

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulis mempelajari teori dan pengalaman langsung di lahan praktek melalui laporan tugas akhir tentang asuhan kebidanan komprehensif pada Ny "N" dengan ketuban pecah dini (KPD) di RSB Jeumpa tanggal 16 Mei 2018, maka pada bab ini penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usiakehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Nugroho, 2012).
2. Dilakukan pengkajian pada Ny.N G_{II} P_I A₀ dengan ketuban pecah dini diperoleh data subjektif yaitu ibu mengatakan ada pengeluaran cairan dari jalan lahir berwarna putih jernih dan berbau khas. Tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Pada pengkajian data objektif Ny.N G_{II} P_I A₀ dengan ketuban pecah dini diperoleh keadaan umum baik, suhu 36,5°C, pengeluaran cairan pervaginam berwarna jernih dan berbau khas, pemeriksaan dalam : portio lunak, posisi anterior, pembukaan 5 cm, ketuban (-), pendataran

75%, kepala Hodge II. Pengkajian data objektif sesuai dengan tinjauan teori, jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

3. Pada analisa data tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan tinjauan kasus yakni pada masalah potensial ibu bersalin dengan ketuban pecah dini yaitu pada ibu biasa terjadi infeksi *intrapartal*/ dalam persalinan, infeksi *puerperalis*/masa nifas, *dry labour*/partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan *operatif obstetric* (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal, dan bagi janin biasa terjadi prematuritas (sindrom distres pernafasan, hipotermia, masalah pemberian makan neonatal, retinopati prematurit, perdarahan intraventrikular, *enterecolitis necroticing*, gangguan otak dan risiko *cerebral palsy*, *hiperbilirubinemia*, anemia, sepsis, *prolaps funiculli* / penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernapasan), dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal. Namun hal tersebut tidak terjadi karna telah ditangani dengan benar.
4. Pada penatalaksanaan terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dan teori, pada tinjauan teori seharusnya pasien diberikan infus Dekstrose 5% 500 ml drip oksitosin 5 unit/ 20 tetes dan misoprostol 25 µg – 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali, bila ada tanda-tanda

infeksi, berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri. Sedangkan pada tinjauan kasus pasien diberikan infus RL drip oksitosin 5 IU 32 tpm.

5. Pada kasus ibu bersalin pada Ny.N dengan ketuban pecah dini sebagian besar tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan teori dan lapangan.

B. Saran

1. Bagi bidan

Diharapkan bidan dapat lebihantisipasi atau melakukan tindakan segera untuk pasien yang mengalami ketuban pecah dini, dan merencanakan asuhan kepada ibu yang mengalami ketuban pecah dini.

2. Bagi RSUD

Disarankan agar Rumah Sakit dapat lebih meningkatkan mutu pelayanan untuk kasus yang memerlukan penanganan cepat seperti ketuban pecah dini supaya diberikan pelayanan secara optimal.

3. Bagi Pendidikan

Diharapkan untuk lebih mengetahui bagaimana asuhan yang diberikan kepada ibu yang mengalami ketuban pecah dini serta bagaimana penatalaksanaannya.

4. Bagi Pasien

Perlu pemahaman tentang ketuban pecah dini dan diharapkan untuk segera memeriksakan diri ke tempat pelayanan kesehatan jika mengalami tanda dan gejala ketuban pecah dini.