirohardo,2016).

2). Aktif

- a. Kehamilan >37 minggu induksi dengan oksitosin.
- b. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi dan persalinan diakhiri :
- c. Bila skor pelvik <5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi, jika tidak berhasil, akhiri dengan seksi caesar.
- d. Bila skor pelviks >5, induksi persalinan, partus pervaginam.

Penatalaksanaan KPD menurut Manuaba (2018), meliputi :

1. Mempertahankan kehamilan cukup bulan khususnya maturitas paru sehingga mengurangi kejadian kegagalan perkembangan paru yang sehat.
2. Terjadi infeksi dalam Rahim, yaitu korioamnionitis yang menjadi pemicu sepsis, meningitis janin, dan persalinan prematuritas.
3. Pada umur kehamilan 24-32 minggu yang menyebabkan menunggu berat janin cukup, perlu dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan, dengan kemungkinan janin tidak dapat diselamatkan.
4. Menghadapi KPD, diperlukan penjelasan terhadap ibu dan keluarga sehingga terdapat pengertian bahwa tindakan mendadak

mungkin dilakukan dengan mempertimbangkan untuk menyelamatkan ibu dan mungkin harus mengorbankan janinnya.

5. Pemeriksaan yang penting dilakukan adalah USG untuk mengukur distansia biparietal dan perlu melakukan aspirasi air ketuban untuk melakukan pemeriksaan kematangan paru.

2.1.10 Mekanisme Persalinan

Selama proses persalinan, janin melakukan serangkaian gerakan untuk melewati panggul (*seven cardinal movement of labor*) yang terdiri dari

1. Engagement

Engagement telah terjadi ketika bagian terendah janin telah memasuki stasiun nol atau lebih rendah. Pada nulipara, engagement sering terjadi pada awal sebelum persalinan. Namun, pada multipara dan beberapa nulipara, engagement tidak terjadi sampai setelah persalinan dimulai.

2. Turunnya kepala

Penurunan terjadi akibat 3 kekuatan yaitu tekanan dari cairan amnion, tekanan langsung kontraksi fundus pada janin dan kontraksi diafragma serta otot-otot abdomen ibu pada saat kontraksi persalinan, dengan sumbu jalan lahir.

- a. Sinklitismus yaitu ketika sutura sagitalis sejajar dengan sumbu jalan lahir.
- b. Asinklitismus anterior. Kepala janin mendekat kearah promontorium sehingga os parietalis lebih rendah.
- c. Asinklitismus posterior. Kepala janin mendekat kearah simfisis

dan tertahan oleh simfisis pubis.

3. Fleksi

Segera setelah bagian terbawah janin yang turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atau dasar panggul, dalam keadaan normal fleksi terjadi dan dagu didekatkan ke arah dada janin. Fleksi ini disebabkan oleh :

- 4 Persendian leher, dapat berputar ke segala arah termasuk mengarah ke dada.
- 5 Letak leher bukan di garis tengah, tetapi ke arah tulang belakang sehingga kekuatan his dapat menimbulkan fleksi kepala.
- 6 Terjadi terdapat perubahan posisi tulang belakang janin yang lurus sehingga dagu lebih menempel pada tulang dada janin.
- 7 Kepala janin yang mencapai dasar panggul akan menerima tahanan sehingga memaksa kepala janin mengubah kedudukannya menjadi fleksi untuk mencari lingkaran kecil yang akan melalui jalan lahir.

4. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam dimulai pada bidang spina ischiadika. Setiap kali terjadi kontraksi, kepala janin ke arah bawah lengkung pubis dan kepala berputar saat mencapai otot panggul.

5. Ekstensi

Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula-mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala keluar mengikuti sumbu jalan

lahir akibat ekstensi.

6. Putaran paksi luar

Putaran paksi luar terjadi ketika kepala lahir dengan oksiput anterior, bahu harus memutar secara internal sehingga sejajar dengan diameter anteroposterior panggul. Rotasi eksternal kepala menyertai rotasi internal bahu bayi.

7. Ekspulsi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat keatas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simfisis pubis.

Mekanisme terjadinya KPD dapat berlangsung selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi, bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban.

2.1.11 Jenis-jenis Persalinan

1. Persalinan spontan

Proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2. Persalinan buatan

Proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

2.1.12 Persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu :

a. Persalinan kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) sehingga

serviks membuka lengkap (10cm).

Kala satu persalinan terbagi menjadi dua fase, yaitu : 1). Fase laten pada kala satu persalinan

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

2). Fase aktif pada kala satu persalinan

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

b. Persalinan kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) 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(Sumarah,2018).

Gejala dan tanda-tanda kala II persalinan yaitu :

- 1) Ibu merasa ingin meneran bersama dengan terjadinya kontraksi

- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya
- 3) Perineum menonjol
- 4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

f) 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 diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Sumarah 2018).

Tanda-tanda pelepasan plasenta :

- a) Perubahan bentuk dan tinggi uterus
- b) Tali pusat memanjang
- c) Semburan darah mendadak dan singkat

g) Persalinan kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta dari 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 saying ibu dan saying bayi (Sumarah,2018).

2.1.13 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. *Passage* (jalan lahir)
2. *Passenger* (janin dan plasenta)

3. *Power* (kekuatan)
4. Psikologi
5. Penolong (Rohani,2018).

2.1.14 Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. Pendekatan seperti ini berarti bahwa didalam asuhan persalinan normal harus ada alasan yang kuat dan bukti manfaat apabila akan melakukan intervensi terhadap jalannya proses persalinan yang fisiologis. (Prawirohardjo,2018).

2.2 Bayi Berat Lahir Rendah

2.2.1 Definisi

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi.

Berat lahir adalah berat bayi yang di timbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir (Julina, 2017).

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram) (Prawirohardjo, 2013).

2.2.2 Penyebab terbanyak kejadian BBLR

1. Faktor ibu
 - a) Penyakit

Seperti malaria, anemia, sipilis, infeksi TORCH, dan lain-lain.

b) Komplikasi pada kehamilan

Komplikasi yang terjadi pada kehamilan ibu seperti perdarahan antepartum, preeklamsia berat, eklamsia, dan kelahiran preterm.

c) Hubungan preeklamsia dengan BBLR

Preeklamsia dapat mengganggu pertumbuhan janin yaitu terjadi retroplasenter sirkulasi sehingga menimbulkan kekurangan nutrisi O₂, vitamin dan yang lainnya. Akibatnya dapat menimbulkan tumbuh kembang terhambat, dan terjadi untuk masa kehamilan. (Nurliawati, 2014)

d) Usia ibu dan paritas

Faktor usia ibu bukanlah faktor utama kelahiran BBLR, tetapi kelahiran BBLR tampak meningkat pada wanita yang berusia diluar usia 20-35 tahun (Triana, Ani, dkk, 2015).

e) Status gizi ibu selama hamil

Selama kehamilan, untuk pertumbuhan janin dan perkembangan tubuh, ibu memerlukan tambahan energi dan protein sebanyak 300 kkal dan 17 gr protein per harinya dari kebutuhan energi yang dibutuhkan sebelum terjadi kehamilan (Kemenkes RI, 2015).

f) Pertambahan berat tubuh ibu selama hamil

Pertambahan berat yang lebih besar menghasilkan bayi yang besar, tetapi jika pertambahan berat ini dihasilkan oleh

makanan yang tidak bergizi, bayinya bisa kecil dan ibunya gemuk (Andriani, 2016).

2. Faktor janin

a) Faktor generik

Orang tua yang tubuhnya besar, cenderung mempunyai bayi besar, kemungkinan bayinya mengikuti tubuh yang kecil. Salah satu cara pengaturan alam agar sang ibu terhindar dari kesulitan persalinan. Bila secara generik bayi ditakdirkan mengikuti ayahnya, maka pertumbuhan akan berlangsung dengan cepat pada tahun pertama untuk menyusul ketertinggalan karena berat badan bayi kecil.

b) Kehamilan ganda

Bayi-bayi kembar umumnya ber berat lebih rendah dari bayi tunggal, berat badan kedua janin pada kehamilan kembar tidak sama, dapat berbeda antara 500 sampai 1.000 gram, karena pembagian darah pada plasenta untuk kedua janin tidak sama.

c) Faktor kelainan kongenital

Infeksi ibu hamil seperti rubella, gangguan vaskuler khususnya kapiler endothelial dan dapat menimbulkan gangguan kongenital gangguan sel berupa sitolis sehingga dapat menimbulkan gangguan fungsi sel. (Wiknjosastro,2013).

3. Faktor placenta

a) Bagaimana patofisiologinya

Plasenta yang tidak memadai dapat mengganggu pertumbuhan janin, dengan akibat bayi yang kecil.

b) Bagaimana bentuk plasentanya

Sirkumvalata Terdapat hematoma placenta Lebar dan tebalnya

c) Insersi tali pusat

Sentral- parasentral (normal) Marginalis Inservio
Velamentosa (Wiknjosastro,2013).

2.2.3 Diagnosis Kemungkinan Kecil Masa Kehamilan (KMK) Janin.

Untuk dapat menegakan diagnosis kemungkinan terjadinya KMK bayi diantaranya sebagai berikut :

1. Saat pertemuan sebelum hamil :

a) Terdapat riwayat abortus.

b) Ibu mempunyai penyakit menahun, seperti: hipertensi, penyakit gagal ginjal, penyakit hati, perokok, peminum alkohol maupun kecanduan obat.

2. Saat hamil dapat diduga :

a) Perdarahan pada kehamilan

b) Kemungkinan kelainan plasenta

c) Kehamilan ganda

3. Hasil pemeriksaan ibu hamil

a) Kesan umum besarnya uterus lebih kecil dari perkiraan umur

kehamilan.

- b) Bertambahnya berat badan ibu hamil kurang
- c) Tingginya fundus uterus kurang sekitar 2-3 cm dari seharusnya.
- d) Pola aktivitas janin intrauterine tidak sesuai. (Julina, 2017).

2.3 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

2.3.1 Pengertian Dokumentasi

Dokumen adalah suatu catatan otentik yang dapat dijadikan bukti dalam masalah hukum. Dokumentasi kebidanan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang dimiliki bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan sendiri. (Wildan dan Hidayat, 2009)

Dalam Permenkes RI No. 28 tahun 2017 pasal 28 salah satu kewajiban bidan yaitu melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya yang diberikan secara sistematis.

2.3.2 Tujuan Dokumentasi

Tujuan Dokumentasi profesi

- a. Mengidentifikasi status kesehatan klien
- b. Dokumentasi untuk penelitian, hukum.
- c. Bukti kualitas asuhan kebidanan
- d. Dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggung jawab etik.
- e. Mempertahankan kerahasiaan informasi klien.
- f. Data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan

mendatang

g. Informasi untuk mahasiswa

h. Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.

2.3.3 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Model dokumentasi yang digunakan dalam asuhan kebidanan yaitu dalam bentuk asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus-menerus dengan menggunakan subjektif, objektif, analisa dan penatalaksanaan (SOAP) yang merupakan salah satu model pendokumentasian

1 Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien melalui anamnesis. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosis.

2 Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium, catata medis dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3 Analisa

Analisa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (Kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

4 Planning atau Penatalaksanaan

Penatalaksanaan merupakan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi ataupun rujukan. Tujuannya untuk mengusahakan tercapainya kondisi klien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraan (Handayani,dkk,2017).

2.4 Protap Penanganan KPD

Protap penanganan KPD di RSUD dr. Slamet Garut adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1

Protap penanganan KPD di RSUD dr. Slamet Garut

Panduan Praktik Klinis	Ketuban Pecah Dini
PENGERTIAN	Ketuban pecah dini adalah robeknya selaput korioamnion dalam kehamilan (Sebelum onset persalinan berlangsung). Dibedakan: 1. PPRM (Preterm Premature Rupture of Membranes) Ketuban pecah pada saat usia kehamilan < 37 minggu. 2. PROM (Premature Rupture of Membranes) Ketuban pecah saat usia kehamilan > 37 minggu.
TUJUAN	Sebagai acuan Langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien dengan ketuban pecah dini di ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr. Slamet Garut.
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. Kep/obg/003/069/2016 Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut

<p>PROSEDUR</p>	<p>KRITERIA DIAGNOSIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Umur kehamilan > 20 minggu 2. Keluar cairan ketuban dari vagina 3. Pemeriksaan speculum: terlihat cairan ketuban dari ostium uteri eksternum 4. Kertas nitrazin merah akan jadi biru 5. Mikroskopis terlihat lanugo dan verniks kaseosa <p>DIAGNOSIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fistula vesicovaginal dengan kehamilan 2. Stress inkontinensia <p>PEMERIKSAAN PENUNJANG</p> <p>USG: menilai jumlah cairan ketuban, menentukan usia kehamilan, berat janin, letak janin, kesejahteraan janin dan letak plasenta.</p>
	<p>PENGELOLAAN</p> <p>a. Konservatif</p> <p>Pengelolaan konservatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun janin), pada usia kehamilan 28-34 minggu dirawat selama 2 hari.</p> <p><i>Selama perawatan di lakukan</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi kemungkinan adanya amnionitis / tanda tanda infeksi. <ul style="list-style-type: none"> - Suhu ibu > 38°C takikardi ibu, leukositosis, tanda-tanda infeksi intrauterine, rasa nyeri pada Rahim, sekret vagina purulen. - Janin: takikardi janin 2. Pengawasan timbulnya tanda persalinan. 3. Pemberian antibiotika p.o (sefadroksil 2x500 mg, Eritromisin 4x500mg) selama 3-5 hari atau antibiotika spektrum luas lain yang sensitif. 4. Ultrasonografi untuk menilai kesejahteraan janin. 5. Bila ada indikasi untuk melahirkan janin dilakukan pematangan paru janin dan proteksinotak janin.

	<p>Kriteria diagnosis amnionitis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Febis 2. Leukositosis 3. Takikardi 4. Cairan ketuban mungkin Berbau. <p>b. Aktif</p> <p>Pengelolaan aktif pada KPD dengan umur kehamilan > 34 minggu (Terminasi kehamilan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bila ada tanda-tanda Infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri: <ol style="list-style-type: none"> a. Bila skor pelviks <5, lakukan pematangan serviks kemudian induksi, jika tidak berhasil akhiri dengan sectio caesarean. Bila Skor pelviks >5, b. Induksi persalinan, partus pervaginam. 2. Timbulnya tanda tanda persalinan 3. Gawat janin <p>PENYULIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infeksi, sepsis Kematian janin karena infeksi atau disebabkan karena prematuritas.
--	---

BAB III
TINJAUAN KASUS

**3.1 Asuhan Kebidanan Pada ibu Bersalin Ny. S Usia 21 Tahun
G₂P₁A₀ Gravida 31 – 32 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini Di
RSUD dr. Slamet Garut**

3.1.1 KALA I

Hari/tanggal pengkajian : Rabu, 20
April 2024 Jam : 07.45 WIB
Tempat : Ruang VK
Pengkaji : Iceu Kartini
No. Medrek :

1. Data Subjektif

a) Identitas	Ibu	Suami
Nama	Ny.S	Tn. N
Umur	21 tahun	23 thn
Suku Bangsa	Sunda	Sunda
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMK	SMK
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Buruh
Alamat	: Tarogong Kidul	

b) Alasan Datang

Rujukan dari puskesmas dengan diagnosis KPD. Ibu ke

Puskesmas Haurpanggung pukul 13:00 WIB.

c) Keluhan utama

Ibu mengelus mules. Ibu mengatakan hamil 31-32 minggu, mengeluh mules sejak kemarin sejak jam 10.00 WIB gerakan janin masih dirasakan ibu, keluar cairan sejak jam 11.00 WIB.

d) Riwayat Obstetri

1. Riwayat Menstruasi

Siklus Haid : 28 hari dan teratur

Lama Haid : 5-6 hari

Keluhan : Tidak ada keluhan

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan kedua. Ibu mengatakan merasakan gerakan janin pada usia kehamilan ± 4 bulan. Pada kehamilannya ibu mengkonsumsi obat-obatan yang diberikan oleh bidan, yaitu tablet Fe dan multivitamin.

e) Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami kanker rahim, kuretase, tumor, dan SC.

f) Riwayat Kehamilan Persalinan dan Nifas yang Lalu

Ibu mempunyai anak berusia 1 tahun, jenis kelamin laki-laki, berat badan waktu bayi 2600 gram, melahirkan di puskesmas, melahirkan dengan spontan dan ditolong oleh bidan dan usia kehamilan cukup bulan(9 bulan).

g) Riwayat Kesehatan

Ibu mengatakan tidak sedang dan tidak pernah menderita penyakit : jantung, DM, Hipertensi, TBC, Ginjal, dan lain-lain. Begitupun dengan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit tersebut.

h) Riwayat Psikososial

1. Dukungan Suami dan Keluarga

Ibu mengatakan suami dan keluarga merasa sangat bahagia dan merespon baik atas kehamilannya.

2. Pengambilan Keputusan

Ibu mengatakan yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah suami.

3. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan ini pernikahan yang pertama, lama pernikahan ± 1 tahun. Usia ibu saat menikah 20 tahun dan suami 22 tahun.

i) Riwayat KB

Ibu sebelumnya menggunakan kb suntik 3 bulan kurang lebih 4 bulan. Rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan setelah bersalin yaitu kontrasepsi IUD.

j) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

1. Frekuensi makan : 2-3 x/hari
2. Menu makan : Ibu makan dengan menu bervariasi

- 3. Pantangan makan : Tidak ada.
- 4. Frekuensi minum : 6-7 gelas/hari.

b) Pola Eliminasi

- 1. BAB : 1 x sehari.
- 2. BAK : 5-6 x sehari.

c) Pola Tidur

- 1. Malam : 7-8 jam.
- 2. Siang : 1-2 jam.
- 3. Masalah : Tidak ada.

d) Aktifitas

Ibu mengatakan aktifitas sehari-hari mengerjakan rumah tangga seperti memasak, menyapu, mengepel.

e) Seksual

Ibu mengatakan selama hamil tidak ada perubahan dalam berhubungan seksual dengan suami.

f) Perilaku Hidup Sehat

Ibu mengatakan mandi dan menggosok gigi 2 kali sehari, keramas 4 kali dalam seminggu, kebiasaan mengganti pakaian dalam 2x sehari, tidak ada kebiasaan merokok dan minum-minuman keras.

2. Data Objektif

a) Pemeriksaan Umum

Kedadaan umum : baik

Keadaan emosional : stabil.

Kesadaran : Composmentis.

b) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 84x/menit

Respirasi : 24 x/menit

Suhu : 36,7 °C

c) Antropometri

TB : 161 cm

BB sebelum hamil : 46kg

BB setelah hamil : 52 kg

Kenaikan BB : 6kg IMT : 17,7

LILA : 24cm

d) Pemeriksaan fisik

1) Muka : tidak ada oedema, cloasma gravidarum tidak ada.

2) Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih.

3) Payudara : simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, puting susu menonjol, pengeluaran kolostrum tidak ada.

4) Abdomen

a. Inspeksi

Tidak ada luka bekas operasi, tidak terdapat linea nigra dan striae gravidarum, pembesaran perut lebih besar dari umur

kehamilan

Leopold I : Pada fundus teraba bagian keras, melenting dan bundar (kepala). TFU = 27 cm.

Leopold II : Pada samping kiri teraba bagian keras, memanjang (punggung).

Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, dan keras (kepala), sudah masuk PAP.

Leopold IV : Divergent 4/5.

His : 3x10'25"

b. Auskultasi

DJJ di sebelah kiri bawah pusat : 133 x/menit

5) Ekstermitas

Atas : Jari lengkap, kuku tidak pucat, tidak oedema.

Bawah : Jari lengkap, kuku tidak pucat, oedema, refleksi patela (+/+).

6) Pemeriksaan Genetalia

a. Genetalia Eksterna

Vulva vagina : Tidak ada oedema, tidak ada varices.

b. Genetalia Internal

Portio : Tipis lunak

Pembukaan : 5-6 cm

Ketuban : TidakUtuh

Presentasi : Kepala

Penurunan kepala : Hodge I

Molase : Tidak ada

Data Penunjang

Swab Antigen : Non Reaktif

Hemoglobin : 12,6 g/dL

Protein Urine : Negatif

Glukosa Urine : Negatif

HIV : Negatif

HbsAg : Negatif

3. Analisa

G2P1A0 parturien preterm 31-32 minggu kala I fase aktif dengan Ketuban Pecah Dini janin tunggal.

4. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan, ibu mengerti.
2. Melakukan pemeriksaan fisik, observasi KU, TTV, DJJ.
3. Mempersiapkan perlengkapan ibu dan bayi, perlengkapan ibu dan bayi telah disiapkan.
4. Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman (miring ke kiri).
5. Memberi dukungan pada ibu, ibu merasa tenang.
6. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum.
7. Menganjurkan ibu untuk mengatur nafas saat ada his, ibu bersedia.
8. Menyiapkan Partus set, partus set telah disediakan.
9. Mengobservasi kemajuan persalinan dan kesejahteraan janin ke dalam lembar partograf dan lembar observasi, lembar partograf dan

lembar observasi terlampir.

10. Melanjutkan observasi

3.1.2 KALA II

Jam 10.45 WIB

1. Data Subjektif

Ibu mengatakan mulesnya semakin kuat, ibu merasa ingin BAB mendedan.

2. Data Objektif

a) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : baik

Kesadaran : composmentis

Keadaan emosional : stabil

b) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 85 x/menit

Respirasi : 23 x/menit

Suhu : 36,8 °C

c) His : 4x10'45''

d) DJJ : 138 x/menit

e) Pemeriksaan dalam :

a. Genetalia Eksternal

Vulva Vagina : Tidak ada oedema, tidak ada varices,
terdapat stosis di lubang vagina

b. Genitalia Internal

Portio : Tidak Teraba
Pembukaan : 10 cm
Ketuban : Sudah pecah
Presentasi : Kepala
Penunjuk : Ubun-ubun kecil, kanan depan
Penurunan kepala : Hodge IV
Molase : Tidak ada

3. Analisa

G1P2A0 Gravida 31-32 minggu kala II dengan Ketuban Pecah Dini janin tunggal hidup.

4. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti.
2. Mempersiapkan diri untuk menolong persalinan.
3. Mendekatkan partus set di dekat ibu.
4. Memberikan semangat dan dukungan pada ibu, ibu merasa tenang.
5. Mengobservasi keadaan umum, kesadaran dan keadaan emosional.
6. Mengatur posisi ibu.
7. Menganjurkan ibu untuk meneran apabila ada his dan istirahat apabila tidak ada his, ibu bersedia
8. Memimpin persalinan jam 11.00 WIB.

Bayi lahir spontan presentasi kepala, berat badan bayi 1920gram, bayi dilahirkan dari jalan lahir dengan sanggah susur, menangis spontan, warna kemerahan, gerakan aktif, jenis kelamin perempuan, bayi jepit potong- potong, dan dibawa ke ruang perinatologi.

3.1.3 KALA III

Jam 11.02 WIB

1. Data Subjektif

Ibu masih merasakan mules

2. Data Objektif

a) Pemeriksaan

Umum Keadaan

umum : Baik

Kesadaran :

Compos mentis Keadaan

emosional : Stabil

b) Abdomen : Kontraksi uterus baik, TFU sepusat

c) Genetalia : Tampak tali pusat di depan vulva

d) Terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta, ada semburan darah, uterus globuler, tali pusat memanjang.

3. Analisis

P2A0 kala III dengan preterm

4. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti.
2. Melakukan pengecekan janin kedua, tidak ada
3. Melakukan manajemen aktif kala III:
 - Menyuntikan oxytosin 10 iu di 1/3 paha bagian luar secara IM, oxytosin telah diberikan.
 - Melakukan PTT (peregangan tali pusat terkendali), plasenta lahir spontan kesan lengkap jam 11.07 WIB.
4. Melakukan massase uterus 15 x 15” kontraksi uterus baik.
5. Mengecek plasenta, plasenta utuh tali pusat tampak segar.

3.1.4 Kala IV

Jam 11.25 WIB

1. Data subjektif

Ibu mengatakan merasa senang dengan kelahiran bayinya, dan masih merasakan mules.

2. Data objektif

a. Pemeriksaan umum

Kedadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Keadaan emosional : stabil

b. Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 84 x/menit

Respirasi : 21 x/menit

Suhu : 36,3 °C

c. Abdomen

Kontraksi uterus : baik

TFU : 1 jari dibawah pusat

Kandung kemih : kosong

d. Genetalia

Perdarahan : ±150 cc

Perineum : Tidak ada laserasi

3. Analisa

P2A0 kala IV

4. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu mengenai pemeriksaan dalam batas normal, ibu mengerti.
2. Membersihkan seluruh tubuh ibu dari kotoran darah, cairan lainnya dan mengganti pakaiannya.
3. Memberitahu ibu mengenai massase uterus, ibu mengerti.
4. Menganjurkan ibu agar melakukan mobilisasi dini.
5. Menganjurkan ibu untuk minum dan makan, ibu menghabiskan 2 kue.
6. Menganjurkan ibu untuk istirahat, ibu bersedia.

7. Melakukan dekontaminasi alat, alat telah didekontaminasi.
8. Melakukan pemantauan kembali, setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam ke dua yaitu kontraksi uterus, perdarahan, serta observasi TTV dan kandung kemih
9. Melengkapi partograf dan melakukan pendokumentasian ke dalam SOAP.
10. Melanjutkan observasi hingga 2 jam post partum.

3.1.5 Asuhan pada Ibu Nifas 2 Jam Post Partum

Jam 14:10WIB

1. Data subjektif

Ibu mengatakan keadaannya semakin membaik.

2. Data objektif

a) Pemeriksaan umum

Keadaan umum	: baik
Kesadaran	: composmentis
Keadaan emosional	: stabil

b) Tanda – tanda vital

Tekanan darah	: 120/80 mmHg
Nadi	: 84 x/menit
Respirasi	: 22 x/menit
Suhu	: 36,5 °C

a) Pemeriksaan fisik

1). Mata	: konjungtiva merah muda, sklera
----------	----------------------------------

putih

2). Payudara : bentuk simetris, pembengkakan tidak ada, puting susu menonjol, colostrum(-), nyeri tekan tidak ada.

3). Abdomen : Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong.

4). Genitalia : Perdarahan normal, lochea rubra.

5). . Ekstremitas ;

- Atas : Kuku tidak pucat, tidak edema, terpasang infus di jari sebelah kanan.

- Bawah : Kuku tidak pucat, tidak edema, dan tidak ada varises, reflek patella.

3. Analisa

P2A0 2 jam post partum

4. Penatalaksanaan

1). Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu, ibu mengerti.

2). Mengobservasi keadaan umum ibu, TTV, kontraksi uterus, perdarahan, involusi uterus, kandung kemih, keadaan ibu baik.

3). Memberitahu pada ibu mengenai cara mencegah perdarahan dengan masase uterus, ibu Mengerti.

- 4). Menganjurkan ibu mobilisasi dini, ibu miring kiri dan miring kanan.
- 5). Menganjurkan ibu untuk banyak istirahat, ibu bersedia.
- 6) Memberikan konseling tentang tanda – tanda bahaya nifas, diantaranya pendarahan hebat, lochea berbau, pusing yang hebat dll, ibu mengerti.
- 7) Memberitahu ibu mengenai perawatan pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah, ibu mengerti.
- 8) Melakukan pendokumentasian ke dalam SOA

3.1.6 Asuhan Bayi Baru Lahir

1. Data Subjektif

Bayi Ny. S lahir spontan pukul 11.00 WIB

2. Data Objektif

Bayi Ny. S lahir spontan pada tanggal 20 April 2024 pada pukul 11;00 WIB, bayi segera menangis, warna kulit kemerahan, tonus otot kuat, gerakan aktif, jenis kelamin perempuan.

3. Analisa

Neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan.

Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bayinya telah lahir, ibu tampak senang atas kelahirannya.
2. Membungkus dan mengeringkan bayi kecuali telapak tangan, mengganti kain yang basah dengan yang kering.
3. Melakukan pemasangan klem umbilical dan pemotongan tali

pusat , sudah dilakukan.

4. Memberikan bayi kepetugas ruangan perinatology untuk mendapatkan tindakan diruang bayi.

3.1.7 Mariks Tinjauan Teori dan Kasus

Tabel 3.2 Matriks Tinjauan Teopri dan Kasus

No	Masalah	Pengertian	Penyebab		Tanda/gejala		Planning/intervensi		Evidence Base
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	Teori	Praktek	
1.	Ketuban pecah dini	1. Ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan berupa dari vagina setelah kehamilan 22 minggu. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung, pecahnya selaput ketuban	1. Infeksi terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD. 2. Tekanan intrauterin yang meningkat	1. Penyebab terjadinya ketuban pecah dini pada Ny. S yaitu karena kelelahan dalam melakukan aktivitas (pekerjaan rumah), ini sesuai dengan teori (TahirS,2012) bahwa pola pekerjaan merupakan penyebab	1. Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. 2. Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amonia, mungkin cairan tersebut	1. Ibu merasa akan keluar cairan pada jalan lahirnya. 2. Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amonia, mungkin cairan tersebut	1. Rawat dirumah sakit dengan tirah berbaring. 2. Berikan antibiotik ampisilin 4x500mg, bila tidak ada berikan metronidazole 2x500mg 3. Jika umur kehamilan >37 minggu, belum inpartu,	1. Konsultasi dengan dokter. 2. Pasang infus. 3. Pemberian antibiotik cefotaxime. 4. Memberikan drip oxytocin 5 IU dalam 500 ml cairan RL 20 tpm. 5. Observasi setiap 15 menit	Pasien dengan ketuban pecah dini harus dirawat karena harus dilakukan induksi dengan menggunakan oxytocin dalam 6-12 jam setelah pecahnya ketuban. Induksi oxytosin lebih aman dan efektif.

		<p>dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm (Saifuddin, 2013).</p> <p>2. KPD prematur, pada kehamilan kurang dari 32 minggu akan meningkatkan resiko kematian bayi, infeksi cacat pada bayi akibat tekanan oleh dinding Rahim.</p>	<p>secara berlebihan, misalnya trauma, oleh beberapa ahli disepakati sebagai faktor predisposisi atau penyebab terjadinya KPD. Trauma yang didapatkan misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam maupun amniosintesis menyebabkan KPD karena biasanya disertai</p>	<p>terjadinya KPD. Hubungan seksual dengan frekuensi melebihi 3x dalam seminggu</p>	<p>masih merembes atau menetes, pucat dan bergaris merah.</p> <p>3. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran.</p> <p>4. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut</p>		<p>tidak ada tanda infeksi tes busa negative berikan dexamethasone, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada umur kehamilan >37 minggu.</p> <p>4. Jika usia kehamilan 32- 37 minggu sudah inpartu tidak ada infeksi, berikan tokolitik,</p>	<p>sekali.</p> <p>6. Persalinan spontan pervaginam.</p>	
--	--	---	--	---	--	--	---	---	--

		<p>Pada kehamilan diatas 32 minggu, kondisi bayi dianggap sudah lebih kuat untuk menghadapi dunia luar.</p>	<p>infeksi. 3. Pola aktivitas 4. s/pekerjaan (TahirS,2012). 5. <i>Serviks Inkompeten</i> (Prawirohardjo,2013). 6. Kelainan bawaan selaput ketuban (Manuaba,2010)</p>		<p>jantung janin bertambah cepat merupakan tanda infeksi yang terjadi (Nugroho,2012).</p>		<p>dexamethasone, dan induksi setelah sesudah 24 jam. 5. Jika usia kehamilan 32- 37 minggu ada infeksi, berikan antibiotic dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda 6. infeksi(susu, leukosit,tanda infeksi intra uterin). 7. Pada usia kehamilan</p>		
--	--	---	---	--	--	--	--	--	--

							n 32- 37 minggu berikan steroid untuk memacu kematanga n paru janin, dan bila memungki nkaa n berikan kadar lesitin dan spingomiell in tiap minggu		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Data Subjektif

Pasien datang ke RSUD Dr. Slamet Garut pada hari Selasa tanggal 19/04/2024 pukul 15:55 WIB dengan rujukan Puskesmas, setelah itu dilakukan anamnesa yang didapatkan Ny. S umur 21 tahun G2P1A0 hamil 7 bulan. Pada kehamilan ini merupakan kehamilan preterm yang berlangsung pada usia kehamilan 31-32 minggu dihitung dari hari pertama hari terakhir (HPHT). Ibu mengeluh mules sejak pukul 10.00 WIB dan keluar cairan warna jernih sejak pukul 11.00 .

Hal ini sesuai teori bahwa tanda dan gejala terjadinya KPD yaitu dimulai dengan tanda inpartu atau pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan (Prawirohardjo,2013). Kemungkinan faktor predisposisi Ketuban pecah dini terjadi pada Ny.S adalah asap rokok dimana Paparan asap rokok merupakan paparan asap yang dihirup oleh seseorang yang bukan perokok (Pasive Smoker).Asap rokok lebih berbahaya terhadap perokok pasif daripada perokok aktif. Asap rokok yang dihembuskan oleh perokok aktif dan terhirup oleh perokok pasif, lima kali lebih banyak mengandung karbon monoksida, empat kali lebih banyak mengandung tar dan nikotin.

Wanita yang terpapar asap rokok cenderung lebih sering mengalami gangguan pada kehamilannya karena kandungan zat kimia pada perokok pasif lebih tinggi dibandingkan perokok aktif. Selain itu asap rokok dapat tertinggal

lama dalam suatu ruangan. Sebagaimana Penelitian yang dilakukan mostafa tahun 2011 menunjukkan bahwa toksin yang terkandung dari asap rokok melekat pada pakaian, tertinggal dalam ruangan, pintu dan perabotan yang ada di sekitarnya selama beberapa minggu dan bulan setelah digunakan untuk merokok. Pada saat pintu dan jendela dibuka atau kipas angin dinyalakan maka toksin akan kembali ke udara disekitarnya. Kondisi ini menyebabkan wanita dengan suami perokok atau tinggal di lingkungan yang terdapat banyak perokok akan menjadi perokok pasif. Wanita hamil yang terpapar asap rokok seringkali mengalami gangguan selama kehamilan seperti abortus, berat badan lahir rendah, preeklampsia, abruptio plasenta dan ketuban pecah dini. Hal ini terjadi karena kandungan tar dalam asap rokok merupakan radikal bebas yang akan merusak komponen molekul utama dari sel tubuh dan dapat mengganggu integritas sel, berkurangnya elastisitas membran, termasuk selaput ketuban sehingga rentan mengalami rupture. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Milnerowicz tahun 2001 di polandia menyebutkan bahwa asap rokok dapat menyebabkan toksisitas sehingga mengganggu aktivasi lapisan membran selaput ketuban. Asap rokok mengandung 4000 bahan kimia dan 200 diantaranya beracun dan salah satu satunya adalah nikotin. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Kosovska dari Macedonia pada tahun 2010 mendapatkan data bahwa wanita hamil baik perokok aktif maupun perokok pasif mempunyai resiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan selama periode perinatal.

Nikotin yang dihirup oleh perokok aktif maupun pasif di dalam tubuh mengalami metabolisme menjadi kotinin. Kotinin ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi paparan tembakau. Kandungan kotinin pada perokok baik aktif maupun pasif dapat ditemukan dalam plasma darah, urine maupun air liur, sehingga pada wanita hamil KPD sebagian besar kandungan kotinin dalam urinya positif. Namun demikian tidak semua wanita hamil KPD yang terpapar asap rokok mempunyai kandungan kotinin urin positif, hal ini terjadi karena kotinin sebagai hasil metabolisme nikotin jumlahnya tergantung dari besarnya paparan yang dialami oleh masing-masing individu. Nikotin ini dapat meracuni saraf tubuh, meningkatkan tekanan darah, menyempitkan pembuluh perifer dan menyebabkan ketagihan serta ketergantungan pada pemakainya. Asap rokok yang dihirup oleh perokok pasif lebih berbahaya karena empat kali lebih banyak mengandung nikotin yang merupakan radikal bebas. Asap rokok memiliki sedikitnya 4 jenis radikal bebas yang berbeda. Radikal bebas akan merusak komponen molekul utama dari sel tubuh yaitu lipid, protein DNA, serum tembaga dan asam askorbat dalam plasma darah. Kerusakan pada lipid di tiap oksidasi dan proses dasar oksidasi DNA sel akan mengganggu integritas sel, sehingga dapat menimbulkan kematian sel. Sementara itu serum tembaga dan asam askorbat dalam plasma darah, penting untuk sintesis kolagen dan pemeliharaan. Dengan berkurangnya serum tembaga dan asam askorbat dalam plasma darah dapat mengurangi sifat elastis selaput ketuban sehingga rentan mengalami ruptur/ robek.

4.2 Data Objektif

Dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan pada Ny.S didapatkan pemeriksaan tanda-tanda vital Ny. S didapatkan tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi 80x/menit, suhu 36,5oC, respirasi 24x/menit. Hal ini sesuai dengan teori (Walyani, 2015), Bahwa Tekanan darah normal berkisar systole/diastole: 110/80- 120/80 mmHg, nadi normalnya 60-100 x/menit, suhu normalnya 36,5-37,5° C, respirasi normalnya 16-24 x/menit.(Walyani,2015) Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik.Vulva Vagina tidak ada kelainan,portio tipis lunak,pembukaan 5-6cm, ketuban (-), bagian terbawah kepala hodge 2, HIS 3x10'40" 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 selaput ketuban yang menjadi penghalang masuknya kuman penyebab infeksi sudah tidak ada sehingga dapat membahayakan bagi ibu dan janinnya (Wilda dan Suparji, 2020).

Dan hasil pemeriksaan dengan kertas lakmus berubah menjadi warna biru yang menandakan cairan tersebut adalah cairan ketuban didukung dengan teori Tanda dan gejala ketuban pecah dini menurut (Johnson,2014) bahwa salah satu tanda dan gejala ketuban pecah dini adalah Mengalirnya cairan dari vagina air ketuban semburan darah/bersih ditegaskan dengan pemeriksaan kertas nitrazine positive (biru gelap) (Johnson,2014).

4.3 Analisa

Berdasarkan data subjektif dan data objektif dari Ny. S G2P1A0 yang dikumpulkan, pengkaji menegakan di diagnosis Ketuban Pecah Dini (KPD). Berdasarkan data subjektif diperoleh bahwa ibu seorang multigravida dengan usia 21 tahun , maka dapat disimpulkan bahwa Ny. S Usia 21 Tahun G2P1A0 Gravida 31-32 minggu mengeluh keluar air-air sejak pukul 10.00 WIB dan datang ke Puskesmas pada pukul 15.30 WIB. Dari data Objektif diperoleh data bahwa keluar cairan dari jalan lahir dan dilakukan pemeriksaan penunjang menggunakan tes nitrazin/lakmus, hasilnya lakmus merah berubah warna menjadi biru. Diagnosis dapat ditegakkan melalui data subjektif dan objektif. Sehingga dapat ditegakkan analisa Ny. S 21 tahun G2P1A0 gravida 31-32 minggu dengan ketuban pecah dini. Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda-tanda inpartu pada primipara kurang dari 3cm dan pada multipara kurang dari 5cm (Mochtar, 2012) dan KPD yang memanjang adalah KPD yang lebih dari 12 jam (Prawirohardjo,2014). Dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny. S yaitu mengobservasi TTV dan kemajuan persalinan , menganjurkan ibu miring kiri, menganjurkan ibu untuk tetap rileks ketika ada his dan melakukan pembatasan pemeriksaan dalam, hal ini sesuai dengan teori menurut PNPk(2016) dibatasi sedikit mungkin karena akan

meningkatkan resiko infeksi neonatus (PNPK, 2016).

Ny. S diberikan antibiotic cefotaxime 1 gram secara IV untuk mencegah pencegahan infeksi dan diberikan sebelum terjadinya infeksi. Hal ini sesuai dengan teori menurut Saifuddin (2013) bahwa antibiotika dapat digunakan sebelum terjadinya atau timbul gejala-gejala infeksi (*prevention of Infection*). (Saifuddin, 2013).

Selama persalinan ibu tidak mengalami kegawatdaruratan, pada kala II terjadi kurang lebih 10 menit. Hal ini sesuai dengan teori bahwa persalinan pada multipara tidak lebih dari 60 menit, Permenkes RI(2013). Pada saat kala III pengeluaran plasenta terjadi selama kurang lebih 6 menit, hal ini sesuai dengan teori bahwa pengeluaran plasenta yang normal tidak lebih dari 30 menit Permenkes RI (2013). Didapatkan kesenjangan setelah plasenta lahir lengkap tetapi dilakukan tindakan eksplorasi dengan tujuan untuk memastikan tidak adanya sisa plasenta akan tetapi hal ini dianggap tidak merupakan asuhan sayang ibu karena jika plasenta sudah lahir lengkap tidak perlu dilakukan eksplorasi karena akan menyebabkan terjadinya resiko infeksi. Pada kala IV ibu dilakukan pemantauan KU,TTV, pendarahan, kontraksi, kantung kemih selama 2 jam post partum, hal ini sesuai dengan Saifuddin (2013) yaitu asuhan kebidanan diberikan pada kala IV adalah memantau keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, suhu, pendarahan, kontraksi uterus, kandung kemih (Saifuddin, 2013)

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. S didokumentasikan dalam bentuk SOAP yang

dilakukan dengan tahap pengkajian data subjektif, yang didapatkan dari hasil anamnesa terhadap pasien, pengkajian data objektif yang didapatkan dari pengkajian fisik, kemudian data-data tersebut diinterpretasikan untuk menegakan analisa, selanjutnya dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan kasus tersebut hal ini sesuai dengan manajemen asuhan kebidanan menurut Handayani,dkk,2017 dan terdapat kesenjangan dalam penatalaksanaan kasus KPD antara penanganan di lapangan dengan teori.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pemeriksaan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. S usia 21 tahun G2P1A0 Gravida 31-32 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD dr. Slamet Garut penulis dapat menarik

kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian yang didapat dari data subjektif Ny. S G2P1A0 parturien 31-32 minggu kala I fase aktif dengan KPD sudah sesuai dengan teori.
2. Pengkajian yang didapat dari data objektif Ny. S G2P1A0 parturient 31-32 minggu kala I fase aktif dengan KPD sudah sesuai dengan teori.
3. Analisa data yang ditegakkan Ny. S adalah Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. S Usia 21 Tahun G2P1A0 Parturient 31-32 Minggu Kala I Fase Aktif Dengan KPD Di RSUD dr. Slamet Garut.
4. Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. S terdapat kesengan antara teori dengan penatalaksanaan yang diberikan di lapangan.
5. Pendokumentasian Asuhan Persalinan pada Ny. S telah didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

5.2 Saran

Dalam rangka meningkatkan upaya pelayanan kebidanan dan penurunan angka kematian ibu dan bayi maka pada kesempatan ini penulis memberi saran sebagai berikut:

1. Bagi Instansi Kesehatan/Rumah Sakit

Memberikan pelayanan agar selalu bias lebih meningkatkan mutu pelayanan kegawatdaruratan rujukan, dan meningkatkan asuhan kebidanan dalam penatalaksanaan KPD, serta lebih

meningkatkan observasi pemberian cairan parenteral.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi bahan referensi atau kepustakaan dan dapat menjadikan sebagai acuan untuk laporan kasus selanjutnya.

3. Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat menjadi lebih paham akan pentingnya pemeriksaan kesehatan secara mandiri sebagai upaya pencegahan, sehingga komplikasi dapat dihindari dan diobati sedini mungkin misalnya seperti harus sering memeriksakan dan konsultasi tenaga kesehatan.

4. Bagi Penulis

Penulis berharap selalu memberikan asuhan kebidanan yang optimal serta selalu meningkatkan pengetahuan tentang ilmu kebidanan baik fisiologis maupun patologi

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, F. G., dkk. 2012 *Obstetri William*. Jakarta: EGC.
- Dinkes Jabar (2016) *Profil Kesehatan Kabupaten Jawa Barat*. 2019.
Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Fadlun dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta Salemba Medika.
- Handayani Sri. 2017. *Buku Ajar Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka.
- Jannah, S (2015). *Askeb II Persalinan Berbasis Kompetensi*. (E.K. Yudha, penyut).
Jakarta: Buku Kedokteran.
- Kemendes RI. 2015. *Riset Kesehatan Dasar. Rick Deknas*. Jakarta: Blitbang Kemendes RI.
- Kementerian Kesehatan RI . 2016. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Dan JICA.
- Kemendes RI. 2015. *Pelayanan Kesehatan Esensial*. Jakarta. Kemendes RI.
- Kemendes RI . 2018. *Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta. Kemendes RI.
- Manuaba, Ida Bagus gede. 2012. *Ilmu Kesehatan Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC.
- Mochtar, Rustam. 2012. *Sinopsis Obstetric*. Jakarta: EGC.
- Nugroho, dan Utama I.B. 2016. *Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nugroho, Taufan. 2012. *Kasus Emergency Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Nugroho, Taufan. 2016. *Obstetric Mahasiswa Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Oktarima Mika, 2016. *Buku Ajar Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta. Deepublish.
- Prawirohardjo, 2018. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. PT Bina

Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Prawirohardjo,2013. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Prawirohardjo,2013. *Ilmu Kebidanan*.

Jakarta: EGC. Prawirohardjo,2018. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: EGC.

Profil Dinkes Garut. 2018. *Profil Kesehatan Jawa Garut. Dinas Kesehatan Jawa Garut*.

Sumarah, dkk. 2018. *Perawatan Ibu Bersalin(Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin)*. Jakarta: Fitramaya.

Varney, 2017. *Buku Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.

LEMBAR BIMBINGAN
KIA (KARYA ILMIAH AKHIR)

NAMA : ICEU KARTINI

NIM :KHGH 23028

PROGRAM STUDI :PENDIDIKAN PROFESI BIDAN

PEMBIMBING :TITI PURWITASARI HANDAYANI, SST., Bdn., 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 Bab V, Daftar Pustaka	
8.	22 Juli 2024	ACC, Bab I-V	