

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPERHENSIF PADA Ny. A  
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DAN By. Ny. A  
DI KOTA PONTIANAK**

**Astri Sundari<sup>1</sup>, Tilawaty Aprina<sup>2</sup>, Dwi Khalisa Putri<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

<sup>2</sup>Dosen Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

Program Studi D-III Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak  
Jl. Ampera No. 9 Telp (0561) 6655112, 6655114/ Fax. (0561) 6655115

e-mail : sundariastri64@gmail.com

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum dimulainya tanda-tanda persalinan, yang ditandai dengan pembukaan serviks <4 cm pada primipara atau 5 cm pada multipara. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm yaitu, pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu maupun pada kehamilan prematur yaitu pada usia kehamilan di bawah usia 37 minggu. Ketuban pecah dini merupakan salah satu kelainan dalam kehamilan. Ketuban pecah dini menjadi masalah penting dalam ilmu obstetri, karena berkaitan dengan penyulit yang berdampak buruk terhadap kesehatan dan kesejahteraan maternal maupun terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine, sehingga hal ini dapat meningkatkan masalah kesehatan di Indonesia. Insidensi ketuban pecah dini berkisar antara 8% sampai 10% dari semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya 2% dari semua kehamilan.

**Tujuan:** Mampu memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A dengan ketuban pecah dini dan By. Ny. A di Kota Pontianak.

**Metode Penelitian:** Penelitian ini menggunakan metode wawancara dan observasi (pengamatan).

**Hasil Penelitian:** Tidak didapatkan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus pada penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. A dan By. Ny. A tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus pada penatalaksanaan kasus KPD yang dilakukan dengan persalinan sectio caesarea dikarenakan ketuban ibu sudah banyak berkurang.

**Simpulan:** Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. A dan By. Ny. A dengan menggunakan 7 langkah verney. Dalam asuhan kebidanan Ny. A dan By. Ny. A tidak terdapat kesenjangan antara teori dan temuan dilapangan.

**Kata Kunci :** Asuhan Kebidanan Komprehensif, Persalinan, Ketuban Pecah Dini

# COMPREHENSIVE MIDWIFERY CARE FOR MRS. A WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AND HER BABY IN PONTIANAK CITY

## ABSTRAK

**Background:** Premature rupture of membranes is rupture of membranes before the onset of labor, which is marked by cervical opening <4 cm in prime or 5 cm in multiparas. This can occur in atheremic pregnancies ie, at more than 37 weeks gestation or in premature pregnancies ie at below 37 weeks' gestation. Premature rupture of membranes is a disorder in pregnancy. Amniotic rupture is an important problem in obstetric science, because it is associated with complications that adversely affect health and well-being as well as to the growth and development of intrauterine fetus, so this can increase health problems in Indonesia. The incidence of premature rupture of membranes ranges from 8% to 10% of all pregnancies. In pregnancy, the incidence is 2% of all pregnancies.

**Purpose:** Able to provide comprehensive midwifery care to Ny.A with premature rupture of membranes and By. Mrs. A in the city of Pontianak.

**Methods:** This research uses interview and observation methods.

**Results:** there is no gap between the theoretical review and case review on the management of obstetric care in Ny.A and By. Mrs. A there is no gap between theoretical review and case review in the management of KPD cases conducted with sectio caesarean delivery because maternal amniotic fluid has been greatly reduced.

**Conclusion:** Comprehensive Midwifery Care in Ny.A and By. Mrs. A by using verney 7 steps. In midwifery care by Mrs..A and By. Mrs. A there is no gap between theory and findings in the field.

**Keywords:** Comprehensive Midwifery Care, Maternity, Premature Rupture of Membranes.

## PENDAHULUAN

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum dimulainya tanda-tanda persalinan, yang ditandai dengan pembukaan serviks <4 cm pada primipara atau 5 cm pada multipara (Maryunani, 2013). Hal ini dapat terjadi pada kehamilan atrem yaitu, pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu maupun pada kehamilan prematur yaitu pada usia kehamilan di bawah usia 37 minggu (Sujiyanti, 2011). Ketuban pecah dini merupakan salah satu kelainan dalam kehamilan. Ketuban pecah dini menjadi masalah penting dalam ilmu obstetrik, karena berkaitan dengan penyulit yang berdampak buruk terhadap kesehatan dan kesejahteraan maternal maupun terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine, sehingga hal ini dapat meningkatkan masalah kesehatan di Indonesia (Soewarto, 2010).

Insidensi ketuban pecah dini berkisar antara 8% sampai 10% dari semua kehamilan. Pada kehamilan atrem insidensinya 2% dari semua kehamilan (Sualman 2011). Kejadian ketuban pecah dini di Amerika Serikat terjadi pada 120.000 kehamilan per tahun dan berkaitan dengan resiko tinggi terhadap kesehatan dan keselamatan ibu, janin dan neonatal (Marcer, 2013). Sebagian besar ketuban pecah dini pada kehamilan preterm akan lahir sebelum atrem atau persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah. Sekitar 85% morbiditas dan mortalitas prinalatal disebabkan oleh prematuritas. Ketuban pecah dini merupakan salah satu penyebab prematuritas dengan insidensi 30% sampai dengan 40% (Sualman, 2011).

Ketuban pecah dini belum diketahui apa penyebab pastinya, namun terdapat beberapa kondisi internal ataupun eksternal yang diduga terkait dengan ketuban pecah dini. Yang termasuk dalam faktor eksternal adalah infeksi dan status gizi dan yang termasuk faktor internal adalah usia ibu dan paritas beberapa faktor lain menunjukkan adanya keterkaitan dengan infeksi pada ibu. Dapat terjadi komplikasi pada ibu berupa infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan postpartum, bahkan kematian. Angka kematian ibu merupakan barometer pelayanan kesehatan ibu di suatu negara. Bila angka kematian ibu masih tinggi, berarti pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil belum baik. WHO memperkirakan lebih dari 585.000 ibu

pertahun meninggal saat hamil dan bersalin di negara-negara maju angka kematian ibu berkisar antara 5-10 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan di negara-negara sedang berkembang berkisar antara 750-1000 per 100.000 kelahiran hidup (Sarwono, 2010).

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2010, angka kematian ibu di Indonesia masih tergolong tinggi yaitu 253 per 100.000 kelahiran hidup, kemudian turun menjadi 244 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2017, lalu tahun 2018 menjadi 235 per 100.000 kelahiran hidup. Melihat kondisi tersebut, kesepakatan internasional dan pemerintah Indonesia menargetkan adanya perbaikan kondisi kesehatan ibu dan anak secara konkrit yang tertuang dalam poin-poin *millenium development goals* menurut angka kematian ibu dan anak dan meningkatkan kesehatan maternal. Di tahun 2015 pemerintah menargetkan menurunkan angka kematian ibu dan anak sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup dan 23 per 1.000 kelahiran hidup untuk angka kematian bayi sedangkan di Provinsi Kalimantan informasi mengenai tingginya angka kematian ibu dan anak bermanfaat untuk pengembangan program kesehatan reproduksi, terutama pelayanan kehamilan yang bebas resiko tinggi (*making pregnancy safer*).

Program peningkatan jumlah kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan, penyiapan sistem rujukan dalam penanganan komplikasi kehamilan, penyiapan keluarga dan suami siaga dalam menyongsong kelahiran, yang semuanya bertujuan untuk mengurangi angka kematian ibu dan anak dilihat dari sensus penduduk tahun 2010, angka kematian ibu dan anak di Provinsi Kalimantan Barat adalah sebesar 240 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan untuk nasional sebesar 259 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini berarti bahwa angka kematian ibu dan anak di Provinsi Kalimantan Barat menunjukkan adanya penurunan yang sangat signifikan, dimana dalam dua dasawarsa, pada tahun 2012 angka kematian ibu di Provinsi Kalimantan Barat berada di bawah angka nasional sedangkan, jika dilihat berdasarkan kasus kematian maternal yang terjadi pada tahun 2018 di Provinsi Kalimantan Barat, tercatat sebanyak 86 kasus kematian ibu. Sehingga jika dihitung angka kematian ibu maternal dengan jumlah kelahiran hidup sebanyak 90.913 maka kematian ibu maternal di Provinsi Kalimantan Barat pada tahun

2018 adalah sebesar 95 per 100.000 kelahiran hidup angka kematian ibu maternal terbesar ada di Kabupaten Kubu Raya, yaitu sebesar 158 per 100.000 kelahiran hidup dan terkecil ada di Kabupaten Kapuas Mempawah, yaitu sebesar 44 per 100.000 kelahiran hidup.

## **METODE**

Adapun metode pengumpulan data yang digunakan adalah metode wawancara dan observasi (pengamatan) sebagai berikut:

### **1. Wawancara**

Wawancara adalah suatu metode penelitian yang biasa digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan langsung atau informasi secara lisan dengan seorang responden secara bertatap muka (Sri Wulanasih, 2015).

### **2. Observasi (Pengamatan)**

Observasi atau pengamatan adalah metode penelitian yang tersusun dan terencana meliputi mencatat melihat dan mengklasifikasi sehubungan dengan masalah yang sedang kita teliti (Riyanto, 2013).

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **1. Kehamilan**

**Tabel 1. Pembahasan data subjektif ibu hamil**

Keterangan	Temuan	Teori
Ibu mengatakan ada pengeluaran air seperti air ketuban	Hasil pemeriksaan lebih lanjut ketuban (-)	Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina (Manuaba, 2012).

Kunjungan ANC	-Menurut pernyataan dan data dari buku KIA ibu melakukan pemeriksaan ANC 4 Kali yaitu pada trimester 1 sebanyak 1 kali dan trimester 3 sebanyak 3 kali ibu tidak melakukan pemeriksaan pada trimester ke-2 dengan alasan sibuk bekerja.	Menurut anjuran program permenkes bahwa kunjungan ANC sebaiknya dilakukan 4 kali dengan waktu kunjungan yang dianjurkan yaitu 1 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester 2 dan 2 kali pada trimester 3.
---------------	---	---

*Sumber: data primer, 2018*

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan temuan yang ada di lapangan data dari lapangan berdasarkan pernyataan dari ibu bahwa ada pengeluaran air seperti air ketuban dan hasil pemeriksaan lebih lanjut ketuban (-) menurut Manuaba, (2012) bahwa tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.

Dari data di atas didapatkan kesenjangan antara teori dan temuan di lapangan yaitu menurut pernyataan dan data dari buku KIA ibu melakukan pemeriksaan ANC 4 Kali yaitu pada trimester 1 sebanyak 1 kali dan trimester 3 sebanyak 3 kali ibu tidak melakukan pemeriksaan pada trimester ke-2 dengan alasan sibuk bekerja sedangkan menurut anjuran program permenkes bahwa kunjungan ANC sebaiknya dilakukan 4 kali dengan waktu kunjungan yang dianjurkan yaitu 1 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester 2 dan 2 kali pada trimester 3.

**Tabel 2. Pembahasan data objektif ibu hamil**

Keterangan	Temuan	Teori
Tinggi Badan	TB ibu saat hamil adalah 143 cm	Penelitian yang dilakukan oleh Patli (2015) mengenai tinggi badan ibu pada proses persalinan didapatkan kelahiran Caesar darurat pada ibu pendek dengan tinggi badan di bawah 145 cm adalah 32,5% sedangkan pada ibu dengan tinggi badan di atas 145 cm hanya 25%.

Dari data di atas didapat bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan temuan yang ada di lapangan yaitu penelitian yang dilakukan oleh Patli (2015) mengenai tinggi badan ibu pada proses persalinan didapatkan kelahiran Caesar darurat pada ibu pendek dengan tinggi badan di bawah 145 cm adalah 32,5% sedangkan pada ibu dengan tinggi badan di atas 145 cm hanya 25%.

## 2. Persalinan kala I

**Tabel 3. Pembahasan data subjektif pada ibu bersalin kala I**

Keterangan	Temuan	Teori
Data subjektif	-Ibu mengatakan ada pengeluaran air seperti air ketuban sejak tanggal 02-08-2019 pukul 02:00 wib	KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya (Nugroho, 2010).

*Sumber: data premier, 2019*

Berdasarkan data di atas tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus temuan yang ada di lapangan bahwa ibu mengatakan ada pengeluaran air seperti air ketuban sejak tanggal 02-08-2019 pukul 02:00 wiba dan teori menurut Nugroho, (2010) KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada saat akhir kehamilan maupun jauh sebelumnya.

**Tabel 4. Pembahasan data objektif pada ibu bersalin kala I**

Keterangan	Temuan	Teori
Data objektif	1. Pemeriksaan umum Keadaan umum : baik BB : 67,3 kg TB : 143 cm TD : 110/80 mmhg Nadi : 84 x/m Suhu : 36,2 °C Pernapasan : 22 x/m 2. Pemeriksaan fisik - Payudara : puting susu tidak menonjol - Jantung : normal - Paru – paru : normal - Hati / limfe : normal 3. Pemeriksaan khusus Inspeksi abdomen: - Tidak ada bekas luka operasi - Tidak ada lingkaran bendle - Tidak ada tanda Osborn Palpasi abdomen	Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum dimulainya tanda-tanda persalinan, yang ditandai dengan pembukaan serviks <4 cm pada primipara atau 5 cm pada multipara (Maryunani, 2013)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leopold I ; tfu 2 jari di bawah px (27cm) bagian fundus teraba lunak tidak melenting (bokong)</li> <li>- Leopold II : sebelah kanan perut ibu teraba punggung janin sebelah kiri ibu teraba ekstremitas janin.</li> <li>- Leopold III : di bagian bawah perut ibu teraba keras bulat melenting ( kepala janin)</li> <li>- Leopold IV : divergen 4/5 bagian teraba diatas symphysis pubis</li> <li>- HIS : 2x10'25'', inadkuat</li> </ul> <p>Auskultasi : DJJ : 140 x/m, teratur Taksira berat badan janin : 2.325 gram</p> <p>Pemeriksaan dalam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Portio</li> <li>a) konsistensi : lunak</li> <li>b) posisi : middle</li> <li>c) pendataran: 20%</li> <li>d) pembukaan: 2cm</li> <li>- ketuban : (-)</li> <li>- terbawah : kepala</li> <li>- penuruna : H-1</li> <li>- penunjuk : belum jelas</li> <li>- pemeriksaan panggul : tidak dilakukan</li> </ul> <p>4. pemeriksaan penunjang tidak dilakukan</p>	
--	---	--

*Sumber: data premier, 2019*

Dari data tabel di atas tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teori yang ada pada pemeriksaan dalam ibu ketuban (-) pembukaan masih 2 cm dan ini kehamilan anak pertama hal tersebut tidak berkesenjangan dengan teori yang menyatakan bahwa Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum dimulainya tanda-tanda persalinan, yang ditandai dengan pembukaan serviks <4 cm padaprimipara atau 5 cm pada multipara (Maryunani, 2013).



### 3. Kala II dan III

**Tabel 5. Pembahasan data subjektif pada ibu bersalin kala II da III**

Keterangan	Temuan	Teori
Data subjektif	Proses persalinan dengan sectio caesarea dilakukan karena his pada ibu tidak adekuat yang menyebabkan pembukaan ibu tidak bertambah operasi dilakukan oleh dr. Mohamad Taufik, Sp. OG pasien masih di ruang operasi.	Waktu terminasi pada kehamilan aterm dapat dianjurkan selang waktu 6-24 jam bila tidak terjadi his spontan Penanganan ketuban pecah dini menurut (Sarwono, 2010).

*Sumber: data premier, 2019*

Dari data yang tidak ada kesenjangan karna tidak terjadi his spontan selama selang waktu 6-24 jam menurut teori spontan Penanganan ketuban pecah dini menurut (Sarwono, 2010) maka dilakukan operasi sectio caesarea.

### 4. Kala IV

**Tabel 6. Pembahasan data pada ibu bersalin kala IV**

Keterangan	Temuan	Teori
Data subjektif	Ibu mengatakan masih merasa sedikit pusing, kaki seperti kesemutan dan nyeri di bagian luka operasi	Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan selam kurang lebih dua jam menurut Sulistyawati (2012)
Data objektif	Semua dalam batas normal dan pemantauan dilakukan selama 2 jam	Pada keadaan normal darah yang keluar setelah melahirkan kurang dari 500cc menurut Sulistyawati (2012)

*Sumber: data premier, 2019*

Dari data tabel di atas tidak didapat kesenjangan antara temuan dan teori yaitu tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan selama kurang lebih dua jam menurut Sulistyawati (2012), dan sesuai teori pemantauan perdarahan telah dilakukan selama 2 jam dan perdarahan yang terjadi masih dalam batas normal.

## 5. Bayi baru lahir

**Tabel 7. Data BBL**

Keterangan	Temuan	Teori
Berat badan	27,60 gram	Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37- 42 minggu atau 294 hari dan berat badan lahir 2.500 gram sampai dengan 4000 gram, bayi baru lahir ( <i>newborn</i> atau neonatus) adalah bayi yang baru di lahirkan sampai dengan usia empat minggu (Wahyuni, 2012).
Panjang badan	48 cm	
Lingkar kepala	33cm	
Lingkar dada	34 cm	
Lingkar lengan	13 cm	

*Sumber: data primer, 2019*

Hal ini berkesinambungan dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan temuan di lapangan dengan data By. Ny. A lahir langsung menangis spontan dengan berat badan 2.760 gram, Panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 34 cm, dan lingkar lengan 13 cm. Hal ini sesuai dengan teori Bayi Baru Lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37- 42 minggu atau 294 hari dan berat badan lahir 2.500 gram sampai dengan 4.000 gram, bayi baru lahir (*newborn* atau neonatus) adalah bayi yang baru dilahirkan sampai dengan usia empat minggu (Wahyuni, 2012).

Pada saat bayi baru lahir dilakukan penilaian secara menyeluruh dari tangisan bayi, tonus otot bayi, warna kulit dan hasilnya By. Ny A menangis dengan baik, tonus otot baik dan warna kulit merah muda.

### **PENUTUP**

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum dimulainya tanda-tanda persalinan, yang ditandai dengan pembukaan serviks <4 cm pada primipara atau 5 cm pada multipara dan dalam asuhan kebidanan komperhensif pada Ny. A dan By. Ny. A dengan menggunakan 7 langkah varney tidak terdapat kesenjangan antara teori dan temuan di lapangan.

Bagi tenaga medis hendaklah dapat dengan teliti dan benar-benar memahami bagaimana tanda gejala dan juga penanganan awal pada kasus ketuban pecah dini sedangkan bagi pasien diharapkan dapat memahami kondisi yang

terjadi dan mau mengikuti instruksi dari tenaga kesehatan agar penanganan dapat mudah dilakukan.

## REFERENSI

1. Kementrian Kesehatan Indonesia, 2010, *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2010*, Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
2. Manuaba, IBG, dkk. 2013. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
3. Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC.
4. Maryunani, Anik. 2013. *Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi*. Jakarta: Trans Info Media.
5. Mercer, J. Clayton, D. 2013. *Psikologi Sosial*. Jakarta: Erlangga.
6. Patli, Sunarsih. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
7. Prawirohardjo, Sarwono. 2012. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
8. Sarwono. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
9. Soewarto, S (2010). *Ketuban pecah dini*. Dalam: Prawirohardjo, S. Ilmu kebidanan. Edisi ke-4. Jakarta : Penerbit PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, pp ; 677-681.
10. Sualman K (2011). *Penatalaksanaan ketuban pecah dini kehamilan preterm*. Pekanbaru : Universitas Riau.
11. Sujiyanti, 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta :Salemba Medika.
12. Sulistyawati, Ari. 2013. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta : Salemba Medika.
13. Wahyuni. 2011. *Asuhan kebidanan ibu masa nifas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.