

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. N USIA
28 TAHUN G2P1A0 GRAVIDA 38-39 MINGU INPARTU
KALA I FASE LATEN DENGAN KPD
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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

**ZAHWA AULIYA
KHGB22025**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSDA GARUT
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
2025**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Laporan Tugas Akhir ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ahli Madya Kebidanan, baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini murni gagasan, rumusan dan analisa saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2025

Yang Membuat Pernyataan

ZAHWA AULIYA

KHGB22025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. N
USIA 28 TAHUN G2P1A0 GRAVIDA 38-39 MINGGU
INPARTU KALA I FASE LATEN DENGAN KPD DI
RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : ZAHWA AULIYA

NIM : KHGB22025

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui untuk Disidangkan Dihadapan Tim
Penela'ah Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing



(Rosita Alvia, SST., M.K.M)

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. N
USIA 28 TAHUN G2P1A0 GRAVIDA 38-39 MINGGU
INPARTU KALA I FASE LATEN DENGAN KPD DI
RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : ZAHWA AULIYA

NIM : KHGB22025

Garut, 30 Juni 2025

Mengesahkan,

Pembimbing



(Rosita Alvia, SST.,M.K.M)

Penela'ah I



(Lina Humaeroh, SST.,M.kes)

Penela'ah II



(Bdn. Desy Syswianti, SST.,M.kes)

Mengesahkan,

Ketua Program Studi D III Kebidanan



(Lina Humaeroh, SST.,M.Kes)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Segala puji serta syukur kepada Allah SWT berkat rahmat dan kasih sayang-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida 38-39 Minggu Inpartu Kala 1 Fase Laten Dengan Ketuban Pecah Dini Di Ruang Bersalin”**. Shalawat serta salam semoga senantiasa terlimpah curah kepada baginda Nabi Muhammad SAW beserta para keluarganya, para sahabatnya hingga para umatnya yang semoga mendapatkan syafaatnya di yaumul akhir nanti. Aamiin

Dalam menyelesaikan penyusunan laporan tugas akhir ini penulis banyak sekali mendapatkan bantuan bimbingan saran dan dukungan dari berbagai pihak untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Dr. H. Hadidat., MA selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. D. Saepudin, S. Sos, M.M.Kes, selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes selaku Keua Prodi D-III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

5. Rosita Alvia, S.ST.,M.K.M selaku pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes selaku dosen penguji 1 yang telah menguji dan membimbing dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
7. Bdn. Desy Syswianti, SST, M. Kes selaku dosen penguji 2 yang telah menguji dan membimbing dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
8. Seluruh dosen pengajar yang telah memberikan bimbingan keilmuan dan nasihat berharga selama menjalani perkuliahan. Semoga segala amalan baik Bapak dan Ibu dibalas oleh Allah AWT. Aamiin
9. Ny. N selaku pasien asuhan saya, yang telah berkenan untuk mempersilahkan saya melakukan asuhan kepada ibu.
10. Teristimewa penulis ucapkan kepada cinta pertama dan panutanku, bapak Undang Ridwan dan pintu surgaku mamah Dede Rismayanti Terimakasih atas segala pengorbanan dan tulus kasih yang diberikan. Mereka mampu senantiasa memberikan yang terbaik, tak kenal lelah mendoakan serta memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai meraih gelar Ahli Madya. Semoga mamah dan bapak sehat, panjang umur dan bahagia selalu.
11. Kepada Nabil Salasabila selaku kaka kandung saya. Terimakasih telah mendidik saya hingga detik ini dan senantiasa memberikan kasih sayang, do'a, dan support.

12. Kepada Zauqiyah Azzahra, Rafanda Shaki Aftani, Alaric Abyan Adhyasta, Delshad Fahreza Andara selaku adik-adik kandung saya. Terimakasih atas doa, dukungan dan semangat yang diberikan, kelak kalian harus meraih mimpi lebih tinggi melebihi kaka.
13. Kepada keluarga besar pak entoh, pak taim (alm) dan mak eulis, mak oting (almh), yang senantiasa selalu mendukung dan mendoakan penulis untuk menggapai mimpinya. Terimakasih sudah menjadi keluarga besar yang hebat untuk saudara-saudaranya.
14. Kepada Fajar Mohamad Ikbal yang tak kalah penting kehadirannya , yang menjadi salah satu penyemangat karena selalu ada dalam suka maupun duka dan tak henti-hentinya memberikan semangat dan dukungan serta bantuan, baik itu tenaga, pikiran, materi maupun prilaku. Terimakasih banyak telah menjadi bagian dari perjalanan hidup saya, berkontribusi banyak dalam penulisan karya tulis ini. Telah menjadi rumah tempat berkeluh kesahu diwaktu lelahmu, menjadi pendengar yang baik, menghibur, penasehat yang baik, senantiasa memberikan cinta dan semangat untuk pantang menyerah. Semoga Allah mengganti berkali-kali lipat dan sukses selalu untuk kita berdua...Aamiin
15. Kepada Icha Fajri Istiqomah selaku sahabat baik dari masa pesantren SMP-SMA sampai perkuliahan ini. Terimakasih selalu kebersamai perjalanan pendidikan ini, selalu menjadi teman yang baik, support dan antusias. Dan kepada Silvia Nuraeni selaku sahabat baik semasa perkuliahan. Terimakasih telah membuat kehidupan perkuliahan terasa begitu cepat dan penuh

kebahagiaan, seluruh dukungan, doa dan dorongan yang telah diberikan akan selalu penulis ingat dan kenang indah.

16. Rekan-rekan Mahasiswi angkatan ke 17 tahun 2022 kebidanan Stikes Karsa Husada Garut. Terimakasih telah menjadi teman-teman yang baik, supportif dan senantiasa saling membantu dalam perkuliahan selama tiga tahun ini.
17. Kepada diri saya sendiri Zahwa Auliya, yang telah bertahan dan berjuang sejauh ini. Terimakasih atas segala kerja keras dan semangatnya sehingga tidak pernah menyerah dalam proses untuk menggapai gelar ini. Terimakasih kepada hati yang tetap tegar dan ikhlas menjalani semuanya. Saya bangga pada diri saya sendiri.

Mudah-mudahan segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT. Penulis berharap semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin

Garut, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
BAB I	1
BAB I PENDAHULUAN	1
17.1. Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan	4
1.4. Metode Pengumpulan Data.....	5
1.5. Manfaat Pengkajian	5
1.6. Tempat dan Waktu Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
2.1 Persalinan	7
2.2 Ketuban Pecah Dini (KPD).....	11
2.3 Pendokumentasian.....	22
BAB III TINJAUAN KASUS	28
A. DATA SUBJEKTIF	28
B. DATA OBJEKTIF	31
C. ANALISA	34
D. PENATALAKSANAAN.....	34
BAB V PEMBAHASAN	47
4.1 Data Subjektif	47

4.2 Data Objektif.....	49
4.3 Analisa	50
4.4 Penatalaksanaan	51
4.5 Pendokumentasian.....	53
BAB V PENUTUP.....	54
5.1 Kesimpulan	54
5.2 Saran	55
DAFTAR PUSTAKA.....	56

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) adalah salah satu indikator yang dapat menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Menurut data WHO (world health organization) tahun 2017 sekitar 810 wanita meninggal pada akhir tahun mencapai 295.000 atau 94% diantaranya terdapat di negara berkembang sedangkan AKI di Indonesia secara umum tahun 2019 terdapat penurunan dari 395 menjadi 305/100.000 kelahiran hidup (D. F. Puspita et al, 2021)

Menurut data profil kesehatan Angka kematian ibu (AKI) atau maternal mortality rate (MMR) menggambarkan besarnya resiko kematian ibu pada fase kehamilan, persalinan, dan masa nifas di setiap 100.000 kelahiran hidup dalam satu wilayah kurun waktu tertentu. Jumlah kematian ibu tahun 2024 berdasarkan pelaporan profil kesehatan kabupaten/kota sebanyak 749 kasus atau 98,60 per 100.000 KH, turun 43 kasus dibandingkan tahun 2023, yaitu 792 kasus. Penyebab kematian ibu pada tahun 2024 didominasi oleh komplikasi non obstetrik 29,11%. Hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas 28,17%, perdarahan obstetrik 25,37%, dan yang lainnya 0,53%. (Profil Kesehatan Jawa Barat, 2024).

Di kabupaten Garut jumlah kasus kematian ibu berdasarkan data dari rekam medis kebidanan RSUD dr. Slamet Garut didapatkan data bahwa

jumlah kejadian KPD di tahun 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)

Menurut world health organization (WHO 2024), insiden KPD terjadi pada sekitar 8-10% dari seluruh kehamilan dan sekitar 30% diantaranya berakhir dengan kelahiran prematur. Di Indonesia, berdasarkan data dari (kementerian kesehatan RI 2022), prevalensi KPD menunjukkan angka yang cukup tinggi dan masih menjadi tantangan dalam pelayanan kebidanan, khususnya dalam mencegah komplikasi infeksi pada ibu maupun bayi.

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang terjadi secara alamiah pada wanita dan diharapkan akan berlangsung pada wanita hingga usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu dan berakhir dengan persalinan yang aman bagi ibu dan bayi. Namun tidak semua kehamilan berjalan sesuai harapan. Salah satunya komplikasi yang dapat terjadi dalam kehamilan adalah ketuban pecah dini (KPD). Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan, yaitu sebelum terjadi kontraksi uterus yang adekuat (Cunningham et al, 2022)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Zamilah, Aisyah dan Wulyono (2020) mengatakan bahwa, usia yang beresiko mempunyai resiko tinggi mengalami KPD sebesar 3.3 kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang berumur tidak beresiko karna usia merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kualitas kehamilan. Ibu dengan aktivitas yang berat

mempunyai resiko mengalami KPD sebesar 3.5 kali tinggi dibandingkan ibu dengan paritas multipara, grandemultipara dan primipara karena pada paritas multipara dan grandemultipara disebabkan karena secara anatomi sebagian besar kondisi serviks ibu bersalin multipara memang sudah membuka akibat proses persalinannya yang lalu sehingga tidak bisa menahan dan melindungi selaput ketuban baik terhadap trauma maupun terhadap infeksi.

Bidan merupakan salah satu profesi tertua didunia yang memiliki peran sangat penting dan strategis dalam penurunan AKI dan AKB serta penyiapan generasi penerus bangsa yang berkualitas, melalui pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan (Kepmenkes, 2020). Keberadaan bidan diharapkan mampu menurunkan angka mordibitas dan mortilitas akibat ketuban pecah dini dan persalinan preterm pada ibu dan bayi di Indonesia (Mufliha A L, 2021).

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan pengkajian studi kasus pada Ny. N usia 28 tahun G2P1A0 Gravidita 38-39 minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini Di Ruang Bersalin RSUD Dr. Slamet Garut.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. N Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravidita 38-39 Minggu Inpartu

Kala I Fase Laten Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Di Ruang Bersalin Di RSUD Dr. Slamet Garut.

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Kebidanan Dan Pendokumentasian SOAP Ibu Bersalin pada Ny. N Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida 38-39 Minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2025.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian data secara subjektif pada Ny. N Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida 38-39 Minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025
- 2) Melakukan pengkajian data secara objektif pada Ny. N Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida 38-39 Minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2025
- 3) Melakukan Analisis Data Pada Ny. N Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida 38-39 Minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2025
- 4) Melakukan Penatalaksanaan Pada Ny. N Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida 38-39 Inpartu Kala I Fase Laten Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2025

- 5) Melakukan pendokumentasian SOAP Pada Ny. N Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida 38-39 Minggu Inpatu Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2025

1.4. Metode Pengumpulan Data

Laporan tugas akhir ini didapat berdasarkan keadaan dan situasi nyata tertuju pada pemecahan masalah dengan teknik pengumpulan data secara primer dan sekunder. Dimulai dengan mencari informasi dari jurnal dan buku-buku terkait dengan penanganan kasus kebidanan.

1.4.1. Data Primer

Data ini diperoleh dengan cara anamnesa secara langsung dengan pasien dan bidan. Serta melakukan pemeriksaan fisik kepada pasien dengan teknik inspeksi, palpasi, dan auskultasi, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengumpulkan data yang berhubungan dengan permasalahan yang ibu alami sehingga data yang didapati lebih akurat.

1.4.2. Data Sekunder

Melakukan studi keputusan untuk mendapatkan materi secara teoritis tentang ketuban pecah dini melalui jurnal dan buku. Serta data pasien yang diperoleh dari rekam medis yang selanjutnya akan didokumentasikan.

1.5. Manfaat Pengkajian

1.5.1. Bagi Penulis

Dapat menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan dalam memberikan asuhan persalinan dengan ketuban pecah dini.

1.5.2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam melakukan pemeriksaan dan menelusuri faktor-faktor yang dapat berperan dalam terjadinya ketuban pecah dini.

1.5.3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan referensi untuk mahasiswa kebidanan dalam meningkatkan proses pembelajaran mengenai kasus ketuban pecah dini.

1.6. Tempat dan Waktu Penelitian

1.6.1. Waktu

Laporan Tugas Akhir dilaksanakan pada tanggal 18 maret 2025

1.6.2. Tempat

Lokasi Laporan Tugas Akhir ini yaitu di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Persalinan

2.1.1. Pengertian Persalinan Dengan KPD

Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi. Proses ini berlangsung ketika janin sudah mature untuk hidup diluar rahim. Persalinan normal atau spontan biasanya berlangsung selama 18 jam tanpa komplikasi (Subiastutik dan Maryanti, 2022). Menurut varney persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, proses ini dimulai dengan kontraksi sejati, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Walyani & Purwoastuti, 2021).

Sedangkan Ketuban pecah dini merupakan kondisi pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi di akhir kehamilan atau sebelum waktunya. Ketuban pecah dini aterm terjadi pada usia gestasi >37 minggu. Jika terjadi usia gestasi <37 minggu dikatakan KPD preterm atau *preterm premature rupture of membranes* (PPROM). Banyak sekali faktor resiko dari terjadinya KPD antara lain faktor umum meliputi infeksi, faktor sosial, perokok, peminum, paritas, sosial ekonomi rendah, faktor keturunan meliputi genetik dan faktor obstetric seperti kehamilan kembar, hidramnion serviks inkompeten, serviks konisasi, chepaloverpic, disproporsi (kepala janin belum masuk pintu atas panggul), kelainan letak, pandular abdomen dan grandemultipara, serta rendahnya vitamin C dan ion CU dalam serum. Salah satu penyebab kelahiran premature adalah kejadian ketuban pecah

dini, yaitu ketika cairan ketuban hilang dan tali pusat terjepit di antara dinding rahim dan janin. Hal ini menyebabkan janin kekurangan nutrisi dan oksigen, yang dapat menyebabkan cedera otak atau kematian. Sedangkan efek yang dapat terjadi pada ibu, KPD dapat menjadi faktor terjadinya infeksi dalam rahim. Gejalanya yang mungkin terjadi yaitu suhu tubuh meningkat, keputihan yang tidak biasa, vagina berbau tidak enak, denyut nadi cepat, nyeri perut bagian bawah dan detak janin menjadi lebih cepat dari biasanya. Kondisi ini dapat berakibat kematian baik pada ibu maupun janinnya (Muliani, 2024)

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 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 sfingter ani mulai membuka, pengeluaran lendir bercampur darah semakin meningkat.

2.1.3. Jenis- jenis Persalinan

Menurut (Widyaningsih & Nur khayati, 2023) 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 forceps, atau operasi sectio caesaria.

3. Persalinan anjuran

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

2.1.4 Tahapan Persalinan

Adapun penjelasan mengenai kala II,III, dan IV menurut world health organization (World Health Organization, 2018) adalah sebagai berikut :

1) Persalinan kala I

Tahap pertama dalam proses persalinan yang dimulai sejak munculnya kontraksi uterus yang teratur dan menimbulkan perubahan serviks (penipisan dan pembukaan), hingga tercapainya pembukaan serviks lengkap (10 cm) (Fitri et al., 2023)

Menurut world health organization (WHO, 2020) kala 1 persalinan terdiri dari dua fase yaitu :

a) Fase laten

Fase laten adalah tahap awal kala 1 persalinan yang dimulai dari terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan terjadi perubahan serviks hingga pembukaan mencapai 4-6 cm. pada fase ini kontraksi masih ringan hingga sedang dan terjadi dalam interval yang relatif lama.

b) Fase aktif

Fase aktif adalah bagian dari kala 1 persalinan, yang dimulai ketika pembukaan serviks mencapai 5 cm atau lebih, disertai kontraksi uterus yang teratur dan semakin kuat, dan berlangsung hingga pembukaan serviks lengkap (10 cm).

2) Persalinan kala II

Kala II dimulai saat pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Pada tahap ini, ibu merasakan dorongan untuk mengejan akibat tekanan dari kepala janin yang turun ke jalan lahir. WHO menyarankan pemantauan ketat untuk mencegah komplikasi seperti infeksi atau trauma perineum.

3) Persalinan kala III

Kala III dimulai setelah bayi lahir dan berakhir dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban. WHO merekomendasikan manajemen aktif kala III untuk mencegah perdarahan postpartu, yang meliputi :

a) Pemberian oksitosin segera setelah kelahiran bayi

b) Penanganan tali pusat terkendali

c) Masase uterus setelah plasenta keluar

4) Persalinan kala IV

Kala IV adalah periode 1-2 jam pertama setelah pengeluaran plasenta, dimana ibu berada dalam fase pemulihan awal. Pemantauan selama kala IV penting untuk :

- a) Memantau tanda-tanda vital ibu
- b) Memeriksa kontraksi uterus dan perdarahan
- c) Memberikan dukungan emosional dan fisik kepada ibu

2.2 Ketuban Pecah Dini (KPD)

2.2.1 Definisi

Ketuban pecah dini (KPD) memiliki bermacam-macam teori, batasan dan definisi. Ketuban pecah dini (KPD) atau *premature rupture of membranes* (PROM) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya proses persalinan pada kehamilan aterm. Sedangkan *preterm premature rupture of membranes* (PPROM) adalah pecahnya selaput ketuban dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Susilowati et al., 2021)

Ketuban pecah dini (KPD) yaitu pecahnya ketuban sebelum waktunya (KPSW) sering disebut dengan *premature rupture of membranes* (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 pada

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 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 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 22 minggu dan dikatakan ketuban pecah dini apabila terjadi sebelum proses persalinan (Nuraini, 2023)

Dapat disimpulkan bahwa persalinan dengan KPD adalah proses membuka dan 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

Menurut Tahir (2021) walaupun banyak publikasi tentang KPD. Namun penyebab KPD belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Menurut Manuba (2014) penyebab terjadinya KPD diantaranya karena

trauma pada perut ibu, kelainan letak janin dalam rahim, atau pada kehamilan grande multipara. KPD disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membran karena suatu infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks atau meningkatnya tekanan intrauterine ataupun oleh kedua faktor tersebut (Astuti, 2021).

2.2.3 Patofisiologi

Menurut James R. Scott dalam buku asuhan kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dapat berlangsung saat selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi. Bila terjadi pembukaan serviks, selaput ketuban sangat lemah sehingga ketuban mudah pecah. Selain itu, pecahnya ketuban menyebabkan adanya hubungan langsung antara ruang intraamnion dengan dunia luar. Infeksi intraamnion bisa terjadi langsung pada ruang amnion, atau dengan penjaralan infeksi melalui dinding uterus, selaput janin, kemudian ke ruang intraamnion. Jika ibu mengalami infeksi sistematik, infeksi intrauterin menjaral melalui plasenta, serta tindakan hygiene buruk, misalnya pemeriksaan dalam yang terlalu sering menjadi predisposisi infeksi. Kuman yang sering ditemukan yaitu, streptococcus, staphylococcus (gram positif), E Coli (gram negatif), bacteroides, peptococcus (anaerob) (Choirunnisa & Indrayani, 2019).

2.2.4 Tanda dan Gejala Ketuban Pecah Dini

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau

amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering. Bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya menggajal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Astuti, 2021)

2.2.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi

Beberapa faktor risiko yang mempengaruhi terjadi ketuban pecah dini adalah :

1) Usia ibu

Ibu dengan usia <20 tahun mempunyai resiko lebih tinggi terjadi KPD. Hal ini dikarenakan organ reproduksinya belum bekerja dengan baik termasuk jalan lahir wanita yang belum optimal untuk bekerja secara sempurna. Sedangkan wanita dengan usia di atas 35tahun akan mengalami penurunan fungsi organ yang berarti mempunyai potensi lebih besar untuk terkena penyakit degenerative seperti tensi yang tinggi, gangguan pada sistem pembuluh darah, dan penyakit gula dimana beberapa penyakit ini secara tidak langsung juga mempengaruhi dengan tingkat kejadian KPD (Susilowati et al., 2021)

2) Kehamilan Gemeli

Pada kehamilan gemeli terjadinya distensi uterus yang berlebihan, menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif

kecil. Sedangkan di bagian bawah tidak ada yang menahan sehingga dapat mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Astuti, 2021).

3) Paritas

Kehamilan yang terlalu sering disebut dengan multipara atau grandemultipara mempengaruhi proses embriogenesis, selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya.

Semakin banyak paritas, semakin mudah terjadinya infeksi amnion karena rusaknya struktur serviks pada persalinan sebelumnya. KPD lebih sering terjadi pada multipara, karena penurunan fungsi reproduksi, berkurangnya jaringan ikat, vaskularisasi dan servik yang sudah membuka satu cm akibat persalinan yang lalu (Astuti, 2021).

4) Preterm

Pada ibu dengan usia kehamilan preterm adalah 28-36 minggu, pada trimester ke-3 selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim dan pembesaran janin. Hal ini dikarenakan pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks ekstraseluler amnion, korion, dan apotis membra janin. Ketuban pecah dini pada kehamilan premature disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal misalnya infeksi yang menjalar dari vagina, polihidramnion, inkompeten serviks, solusio plasenta (Susilowati et al., 2021).

5) Infeksi Vagina/Serviks

Membran ketuban yang pecah dapat disebabkan oleh banyak hal, adapun salah satunya yaitu karena adanya bakteri anaerob yang tumbuh pada area vagina ibu. Hal ini bisa disebabkan oleh vulva hygiene ibu yang kurang baik sehingga bisa menimbulkan adanya infeksi ascendens, yaitu karena adanya pertumbuhan bakteri patogen atau terjadi perubahan mikroba flora normal yang ada pada daerah vagina maupun serviks ibu. Bakteri patogen ini nantinya akan merambat melalui vagina, kemudian ke serviks ibu hingga nantinya masuk ke membran ketuban yang dapat menyebabkan penurunan fungsi pada membran ketuban. Serta dengan adanya bakteri vaginosis yang mengakibatkan peptidase akan dengan mudah untuk mendegenerasikan kolagen dan melemahkan membran ketuban yang selanjutnya dapat mengakibatkan pecahnya membran ketuban (Susilowati et al., 2021)

6) Aktivitas ibu

Pekerjaan menjadi ibu rumah tangga lebih beresiko mengalami KPD dibandingkan ibu dengan wiraswasta. Ibu hamil dengan pola pekerjaan fisik yang berat akan mempengaruhi kebutuhan energinya, yaitu dengan tingkat lamanya bekerja melebihi 3-5 jam perhari dapat menimbulkan kelelahan. Dari ibu yang mengalami kelelahan dalam bekerja inilah yang akan mengakibatkan korion amnion melemah sehingga menimbulkan kejadian KPD (Susilowati et al., 2021)

7) Cephalonpelvic Dispropotion (CPD)

Cephalonpelvic Dispropotion (CPD) adalah suatu kondisi yang timbul karena bayi lebih besar jika dibandingkan dengan panggul ibu sehingga kepala bayi tidak dapat melewati panggul ibu. Hal ini dikarenakan bayi dengan makrosomia atau kelainan ukuran panggul ibu yang sempit. Disorpsi kepala panggul atau CPD dapat menyebabkan terjadinya KPD, dikarenakan bagian terendah janin tidak dapat masuk ke panggul ibu sehingga terjadi penekanan pada cairan yang terdapat didalam rahim bagian bawah dan akibatnya dapat menimbulkan pecahnya membran ketuban atau terjadinya KPD pada ibu bersalin (Susilowati et al., 2021).

8) Serviks Inkompetensi

Inkompetensia serviks adalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa rasa nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal, trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi (Astutti 2021).

9) Hubungan Seksual

Resiko yang dapat ditimbulkan karena hubungan seksual yang tidak tepat selama kehamilan salah satunya menyebabkan ketuban pecah sebelum waktunya (Sari, 2020).

Aktivitas senggama yang dilakukan pada kehamilan lebih dari 3 kali dalam seminggu diyakini berperan dalam kejadian ketuban pecah dini. Dikarenakan hormon prostaglandin di dalam cairan sperma memicu kontraksi rahim (kondisi rahim mengencang lalu mengendur) saat orgasme pada ibu selama kehamilan. Adanya hubungan antara pola seksual dengan kejadian ketuban pecah dini ini menunjukkan bahwa pola seksual tidak tepat akan beresiko 10 kali lebih besar mengalami ketuban pecah dini (KPD) dibandingkan dengan pola seksual yang tepat (Sari, 2020).

10) Perilaku Merokok

Menurut WHO (2013) kebiasaan merokok atau lingkungan dengan rokok yang intensitas tinggi dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil. Rokok mengandung lebih dari 2.500 zat kimia yang teridentifikasi termasuk karbonmonoksida, amonia, aseton, sianida hidrogen, dan lain-lain. Paparan asap rokok mempengaruhi semua tahap reproduksi manusia yaitu peningkatan resiko untuk kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, solusio plasenta, plasenta previa, keguguran, lahir mati, lahir prematur, berat lahir rendah, kecil untuk usia kehamilan dan bawaan anomali seperti bibir sumping (Astuti, 2021)

2.2.6 Diagnosis

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

1. Anamnesis

Dalam anamnesa pada ibu dengan KPD didapatkan 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 bercampur darah atau belum (Prawirohardjo, 2013)

2. Inspeksi

Pengamatan dengan mata akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban 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 digoyangkan, 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, 2019).

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan bahwa 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 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 tidaknya infeksi

Tanda-tanda infeksi diantaranya sebagai berikut:

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

2.2.7 Komplikasi

Menurut prawirohardjo (2009), komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilannya. Dapat terjadi infeksi internal maupun neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden seksio caesaria atau gagalnya persalinan normal (sari et al., 2019)

2.2.8 Penanganan Ketuban Pecah Dini

1) Penanganan Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit

a. Konservatif

- 1) rawat di rumah sakit.
- 2) berikan antibiotik (ampisilin 4x 500 mg atau eritromisin bila alergi dengan ampisilin atau dengan golongan sefalosofin dan metronidazol 2x 500 mg selama 7 hari)
- 3) jika usia kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- 4) jika umur kehamilan 34-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- 5) jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (nifedipin, mgso₄, isosuxprime), deksametason dan induksi sesudah 24 jam.

- 6) jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan laukan induksi.
- 7) nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterin)
- 8) pada usia kehamilan 32-34 minggu, berikan steroid untuk memacu kematangan paru-paru janin dan jika memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason im 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali (suratni, 2021)

B. Aktif

- 1) kehamilan <37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal pikirkan seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- 2) bila ada tanda-tanda infeksi, berikan antibiotika dosis tinggi dan persalinan diakhiri.
- 3) bila skor pelvik <5, lakukanlah pematangan serviks, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea.
- 4) bila skor pelvik 5, induksi persalinan, partus pervaginam (suratni, 2021)

2.3 Pendokumentasian

2.3.1 Definisi

Dalam pelayanan kebidanan, dokumentasi merupakan bagian dari kegiatan bidan setelah memberikan asuhan kebidanan, meliputi kondisi kesehatan pasien, kebutuhan pasien, rencana asuhan, kegiatan asuhan kebidanan serta respon pasien terhadap asuhan kebidanan yang telah diterima.

Dokumentasi kebidanan dapat diartikan sebagai bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan sendiri (Meikawati, 2022)

2.3.2 Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode SOAP

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

a) S (Data Subjektif)

Data subjektif langkah pertama pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhanya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan dicatat sebagai kutipan langsung dengan diagnosis. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan 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 (Objektif)

Data objektif 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 dengan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.


c) A (Assesment/Analysis)

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

d) P (Planning)

Planning/pencatatan 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 yang telah dicapai merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan (Meikawati, 2022)

2.3.3 Protaf penanganan KPD di RSUD dr. Slamet Garut

 <p>PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET</p>	KETUBAN PECAH DINI		
	No. Dokumen: KS.01.03/004/089/RSUD	No. Revisi: 01	Halaman 1/3
<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	Tanggal Terbit: 01 Januari 2023	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut	
<p>BATASAN</p>	<p>Ketuban pecah dini adalah robeknya selaput korioamnion dalam kehamilan (sebelum onset persalinan berlangsung)</p> <p>Dibedakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PPROM (<i>Preterm Premature Rupture of Membranes</i>) Ketuban pecah pada saat usia kehamilan 37 minggu - PROM (<i>Premature Rupture of Membranes</i>) <p>Ketuban pecah saat usia kehamilan > 37 minggu</p>		
<p>TUJUAN</p>	<p>Sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan paska pasien dengan ketuban pecah dini di ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr. Slamet Garut</p>		

KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.
PROSEDUR	<p>KRITERIA DIAGNOSIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umur kehamilan > 20 minggu • Keluar cairan ketuban dari vagina • Pemeriksaan spekulum: terlihat cairan keluar dari ostium uteri eksternum • Kertas nitrazin merah akan jadi biru • Mikroskopis: terlihat lanugo dari verniks kaseosa <p>DIAGNOSIS BANDING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fistula vesikovaginal dengan kehamilan • Stres 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 umur kehamilan 28-34 minggu, dirawat selama 2 hari.</p> <p>Selama perawatan dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi kemungkinan adanya amnionitis/tanda-tanda infeksi <ul style="list-style-type: none"> • Ibu suhu 38° C takikardi ibu, leukositosis, tanda-tanda infeksi intra uterin, rasa nyeri pada rahang, sekret vagina purulen • Janin: takikardi janin 2. Pengawasan timbulnya tanda persalinan.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pemberian antibiotika p.o (Sefadroksil 2x500 mg. Eritromisin 4x500 mg) 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, dan proteksi otak janin (Lihat Bab Persalinan Kurang bulan) <p><i>Kriteria diagnosis amnionitis</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Febris 2. pengawasan mounya tanoa persainan. 3. Pemberian antibiotika p.o (Sefadroksil 2x500 mg. Eritromisin 4x500 mg) 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, dan proteksi otak janin (Lihat Bab Persalinan Kurang bulan) <p><i>Kriteria diagnosis amnionitis</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Febris 2. Lekositosis 3. Takikardi 4. Cairan ketuban mungkin berbau <p><i>Aktif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengelolaan aktif pada KPD dengan umur kehamilan 20 28 minggu dan 34 minggu (lihat bab terminas kehamilan) 2. Ada tanda-tanda infeksi 3. Timbulnya tanda-tanda persalinan 4. Gawat janin <p>PENYULIT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infeksi, sepsis <p>Kematian janin karena infeksi atau prematuritas</p>
--	---

BAB III

TINJAUAN KASUS

Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. N Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida 38-39 Minggu Inpartu Kala 1 Fase Laten Dengan Ketuban Pecah Dini Di RSUD dr. Slamet Garut

Tanggal : 18 Maret 2025
 Pukul : 13.20 WIB
 Tempat : Ruang VK Bersalin
 Pengkaji : Zahwa Auliya

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Identitas Ibu		Identitas Suami	
Nama	: Ny. N	Nama	: Tn. H
Usia	: 28 Tahun	Usia	: 36 Tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Buruh Pabrik	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Kp. Sukawangi		

2. Alasan datang

Pasien datang ke ponek pukul 13.05 WIB atas rujukan dari puskesmas dengan diagnosa G2P1A0 Gravida 38-39 minggu inpartu kala 1 fase laten 8 jam dengan KPD

3. Keluhan utama

Pada tanggal 18 maret 2025 pukul 04.00 WIB ibu mengeluh keluar air-air dari jalan lahir berwarna jernih, belum ada lendir bercampur darah, ibu merasa mules tetapi hilang timbul, ibu masih merasakan gerakan janin. Pukul 05.10 WIB ibu memeriksakan ke puskesmas. Tanggal 18 maret 2025 Pukul 07.30 keluar air-air banyak dan mules masih jarang dirasakan, ibu dilakukan rujukan ke RSUD dr. Slamet pukul 11.50 WIB

4. Riwayat obstetri

a. Riwayat kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

Kehamilan ini merupakan kehamilan kedua, ibu tidak pernah mengalami keguguran. Anak pertama lahir tahun 2022, dengan persalinan normal di Puskesmas ditolong oleh bidan tidak ada masalah apapun dengan BB 3010 gram, jenis kelamin laki-laki, keadaan hidup.

b. Riwayat kehamilan sekarang

Kehamilan saat ini merupakan kehamilan kedua, ibu mengaku hamil 9 bulan, HPHT : 23-06-2024, TP : 29-03-2025. Ibu rutin memeriksa kehamilannya ke pmb 1 kali, ke puskesmas 3 kali, dan ke dr. Spog

sebanyak 2 kali. Ibu sudah mendapat suntik tetanus toksoid (TT) sebanyak 2x, suntik TT pertama dilakukan pada tanggal 01-07-2024 dan suntik TT kedua dilakukan pada tanggal 03-08-2024, ibu rutin meminum tablet Fe yang diberi oleh bidan.

c. Riwayat KB

Sebelumnya ibu menggunakan KB suntik 3 bulan

5. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan ginekologi

Ibu tidak pernah mengalami penyakit IMS, tidak mengalami keputihan berlebih. Dan tidak pernah melakukan operasi apapun yang berkaitan dengan alat reproduksi

b. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu dan keluarga tidak memiliki penyakit berat, menurun, ataupun menular.

6. Riwayat pernikahan

Ibu mengatakan ini pernikahan pertama bagi ibu dan suami

7. Riwayat hubungan seksual

Ibu mengatakan selama hamil jarang berhubungan, terakhir berhubungan 3 minggu yang lalu

8. Riwayat kebutuhan sehari-hari

- a. Pola Nutrisi : Makan : 3x/ hari dengan menu seimbang, terakhir makan pukul 12.30 WIB
Minum : kurang lebih 8 gelas/hari, terakhir minum pukul 13.00 WIB

- Riwayat Alergi Makanan : Tidak Ada
- b. Pola Eliminasi : BAB : 1x/hari, terakhir kemarin pukul 20.00
WIB
BAK : kurang lebih 5-6x/hari, terakhir pukul
12.20 WIB
Keluhan : Tidak Ada
- c. Pola Istirahat : Siang : kurang lebih 1-2 jam/hari
Malam : kurang lebih 7-8 jam/hari
- d. Aktivitas : Ibu mengatakan aktivitas sehari-hari bekerja di
pabrik dan mengerjakan pekerjaan rumah tanpa
dibantu oleh suami
- e. Personal Hygiene : Mandi : 1-2x/hari
Ganti CD : 3-4x/hari

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- Keadaan umum : Baik
- Kesadaran : Composmentis
- Antropometri
- Tinggi badan : 157 cm
- Berat badan sebelum hamil : 56 kg
- Berat badan sekarang : 68kg
- IMT : 27,6
- Tanda-tanda vital
- Tekanan darah : 120/70 mmHg

Respirasi : 19x/m
Nadi : 92x/m
Spo2 : 99%
Suhu : 36,2 C

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

- 1) Muka : tidak oedema, tidak pucat
- 2) Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih, penglihatan jelas
- 3) Mulut : bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak pucat.

b. Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan limfe

c. Payudara : puting menonjol, areola hitam, tidak ada benjolan, belum ada pengeluaran colostrum

d. Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra

TFU : 32 cm

Lingkar Perut : 111 cm

Leopold I : difundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)

Leopold II : teraba keras datar memanjang di bagian kanan (puka) teraba bagian-bagian kecil di sebelah kiri

leopold III : teraba bulat keras melenting (kepala) sudah masuk
PAP

leopold IV : divergen

Perlimaan 1/5

TBBJ (TFU-11) x 155

(32-11) x 155

= 3.255

DJJ : 146x/m

His : 2x10x15” sejak pukul 12.30 WIB

Kandung kemih : kosong

e. Ekstermitas

1) Atas : terpasang infus di lengan kanan

2) Bawah : tidak oedema, tidak ada varises, reflek patela (+)

f. Genitalia

Pemeriksaan Dalam

Vulva vagina : t.a.k

Portio : tebal kaku

Ketuban : -

Pembukaan : 2cm

Penurunan kepala : HI

3. Pemeriksaan penunjang

Tanggal 18 Maret 2025

Lakmus : (+)

Hemoglobin : 11,6 gr/dl

Hematokrit : 32-0

Leukosit	: 9,7
Trombosit	201
Hiv	: Non Reaktif
HBsAg	: Non Reaktif
Protein urin	: Non Reaktif

C. ANALISA

G2P1A0 Gravida 38-39 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan KPD janin tunggal hidup intrauterin.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan
2. Melakukan kolaborasi dengan dr. Sp.OG
Evaluasi : Erytromicin 500mg, CTG, drip oxytosin bila hasil ctg bagus
3. Melakukan pemberian obat sesuai advis dokter
Evaluasi : -Erytromycin 500mg oral (pukul 13.30 WIB)
-hasil CTG bagus
-drip oxytosin 0,5 ml dalam infus RL 500 ml (pukul 16.00 WIB)
4. Menganjurkan ibu untuk miring kiri
Evaluasi : ibu bersedia dan melakukan
5. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum
Evaluasi : ibu bersedia dan melakukan
6. Mengobservasi TTV dan kemajuan persalinan

Evaluasi :

Jam	TTV	DJJ	HIS	Pembukaan
15.30	110/70 mmHg	147x/menit	3x10x20''	2 cm
18.40	110/80 mmHg	153x/menit	3x10x35''	4-5cm
19.30	110/80 mmHg	147x/menit	3x10x35''	-
20.30	110/80 mmHg	145x/menit	4x10x35''	-
21.25	110/80 mmHg	150x/menit	5x10x45''	10 cm

Asuhan persalinan kala II

Tanggal : 18 Maret 2025

Pukul : 21.25 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengeluh mules semakin kuat dan sering, ibu merasa seperti ingin

BAB

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TTV

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

Nadi : 89x/ menit

Respirasi : 24x/ mnit

Suhu : 36,5 C

Spo2 : 97%

DJJ : 144x/ menit

His : 5x10x45”

Pemeriksaan Dalam

Portio : tidak teraba

Pembukaan : lengkap

Ketuban : -

Molase 0

Penurunan : H IV

Presentasi : Belakang kepala

C. ANALISA

G2P1A0 Gravida 38-39 minggu inpartu kala II dengan KPD janin tunggal hidup

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan persiapan bersalin

Evaluasi : ibu mengerti dan bersiap untuk mengejan sesuai arahan bidan

2. Menyiapkan perlengkapan untuk bersalin

Evaluasi : partus set, oxytocin 10 IU, kassa steril, undepad, pampers dewasa, kain pernel, kain samping, waslap sudah disiapkan.

3. Memposisikan ibu nyaman mungkin

Evaluasi : ibu sudah merasa nyaman

4. Memberitahu ibu cara mengedan yang benar saat kontraksi

Evaluasi : ibu melakukan sesuai arahan

5. Memimpin dan menolong persalinan sesuai

Evaluasi : pukul 21.35 WIB bayi lahir spontan langsung menangis kuat

JK: laki-laki, warna kulit kemerahan, tonus otot kuat BB: 3210 gram

PB: 50cm.

Asuhan Persalinan Kala III

Tanggal :18 Maret 2025

Pukul : 21.35 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan masih merasa mules

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TFU sepusat, kontraksi baik, palpasi tidak ada janin kedua, kandung kemih kosong, tampak tali pusat di vulva, tali pusat memanjang.

C. ANALISA

P2A1 Inpartu kala III

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu asuhan yang akan dilakukan

Evaluasi : ibu bersedia

2. Manajemen aktif kala III

Evaluasi : -menyuntik oxytocin 10 IU secara IM

-melakukan PTT (plasenta lahir pukul 21. 40 WIB)

-melakukan masase uterus

4. Melakukan cek plasenta

Evaluasi : plasenta tidak lengkap terdapat selaput

3. Melakukan eksploarasi

Evaluasi : kesan bersih

Asuhan Persalinan Kala IV

Tanggal : 18 Maret 2025

Pukul : 21.45 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan merasa lelah dan senang dengan kelahiran bayinya

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Tekanan Darah : 100/70 mmHg

Nadi : 90x/menit

Respirasi : 23x/menit

Suhu : 36,5 C

TFU : sepusat, kontraksi baik,

Genitalia : pengeluaran darah kurang lebih 50 cc, terdapat laserasi derajat 1

C. ANALISA

P2A0 Inpartu kala IV

D. PENATALAKSAAN

1. Melakukan hecing perineum

Evaluasi : sudah dilakukan

2. Mengajarkan ibu masase uterus

Evaluasi : ibu bisa melakukan masase uterus

3. Membersihkan ibu dan tempat bersalin

Evaluasi : sudah dibersihkan

4. Memberitahu ibu untuk asuhan berikutnya, observasi TTV, KU, perdarahan, dan kontraksi selama 2 jam postpartum

Evaluasi : observasi dilakukan

Asuhan Kebidanan Pada Ny. N P2A0 1 Jam Postpartum

Tanggal : 18 Maret 2025

Pukul : 22.35

Tempat : Ruang VK Bersalin

Pengkaji : Zahwa Auliya

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan masih sedikit lemas cape

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Tekanan Darah : 110/70

Nadi : 90x/menit

Suhu : 36,2 C

Respirasi : 23x/menit

Spo2 : 97%

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kandung Kemih : kosong

Kontraksi : keras, baik

Perdarahan : +40 ml

C. ANALISA

P2A0 postpartum 1 jam

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu

Evaluasi : ibu mengerti

2. Mengobservasi keadaan ibu, TTV, kontraksi uterus, perdarahan.

Evaluasi : dilakukan

3. Memberitahu ibu mengenai personal hygiene

Evaluasi : ibu mengerti

4. Menganjurkan ibu untuk makan, minum dan istirahat

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia

5. Memberitahu ibu tanda bahaya nifas

Evaluasi : ibu mengerti

Asuhan Kebidanan Pada Ny. N P2A0 Postpartum 1 Hari

Tanggal : 19 Maret 2025

Pukul : 16.55 WIB

Tempat : Ruang Jade

Pengkaji : Zahwa Auliya

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan keadaannya semakin membaik hanya masih linu pada jalan lahir

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV

TD : 120/80

N : 88x/menit

S : 36,4 C

R : 22x/menit

Spo2 : 97%

Abdomen

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi : baik

Genitalia : perdarahan normal +60 ml

C. ANALISA

P2A0 1 hari postpartum

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Evaluasai : ibu mengetahui

2. Memberitahu ibu tentang perawatan luka jahit/vulva hygiene yang benar

Evaluasi : ibu mengerti dan akan melakukannya

3. Memberitahu ibu tentang pemenuhan nutrisi

Evaluasi : ibu mengerti

4. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya nifas

Evaluasi : ibu mengetahui

5. Memberitahu ibu untuk kontrol setelah 3 hari postpartum ke faskes terdekat

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia

Tabel Matriks

No	Masalah	Pengertian	Penyebab		Tanda/Gejala		Planing	
			Teori	Praktik	Teori	Praktik	Teori	Praktik
1.	KPD (Ketuban Pecah Dini)	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 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	Penyebab terjadinya KPD belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban, factor multigravida paritas, pekerjaan, disporposi, kepala panggul, berat badan janin, usia kehamilan,	Terjadi pada usia kehamilan 38-39 minggu	Tanda dan gejala yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak berbau seperti amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan	Melakukan pemeriksaan tes dengan lakmus, berubah warna merah muda menjadi warna biru	1.penilaian KPD meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penilaian usia gestasi, tanda-tanda persalinan, infeksi, dan komplikasi pada ibu dan janin.	1.obat erytromycin 500mg 1 tablet, peman-tauan djj dengan NST, terapy drip oxytocin 5IU kedalam cairan infus RL 500 ml.

		obstetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi (Astuti 2023).	gemeli, riwayat abortus dan persalinan preterm sebelumnya. (Ramhan 2023)		berhenti atau kering. (Astuti 2021)		2.pemberian antibiotik.	
--	--	---	---	--	-------------------------------------	--	-------------------------	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan pengkajian pada Ny. N usia 28 tahun Parturien 38-39 minggu pada tanggal 18 Maret 2025 maka penulis akan membahas beberapa hal yang berkaitan dengan asuhan pada Ny. N dengan Ketuban Pecah Dini yang telah dilakukan di ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut.

4.1 Data Subjektif

Pengkajian dilakukan secara langsung dengan cara anamnesa meliputi identitas pasien, keluhan utama, dan riwayat sekarang maupun sebelumnya. Pada saat mengumpulkan data Ny. N memberikan informasi secara jelas dan terbuka sehingga memudahkan penulis dalam memperoleh kata. Berdasarkan data dari puskesmas pasien datang ke RSUD pada tanggal 18 maret 2025 jam 13.05 dengan ujukan dari puskesmas atas indikasi KPD 8 jam

Berdasarkan hasil anamnesa yang didapatkan, Ny. N datang dengan rujukan dari puskesmas, berdasarkan pengakuan Ny. N HPHT 23 Juni 2024 dengan usia kehamilan 38-39 minggu (9 bulan), ini merupakan kehamilan yang kedua, Ibu mengeluh keluar air-air dari jalan lahir sejak pukul 04.00 WIB disertai adanya mules namun masih jarang dirasakan, hal ini merupakan tanda gejala ketuban pecah dini sesuai dengan teori (Astuti, 2021) bahwa tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering.

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 intrauterine, sehingga hal tersebut dapat meningkatkan masalah kesehatan. Ketuban pecah dini biasanya ditandai dengan keluarnya cairan berupa air melalui vagina setelah umur kehamilan 22 minggu dan dikatakan ketuban pecah dini apabila terjadi sebelum proses persalinan (Nuraini, 2023).

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 janinya. (Wilda dan Suparji, 2020)

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 kehamilan aterm lebih cenderung mengalami KPD dikarenakan lemahnya kekuatan selaput ketuban yang berhubungan dengan pembesaran dan usia uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Tetapi dari hasil uji statistic yang telah dilakukan, diperoleh hasil ibu dengan kehamilan aterm juga mengalami KPD. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor lain seperti pola kerja ibu hamil yang terlalu berat dapat berakibat pada kelelahan dan

akan menyebabkan lemahnya korion amnion sehingga timbul ketuban pecah dini (Wulandari dkk, 2019).

Berdasarkan pola aktivitas sehari-hari, ibu mengeluh pekerjaan ibu cukup berat, sebagai buruh pabrik dengan kondisi harus berdiri lama dan melakukan aktivitas sebagai ibu rumah tangga seperti mencuci, menyapu, mengepel dan memasak sebelum ataupun selepas kerja 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 KPD sesuai dengan teori (Wulansari dkk, 2023).

4.2 Data Objektif

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

Hasil observasi yang terakhir dilakukan oleh bidan ditemukan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital, dan pemeriksaan laboratorium dalam batas normal, Pemeriksaan Leopold dan pemeriksaan dalam. Leopold I teraba bulat, lunak dan tidak melenting, Leopold II teraba keras memanjang seperti papan disebelah kanan dan teraba bagian kecil di sebelah kiri, Leopold III bagian bawah teraba bulat keras melenting, Leopold IV bagian bawah sudah masuk pintu atas panggul (PAP) 1/5 divergen, denyut jantung janin 146x/menit sudah ada his 2x10'x15" sejak pukul 12.30. pada pemeriksaan dalam didapatkan hasil

v/v tidak ada kelainan, pembukaan 2 cm, portio tebal kaku dengan ketuban (-) mengalir dengan pemeriksaan kertas lakmus berwarna merah berubah menjadi biru. Hal ini sesuai dengan teori (Sari et al., 2019) bahwa untuk menegakan diagnosa ketuban pecah dini dilakukan pemeriksaan kertas lakmus, jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban. Melakukan tes lakmus hal ini sesuai dengan teori mufidah dan Hidayat (2019). Dengan melakukan pemeriksaan tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas merah berubah menjadi biru menunjukkan bahwa adanya air ketuban (alkalis). PH air ketuban (alkalis). PH air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu. Dapat disimpulkan bahwa dalam tindakan pemeriksaan tes lakmus antara teori dan praktik tidak terdapat kesenjangan.

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 2 cm, selaput ketuban sudah pecah, warna ketuban jernih. Sesuai dengan prosedur tetap di RSUD dr. Slamet Garut dilanjutkan dengan pemeriksaan tes lakmus dan didapatkan hasil yang positif (+).

Maka analisis data pada Ny. N usia 28 tahun adalah G2P1A0 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, pembukaan <4 cm (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

Penatalaksanaan kasus terhadap ibu bersalin Ny. N usia 28 tahun G2P1A0 penanganan yang dilakukan yaitu dengan melakukan pemantauan keadaan ibu, kesadaran, TTV, DJJ, pemeriksaan dalam dan berkolaborasi dengan dr. Sp. OG. Pada pemeriksaan dalam hal ini sesuai dengan teori Mufidah dan Hidayat (2019) bahwa pemeriksaan dengan pemeriksaan dalam akan didapatkan cairan dalam vagina dan selaput ketuban masih utuh atau tidak.

Pada pukul 21.25 WIB ibu mengatakan mules semakin bertambah dan sering, HIS 5x10x45” pembukaan 10 cm (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 di sela-sela kontraksi. 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 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 batas pemeriksaan dalam dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetric menurut (Manuba, 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 penolong tidak sesuai APN. Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan praktik (PPIBI, 2021)

Pada pukul 21.35 WIB bayi lahir spontan, langsung menangis melkukn jepit-jepit potong melakukan klem arteri kemudian dibawa ke ruang Perinatologi.

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

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. N didokumentasikan dalam bentuk SOAP yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subjektif diperoleh hasil anamnesa terhadap Ny. N, 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 didapat dari studi kepustakaan untuk mendapat materi secara teoritis mengenai ketuban pecah dini, data pasien diperoleh dari rekam medik pasien yang selanjutnya data didokumentasikan dalam bentuk SOAP. dalam hal ini sesuai dengan teori Meikawati dkk, (2022) bahwa metode SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, 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 usia 28 tahun G2P1A0 gravida 37-38 minggu Inparu Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025, tanggal 18 Maret didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian data subjektif pada Ny. N usia 28 tahun G2P1A0 gravida 37-38 minggu Inpartu kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025 sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
2. Pengkajian data objektif pada Ny. N usia 28 tahun G2P1A0 gravida 37-38 minggu Inpartu kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025 sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
3. Analisa Ny. N usia 28 tahun G2P1A0 gravida 37-38 minggu Inpartu kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025 sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
4. Penatalaksanaan Ny. N usia 28 tahun G2P1A0 gravida 37-38 minggu Inpartu kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025 terdapat kesenjangan SOAP dengan praktik yaitu tidak diberikan anastesi sebelum melakukan hecing

5. Pendokumentasian Ny. N usia 28 tahun G2P1A0 gravida 37-38 minggu Inpartu kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025 didokumentasikan dalam bentuk SOAP

5.2 Saran

1. Bagi Penulis

Melalui Laporan Tugas Akhir ini penulis dapat menyimpulkan ilmu yang diperoleh selama menempuh pendidikan. Serta dapat menambah pengetahuan dan wawasan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi pihak institusi pendidikan agar dapat melengkapi buku-buku referensi dengan cetakan terbaru sehingga mahasiswa dapat memperoleh rangkuman materi dari sumber kepustakaan secara lengkap dan laporan ini dapat dijadikan bahan masukan informasi.

3. Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai standar yang ada dalam menangani pasien terutama dalam pemberian asuhan kebidanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, D. W. A. (2023). Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini. *Cendekia Medika: Jurnal Stikes Al-Ma`arif Baturaja*, 8(1), 150–159. <https://doi.org/10.52235/cendekiamedika.v8i1.223>
- Fitri, D. H., Umarianti, T., & Wijayanti, W. (2023). Efektivitas Kompres Hangat terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(4), 1189–1200. <https://doi.org/10.32583/pskm.v13i4.1159>
- Muliani, R. H. (2024). Analisis Faktor Resiko Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Margadana. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda*, 10(1), 1–4. <https://doi.org/10.52943/jikebi.v10i1.1555>
- Susilowati, E., Surani, E., & Anggie Estina, R. (2021). Faktor Yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini Pada Persalinan. *Bidan Prada : Jurnal Publikasi Kebidanan STIKes YLPP Purwokerto*, 12(2), 123. <https://ojs.stikesylpp.ac.id/index.php/Prada/article/view/549>
- WHO. (2020). WHO Labour Care Guide User's Manual. In *Who* (Issue licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO)).
- Widyaningsih, A., & Nur khayati, Y. (2023). Jenis persalinan terhadap keberhasilan inisiasi menyusui dini. *Indonesian Journal of Midwifery*, 6(1), 37–45. <http://jurnal.unw.ac.id/index.php/ijm>
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth*

experience.

Rukiyah & Yulianti (2020). *Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Kpd, Untuk Para Bidan.* Deepublish.

Badan Pusat Statistik. (2021). Sensus Penduduk 2020. *Bps.Go.Id*,27,1-52.

<https://papua.bps.go.id/presslease/2018/05/07/336/indeks-pembangunan-manusia-provinsi-papua-tahun-2017.html>

Dinkes Kabupaten Garut. (2020). data AKI/AKB di Garut.

Prawiroharjo (2013). *Asuhan Kebidanan Dengan Persalinan, Bayi/Balita Dan Anak Prasekolah Untuk Para Bidan.* Deepublish.

Manuba IBG (2018). *Pengertian Ketuban Pecah Dini, Penyebab KPD, Birth Injury Senter.* <https://birthinjurycenter.org/delivery-complications/birth-kpd/>

RI, K. (2019). kepmenkes nomor HK. 01.07/MENKES/214/2019. *Progres in Retinal And Eye Research*, 561(3),S2-S3

Jannah (2018). *Gustinerz.Com.* <https://gustinerz.com/Asuhan-Persalinan-dengan-KPD/>

Johnson (2014). *Gambaran Tanda-Tanda Ketuban Pecah Dini Pada Kehamilan Aterm.* 6-22. <https://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/468/>

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 Health Organization.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-mortality-report-2021#:~:text=lowest-mortality country.-,Causes,mort deaths in 2019>

LEMBAR BIMBINGAN KTI















Nama Mahasiswa : Zahwa Auliya








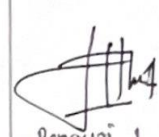



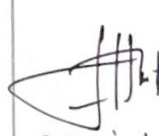
Nama Pembimbing : Rosha Alvia, SST. N

NIM : KH5B 22025

NIDN : 0932980912106

Judul KTI : Asuhan kebidanan pada Ibu Bersalin
Mx. N usia 28 tahun G2P1A0 Gravidita 38-39
partu kala I fase laten dengan KPD

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Selasa 14 April 2025	Pengajuan Judul	Acc Judul		
2.	Rabu 16 April 2025	BAB III	Revisi Bab III lanjut bab I, II		
3.	Jum'at 25 April 2025	Bab I dan II	Revisi Bab I - II		
4.	Senin 28 April 2025	Bab I II	Revisi Bab I, II lanjut Bab IV		
5.	Senin 05 Mei 2025	Bab IV	Revisi Bab IV		
6.	Jum'at 09 Mei 2025	Bab I, II, IV lanjut bab V	Revisi Bab I, II, IV lanjut Bab V		
7.	Senin 12 Mei 2025	Bab V	Revisi Bab II, III, IV, V		

8.	Senin 26 Mei 2025	Bab III, IV, V	Revisi Bab III, IV V		
9.	Rabu 28 Mei 2025	Bab I, II, III IV	Revisi Bab I dan IV		
10.	Senin 02 Juni 2025	Bab I, II, III IV	Acc Sidang		
11.	Kamis 12 Juni 2025	Bimbingan Revisi Sidang	Acc Revisi Penulisan		 Pengurus 1
12	Senin 30 Juni 2025	Bimbingan Revisi sidang	Acc		 Pengurus 2
13	Senin 30 Juni 2025	Bimbingan Revisi	Acc Pembukaan		 pengurus 1
14					
15					

Garut

2025

Mahasiswa

Pembimbing



.....

..... ROSITA Alvia, SST, M.K.M

Zahwa Auliyah