

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN NY.I USIA 28 TAHUN

G2P1A0 PARTURIENT 39-40 MINGGU DENGAN

KETUBAN PECAH DINI DI RSUD dr. SLAMET GARUT

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

ILMA AL AZIZAH

KHGB22082



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN

2025

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Amd.Keb), baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian 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 sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Mei 2025

Yang membuat pernyataan

(ILMA AL AZIZAH)
KHGB22082

**LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN NY.I USIA 28
TAHUN G2P1A0 PARTURIENT 39-40 MINGGU
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RSUD dr.
SLAMET GARUT**

NAMA : ILMA AL AZIZAH

NIM : KHGB22082

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk disidangkan dihadapan Tim Penela'ah
Program Studi Diploma Tiga Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

**Menyetujui,
Pembimbing,**



(Titi Purwitasari Handayani, SST .Bd, M.Keb)

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL :ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. I
G2P1A0 PARTURIENT 39-40 MINGGU DENGAN KPD
DI RSUD dr. SLAMET GARUT
NAMA : ILMA AL AZIZAH
NIM : KHGB22082

Laporan Tugas Akhir ini telah Disidangkan Dihadapan Tim Pembimbing dan Tim
Penela'ah Program Diploma Tiga Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Mengesahkan,

Pembimbing



(Titi Purwitasari Handayani, SST .Bd, M.Keb)

Penela'ah I



(Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.Keb)

Penela'ah II



(Bdn. Dian Fitriyani, SST .M.Keb)

Mengesahkan,

Ketua Program Studi D3 Kebidanan



(Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas segala limpahan rahmat, karunia serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN NY.I USIA 28 TAHUN G2P1A0 PARTURIENT 39-40 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RSUD dr. SLAMET GARUT”**. Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan program studi DIII Kebidanan.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, tentunya penulis begitu banyak mendapatkan bimbingan, bantuan, dan saran serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Suryadi, SE., M.Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M. Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
4. Lina Humaeroh SST, M. Kes.selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut
5. Titi Purwitasari Handayani, SST .Bd, M.Keb__ selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
6. Bilqis Ar-Rohman M,Tr.Keb selaku Penguji I
7. Bdn,Dian F,SST.,M.Keb Selaku penguji II yang telah bersedia menguji dan membimbing saya.
8. Seluruh dosen beserta staff Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.

9. Seluruh dosen, staf pengajar, dan tata usaha di STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali berbagai ilmu yang bermanfaat.
10. Kepada Ibu dan seluruh Bidan yang juga selalu memberikan dukungan serta membantu penulis dalam bentuk moral dan materi, serta memberikan ilmu dan bimbingannya kepada penulis.
11. Kepada Ny. I yang telah bersedia menjadi pasien, dan sudah dapat bekerja sama dengan baik kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
12. Kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas segala karunia dan anugrah-Nya sehingga penulis diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik.
13. Kepada Kedua orang tua, Moch.maksum dan popon suhanah terimakasih sudah berjuang untuk kehidupan penulis beliau mampu mendidik penulis, memotivasi dan memberi dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
14. keenam Saudara tersayang Heni marlina, Dede siti fatimah S,Pd.SD , Asep saepurrohman S.Pd., Ai siti maesaroh A.Md.Kes , muhammad abdul jalal .ST , Suci novia ramadhani A.Md.Keb terimakasih banyak atas segala motivasi support semangat dan dukungan kepada penulis dan juga selalu memberikan bantuan baik moral maupun materil dan selalu ada disaat suka dan duka.
15. Kepada seseorang yang tidak kalah penting kehadirannya Arya Muhammad Fazar terimakasih telah menjadi bagian dalam proses perjalanan penulis dalam menyusun KTI ini, telah berkontribusi baik tenaga, waktu, menemani, mendukung, serta menghibur penulis dalam kesedihan, mendengarkan keluh kesah dan meyakinkan penulis untuk pantang menyerah hingga penyusun KTI ini terselesaikan.
16. Terakhir, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada satu sosok yang selama ini diam-diam berjuang tanpa henti, seorang perempuan sederhana dengan impian yang tinggi, yang selalu memendam semua masalah sendiri, namun sering kali sulit ditebak isi pikiran dan hati. Terima kasih kepada

penulis laporan tugas akhir ini yaitu diriku sendiri, Ilma Al Azizah . Anak bungsu yang sedang melangkah menuju dewasa yang dikenal sifatnya seperti anak kecil pada umumnya. Terima kasih telah turut hadir di dunia ini, telah bertahan sejauh ini, dan terus berjalan melewati segala tantangan yang semesta hadirkan. Terima kasih karena tetap berani menjadi dirimu sendiri. Terimakasih telah bertahan walaupun cobaan terus datang baik yang kecil maupun besar. Aku bangga atas setiap langkah kecil yang kau ambil, atas semua pencapaian yang mungkin tak selalu dirayakan orang lain. Aku bangga padamu walaupun tidak punya tempat cerita dan mengadu, tapi kau selalu mengadu kepada-NYA. Walau terkadang harapanmu tidak sesuai dengan apa yang semesta berikan, tetaplah belajar menerima dan mensyukuri apapun yang kamu dapatkan. Jangan pernah lelah untuk tetap berusaha, berbahagialah dimanapun kamu berada. Rayakan apapun dalam dirimu dan jadikan dirimu bersinar dimanapun tempatmu bertumpu. Aku berdoa, semoga langkah dari perempuan kecilmu selalu diperkuat, dikelilingi oleh orang - orang yang hebat, serta mimpimu satu persatu akan terjawab.

Atas segala bantuan, bimbingan serta dukungan, penulis ucapkan terimakasih. Mudah- mudahan segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT. Akhir kata, penulis berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin Yarrabbal Aalamiin.

Garut, Mei 2025



Ilma Al Azizah

KHGB22082

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG LAPORAN TUGAS AKHIR	ii
LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN TUGAS AKHIR	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR ISTILAH.....	xi
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	4
1.2.1 Tujuan Umum	4
1.2.2 Tujuan Khusus	4
1.3 Metode Pengumpulan Data	5
1.3.1 Data Primer	5
1.3.2 Data Sekunder	5
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
1.4.2.1 Bagi Penulis	6
1.4.2.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	6
1.5 Tempat dan Waktu Pengkajian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini	7
2.1.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini.....	7
2.1.2. Patofisiologi Ketuban Pecah Dini	8
2.1.3 Penyebab Ketuban Pecah Dini	9
2.1.4 Mekanisme Ketuban Pecah Dini	12

2.1.5 Pemeriksaan yang dilakukan untuk Ketuban Pecah Dini	12
2.1.6 Komplikasi Ketuban Pecah Dini	13
2.2. Konsep Dasar Persalinan	14
2.2.1 Definisi persalinan	14
2.3 Kegawatdaruratan	14
2.4 Pendokumentasian	15
BAB III TINJAUAN KASUS	17
3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada NY. I Usia 28 Tahun Tahun G ₂ P ₁ A ₀ 17	
Gravida 39-40 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Di RSUD	17
dr.Slamet Garut.....	17
A. Data Subjektif	17
B. Data Objektif.....	21
C. Analisa	24
D. Penatalaksanaan	24
3.2 Catatan Perkembangan Kala I Fase Aktif.....	25
A. Data Subjektif	25
B. Data Objektif.....	25
C. Analisa	26
D. Penatalaksanaan	26
3.3 Kala II Persalinan	27
A. Data Subjektif	27
B. Data Objektif.....	27
C. Analisa	28
D. Penatalaksanaan	28
3.4 Kala III	29
3.5 Kala IV	29
3.6 Asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. I usia 28 tahun G ₂ P ₁ A ₀	31
gravida 39-40 minggu postpartum.....	31
A. Data subjektif	31
B. Data objektif.....	31
C. Analisa	32

D. Penatalaksanaan	32
3.7 Matrix.....	34
BAB IV PEMBAHASAN	35
4.1 Data Subjektif	35
4.2 Data Objektif.....	36
4.3 Analisa.....	37
4.4 Penatalaksanaan	37
4.5 Pendokumentasian	38
BAB V PENUTUP	40
5.1 Kesimpulan.....	40
5.2 Saran.....	41
DAFTAR PUSTAKA	42
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Matrik.....	34
------------------------------	----

DAFTAR ISTILAH

Istilah	Penjelasan
Abortus	Keguguran atau berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar rahim.
Asuhan kebidanan	Proses pemberian pelayanan oleh bidan kepada ibu hamil, bersalin, dan nifas.
Cairan ketuban	Cairan yang mengelilingi janin di dalam rahim selama kehamilan.
Diagnosa	Penentuan jenis penyakit atau kondisi berdasarkan gejala dan pemeriksaan.
Edukasi	Pemberian informasi atau penyuluhan kepada pasien untuk meningkatkan pemahaman dan kepatuhan.
Episiotomi	Sayatan pada perineum untuk memperlancar proses persalinan.
Evaluasi	Penilaian terhadap hasil intervensi atau tindakan medis yang telah diberikan.
Infeksi	Masuk dan berkembangnya mikroorganisme dalam tubuh yang menimbulkan penyakit.
Intervensi	Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan.
Ketuban pecah dini	Pecahnya selaput ketuban sebelum terjadi

	kontraksi persalinan.
Kontraksi	Gerakan otot rahim yang terjadi selama proses persalinan.
Leopold	Teknik pemeriksaan perabaan untuk mengetahui posisi dan bagian janin.
Nutrisi	Asupan zat gizi yang dibutuhkan ibu hamil dan janin untuk tumbuh optimal.
Palpasi	Pemeriksaan dengan meraba bagian tubuh untuk menilai kondisi organ dalam.
Partograf	Grafik untuk memantau perkembangan persalinan.
Pemeriksaan fisik	Observasi langsung terhadap kondisi tubuh pasien.
Pencegahan	Upaya untuk menghindari atau mengurangi risiko terjadinya masalah kesehatan.
Persalinan	Proses lahirnya janin dan plasenta dari rahim ibu.
Plasenta	Organ sementara selama kehamilan yang memberi nutrisi dan oksigen ke janin.
Postpartum	Masa setelah melahirkan (nifas), biasanya hingga 6 minggu.
Rencana asuhan	Susunan tindakan medis dan perawatan yang akan diberikan kepada pasien.
Ruptur	Pecahnya jaringan atau organ, misalnya ruptur

ketuban.

Trimester

Pembagian masa kehamilan dalam tiga bagian (triwulan).

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
WHO	: <i>World Health Organization</i>
KPD	: Ketuban Pecah Dini
MPDN	: <i>Maternal Perinatal Death Notifikation</i>
MMR	: <i>Maternal Mortality Rate</i>
PROM	: <i>Prematur Rupture Of Membran</i>
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
SOAP	: Subjektif Objektif Analisa Penatalaksanaan
MMP	: <i>Matrix Metall Proteinase</i>
TIMPS	: <i>Tissue Inhibitors Of Matrix Mettaloproteinase</i>
KPSW	: Ketuban Pecah Sebelum Waktunya

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ketuban pecah dini merupakan masalah penting yang berkaitan dengan komplikasi yang meningkatkan mortalitas dan morbiditas perinatal. Ketuban pecah dini (KPD) merupakan salah satu faktor risiko terjadinya komplikasi persalinan. Semakin lama KPD, semakin besar kemungkinan terjadi komplikasi persalinan, sehingga mengakibatkan kematian pada ibu dan bayi (W.Wiradarma, 2021).

Angka kematian ibu yang disebabkan ketuban pecah dini (KPD) di Indonesia berkisar 4,5% sampai 7,6% dari seluruh kehamilan. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator dari derajat kesehatan yang optimal. Faktor yang bisa menyebabkan infeksi *maternal* adalah ketuban pecah dini (KPD) yang merupakan masalah penting dalam obstetri. Komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh kejadian ketuban pecah dini yaitu persalinan *premature* dan penekanan tali pusat (Novalinda, 2018).

Di Indonesia, berdasarkan data *Maternal Perinatal Death Notification* (MPDN), sistem pencatatan kematian ibu Kementerian Kesehatan, angka kematian ibu pada tahun 2022 mencapai 4.005 dan di tahun 2023 meningkat menjadi 4.129 (Kemenkes, 2024).

Kasus kematian ibu pada tahun 2024 di Jawa Barat menempati urutan pertama dengan jumlah 50 orang pertahun dan Kasus Kematian bayi tahun 2024

menempati urutan ketiga dengan jumlah 332 pertahun Kasus Kematian Ibu di Kabupaten Garut pada tahun 2024 mencapai 50 kasus terdiri dari 1.000 kelahiran hidup Kasus Kematian Bayi di Kabupaten Garut tahun 2024 mencapai 332 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%, Komplikasi *Obstetrik* lain 10%, Infeksi 15%, dan yang lainnya 0,53% (Dinas Kesehatan Jawa Barat 2023).

Beberapa permasalahan yang sering muncul khususnya dalam kasus kematian ibu, diantaranya yaitu komplikasi yang ditimbulkan dari ketuban pecah dini. *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa *prevalensi* KPD di dunia berkisar antara 2-10% dari semua kehamilan. Angka kejadian KPD di Indonesia tahun 2023 adalah 4,3 %, dan di Jawa Barat mencapai 5,0% (Farisyah & Sri Mulyani, 2024). Berdasarkan data tersebut Penyebab AKI di Jawa Barat salah satunya infeksi, terjadinya infeksi pada masa perinatal salah satunya akibat kejadian ketuban pecah dini. Kabupaten Garut berdasarkan data dari (rekam medik dan register) angka kejadian KPD di Ruang Bersalin RSUD dr.Slamet Garut pada tahun 2021 menunjukkan jumlah KPD sebanyak 488 kasus.

Penelitian sebelumnya pada tahun 2022 dengan judul faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini di rumah sakit agniya kroya tahun 2022. Bahwa sebagian besar ibu bersalin di RSUD Aghisna Kroya dalam usia reproduksi sehat yaitu 75,87%; mempunyai paritas multipara yaitu 62,59%; dalam usia kehamilan aterm yaitu 69,23%; tidak mempunyai penyulit yaitu 61,89% dan berdasarkan faktor-faktor resiko yang mempunyai pengaruh kepada kejadian KPD

adalah faktor usia kehamilan ($p: 0,003$) dan faktor Penyulit kehamilan ($p: 0,001$), sedangkan faktor risiko yang tidak berpengaruh adalah faktor usia ibu ($p: 0,407$) dan faktor paritas ibu ($p: 0,619$) (Fajarsari & Suryandari, 2024).

Menurut hasil penelitian (Fifi, 2018) bahwa umur, paritas, riwayat kehamilan sebelumnya, trauma, jarak kehamilan berhubungan signifikan dengan kejadian ketuban pecah dini. Oleh karena itu peran bidan dalam menangani Ketuban Pecah Dini yaitu dengan memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin secara tepat, cepat dan komprehensif, karena jika ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini tidak mendapat asuhan yang sesuai maka resikonya akan berakibat pada ibu maupun janin. Dengan harapan setelah dilakukannya asuhan kebidanan yang cepat dan tepat maka kasus ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini dapat ditangani dengan baik, sehingga Angka Kematian Ibu di Indonesia dapat di kurangi (Safari, 2018).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 320 Tahun 2020, bidan memiliki standar kompetensi yang mencakup pelayanan kesehatan ibu, termasuk dalam kondisi kehamilan dengan risiko seperti KPD. Selain itu, Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2017 juga mengatur tentang kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan sesuai dengan standar profesi dan kode etik yang berlaku. Bidan berperan dalam deteksi dini dan penanganan awal KPD untuk mencegah komplikasi, pemberian edukasi kepada ibu hamil mengenai tanda-tanda KPD dan tindakan yang harus dilakukan, kolaborasi dengan tenaga medis untuk memastikan penanganan yang tepat sesuai dengan kondisi pasien, dan pemantauan kesehatan ibu dan janin setelah terjadi KPD untuk mengurangi risiko

infeksi dan komplikasi lainnya.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis melakukan pengambilan Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Ny I usia 28 Tahun G2P0A0Gravida Parturient 39-40 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Di RSUD dr. Slamet Garut”.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Dapat mengetahui gambaran Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny.I Usia 28 Tahun G2P1A0 Parturient 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD dr.Slamet Garut dengan menerapkan manajemen kebidanan dan pendokumentasian SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny.I Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida parturient 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD dr.Slamet Garut.
2. Melakukan pengkajian data objektif pada pada Ny.I Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida parturient 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD dr.Slamet Garut..
3. Menegakkan analisa pada Ny.I Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida parturient 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD dr.Slamet Garut.

4. Melakukan penatalaksanaan pada pada Ny.I Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida parturient 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD dr.Slamet Garut.
5. Melakukan pendokumentasian pada pada Ny.I Usia 28 Tahun G2P1A0 Gravida parturient 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD dr.Slamet Garut.

1.3 Metode Pengumpulan Data

Penulis melakukan asuhan kebidanan secara primer dan sekunder kepada pasien. Adapun teknik pengumpulan data yaitu dengan cara:

1.3.1 Data Primer

- 1) Observasi dengan pengamatan langsung pada keadaan pasien dan keadaan psikologis dan keadaan umumnya untuk mendapatkan data objektif.
- 2) Wawancara dilakukan pada Ny.I untuk mendapatkan data subjektif.
- 3) Pemeriksaan fisik dilakukan pada Ny. I untuk mendapatkan data objektif.

1.3.2 Data Sekunder

- 1) Studi kepustakaan studi kepustakaan di lakukan untuk mendapatkan materi materi secara teoritis mengenai KPD.
- 2) Studi dokumentasi data sekunder yang di dapatkan oleh penulis dari rekam medik atau status pasien.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penulisan ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai

ilmu baru perkembangan ilmu kebidanan khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Penulis

Mendapatkan pengalaman belajar dan dapat menambah wawasan, pengalaman serta keterampilan dalam memberikan penerapan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

1.4.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasilnya dapat digunakan sebagai referensi perpustakaan sebagai bahan kajian informasi untuk institusi pendidikan dalam meningkatkan kualitas pendidikan serta bahan kajian dalam mencari referensi untuk mahasiswa kebidanan selanjutnya yang melakukan studi kasus asuhan kebidanan. Sehingga mampu meningkatkan pengetahuan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

1.5 Tempat dan Waktu Pengkajian

Tempat dan Asuhan ini dilakukan di Ruang Bersalin di RSUD dr Slamet Garut. Waktu Asuhan dilakukan pada tanggal 20 Maret 2025 pukul 09.30 sampai dengan hari Senin tanggal 21 Maret 2025 pukul 12.00 WIB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

2.1.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) atau Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW) sering disebut dengan *Premature Rapture of the Membrane* (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada *primipara* kurang dari 3 cm dan pada *multipara* kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan *aterm* maupun pada kehamilan *preterm*. Pada keadaan ini dimana risiko infeksi ibu dan anak meningkat (Rohmawati & Fibriana, 2018).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah robeknya suatu *membran fetus* sebelum terjadinya suatu proses persalinan. Ketuban pecah dini terjadi sebelum usia 37 minggu yang dapat menyebabkan suatu kecemasan. Kecemasan adalah suatu kondisi emosional seseorang yang tidak menyenangkan yang di tandai dengan rasa takut dan khawatir pada diri individu. Banyak faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu faktor *internal* dan *external* (Azsiyah, 2019).

Ketuban pecah dini merupakan salah satu penyebab kematian, karena menyebabkan resiko infeksi. Kejadian ketuban pecah dini sebanyak 10% bisa terjadi pada semua kehamilan. Pada kehamilan *aterm* kejadiannya sekitar 6- 19%, sedangkan pada kehamilan *preterm* terjadi sekitar 2% dari semua kehamilan.

Ketuban pecah dini yang terjadi pada kehamilan *preterm* akan melahirkan sebelum *aterm* atau persalinan akan terjadi satu minggu setelah selaput ketuban pecah. Sebanyak 70% kasus ketuban pecah dini terjadi satu minggu setelah selaput ketuban pecah. 70% kasus ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan *aterm*, sekitar 85% mordibitas dan mortalitas prenatal disebabkan karena prematuritas, ketuban pecah dini berhubungan dengan penyebab *prematuritas* dengan *insidensi* 30-40% (Nurkhayati & Hasanah, 2020).

2.1.2. Patofisiologi Ketuban Pecah Dini

Pecahnya selaput ketuban disebabkan oleh hilangnya *elastisitas* pada daerah tepi robekan selaput ketuban. *Elastisitas* selaput ketuban sangat berkaitan erat dengan jaringan *kolagen*, *elastisitas* akan berkurang akibat adanya infeksi.

Pecahnya selaput ketuban disebabkan karena hilangnya *elastisitas* di daerah tepi robekan selaput ketuban. Hilangnya elastisitas selaput ketuban ini sangat berkaitan dengan jaringan *kolagen*, yang disebabkan oleh penipisan suatu infeksi atau rendahnya kadar kolagen. *Kolagen* pada selaput terdapat pada amnion di daerah lapisan kompakta, *fibroblast* serta pada *korion* di daerah lapisan *retikuler* atau *trophoblast*. *Elastisitas kolagen* dipengaruhi oleh *Matriks Metall Proteinase* (MMP), dimana MMP merupakan protein yang memecah kolagen, sehingga apabila terjadi pecahnya selaput membran dikaitkan dengan adanya peningkatan MMP dan aktivitas dan penurunan ekspresi dan aktifitas dari *tissue inhibitors of matrix mettalo proteinase* (TIMPs) (Rangawsangi, 2023).

2.1.3 Penyebab Ketuban Pecah Dini

Menurut (Rangawsangi, 2023) faktor penyebab Ketuban Pecah Dini terdapat beberapa faktor adalah sebagai berikut :

a. Faktor Maternal

1) Infeksi Infeksi disini terdiri dari:

a) Infeksi Genetalia

Infeksi genetalia yang dapat mempengaruhi lemahnya kekuatan selaput membran sehingga mengakibatkan selaput ketuban pecah adalah *candida candidiasis vaginalis*, bakteri *vaginosis*, dan *trikomonas*. Bakteri-bakteri yang menginfeksi saluran genitalia dapat memproduksi *fosfolipase*, *kolagenase*, dan *protease*. Adanya infeksi tersebut akan menyebabkan terjadinya penurunan fungsi pada membran ketuban sehingga kekuatan dari *membran* dan selaput ketuban berkurang akibatnya selaput ketuban tidak dapat mempertahankan janin yang berada di dalam rahim.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sulistiawati, 2019) diketahui bahwa ada hubungan bermakna antara infeksi genitalia dengan kejadian KPD dengan nilai $p=0,000$, Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan oleh (Andriyani, 2021), yaitu *nilai p-value fisher's extract test 0.042 a* yang memiliki makna adanya hubungan yang signifikan antara faktor infeksi dengan kejadian KPD.

b) Infeksi *Korioamnionitis/ Amnionitis*

Infeksi ini merupakan keadaan dimana cairan ketuban terinfeksi oleh bakteri. Penyebab infeksi ini adalah adanya *streptococcus microorganisme*, selain bakteri tadi ada *bacteroide fragilis*, *laktobatili* dan *Stapilococus*. Bakteri tersebut merupakan bakteri yang sering ditemukan dalam cairan ketuban, yang mana jika bakteri tersebut melepaskan *mediator inflamasi* dapat menyebabkan kontraksi uterus sehingga mengakibatkan pembukaan *serviks* sehingga menyebabkan ketuban pecah dini.

c) Infeksi saluran Kencing

Infeksi saluran kemih dibagi menjadi ISK bagian bawah (*bacteriuria asimtomatik*, *sistitis akut*), dan ISK bagian atas (*pielonefritis*). ISK tidak bergejala (*bacteriuria asimtomatik*) dan ISK bergejala (*sistitis akut* dan *pielonefritis*) masing-masing ditemukan pada 2-13% dan 1-2% ibu hamil.

2) Paritas

Paritas merupakan keadaan frekuensi ibu telah mengalami persalinan, terdiri dari 2 macam yaitu:

- a) Primipara: Wanita yang baru sekali mengalami kehamilan dengan janin yang dapat mencapai titik hidup. Berkaitan dengan psikologis dan mencakup keadaan hamil dan gangguan fisiologis.

- b) Multipara : Wanita yang telah mengalami kehamilan beberapa kali, dan mengalami ketuban pecah dini, dapat diyakini bahwa wanita ini memiliki risiko ketuban pecah dini kembali.

3) Riwayat Ketuban Pecah Dini

Wanita yang pada kehamilan sebelumnya mengalami ketuban pecah dini berisiko akan mengalami kejadian tersebut sebanyak 2 -4 x, hal ini dikarenakan adanya penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini.¹⁴

4) Usia Ibu kurang 20 tahun dan atau > 35 tahun

(Prawiraharjo, 2021) mendefinisikan bahwa usia ibu hamil yang aman melakukan persalinan adalah pada rentan usia 20 – 30 tahun. Dan menurut rosmawati usia ibu yang baik dalam melakukan persalinan adalah usia 20 - 35 tahun dikarenakan usia ibu pada rentan tersebut telah memiliki kesiapan fisik, emosional dan psikologis yang lebih matang.

5) Faktor lain :

- a) Merokok: ibu hamil yang merokok akan meningkatkan risiko ketuban pecah dini dikarenakan dalam rokok mengandung zat 18 kimia yang berbahaya yang menyebabkan lemahnya selaput membran ketuban.
- b) Sosial Ekonomi: Pendapatan keluarga merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas kesehatan keluarga, pendapatan yang tinggi dapat menunjang kondisi kesehatan yang berjalan dengan baik, sedangkan pendapatan yang rendah dapat memberikan rintangan dalam keluarga dalam mencapai kesejahteraan kesehatan.

2.1.4 Mekanisme Ketuban Pecah Dini

Mekanisme ketuban pecah dini ini terjadi akibat pembukaan *servik* yang masih prematur dan membran terkait dengan pembukaan terjadi *devolarisasi* dan nekrosis serta dapat di ikuti pecah spontan jaringan ikat yang menyangga membran ketuban, dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan *enzim proteolitik, enzim kolagenase*. Masa *interval* sejak ketuban pecah dini sampai terjadi kontraksi disebut fase laten (Prawiraharjo, 2021).

2.1.5 Pemeriksaan yang dilakukan untuk Ketuban Pecah Dini

Menurut (Suryani, 2022) untuk memastikan pasien KPD bisa dilakukan dengan beberapa cara diantaranya :

1. Pemeriksaan *Inspikulo* Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat adanya cairan dalam vagina dan melihat masih adakah selaput ketubannya.
2. Pada pemeriksaan dalam jika didapatkan adanya cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi maka pemeriksaan *Vaginal Toucher* (VT) perlu dipertimbangkan, terutama pada kehamilan yang belum cukup bulan dalam melakukan persalinan pemeriksaan dalam sangat dibatasi untuk dilakukan, karena pada saat melakukan pemeriksaan dalam akan masuk kedalam segmen bawah rahim dan di sana terdapat *flora* vagina yang normal dan bisa secara cepat *flora* vagina tersebut terinfeksi *mikroorganisme* sehingga menjadi *pathogen*. Sehingga pemeriksaan dalam pada kasus ketuban pecah dini dilakukan pada saat sudah dalam persalinan atau pada saat sudah dilakukannya induksi persalinan (Yusri et al. 2020).

3. Pemeriksaan nitrazin Pemeriksaan yang dilakukan menggunakan kertas lakmus yang dinilai dari perubahan warna kertas lakmus, dari warna merah menjadi biru apabila ketuban telah pecah.
4. Pemeriksaan dengan USG Pemeriksaan untuk menilai usia kehamilan, gerakan janin, detak jantung janin, letak janin dan posisi janin, serta banyaknya cairan ketuban.
5. Pemeriksaan cairan ketuban Pemeriksaan untuk menilai kadar *leukosit* dalam cairan ketuban apabila, leukosit terdapat 15000/mm³ maka kemungkinan terjadi infeksi.

2.1.6 Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Menurut (Suryani, 2022) beberapa komplikasi Ketuban Pecah Dini sebagai berikut :

a. Kelahiran Prematur

Setelah ketuban pecah biasanya akan segera diikuti dengan proses persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah, sedangkan pada kehamilan 28-34 minggu 50% persalinan terjadi dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu

b. Infeksi

Risiko infeksi apabila terjadi ketuban pecah dini akan meningkat pada ibu dan janin, infeksi pada ibu yang akan terjadi adalah *korioamnionitis*, dan pada janin akan terjadi *setikemia*, *pneumonia*. Kejadian infeksi ini biasanya lebih sering terjadi pada kehamilan preterm dibandingkan 20 kehamilan aterm, dan

infeksi ini terjadi tergantung berapa lama fase laten dari ketuban pecah dini tersebut.

c. Hipoksia dan Asfiksia

Ketuban pecah dini dapat mengakibatkan pengurangan jumlah air ketuban dalam rahim atau disebut *oligohidramnion*, sehingga mengakibatkan penekanan pada tali pusar yang mengakibatkan sirkulasi dalam tali pusar tidak baik dan menimbulkan *hipoksia*, sehingga terjadi gawat janin.

2.2. Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Definisi persalinan

Persalinan sering diartikan serangkaian kejadian pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri) (Kurniarum, 2019).

2.3 Kegawatdaruratan

Kegawatdaruratan obstetri dan neonatal merupakan suatu kondisi yang dapat mengancam jiwa seseorang, hal ini dapat terjadi selama 29 kehamilan ketika kelahiran bahkan saat hamil. Banyak sekali penyakit serta gangguan selama kehamilan yang bisa mengancam ibu maupun bayi yang akan di lahirkan. Kegawatan tersebut harus segera di tangani, karena jika lambat dalam menangani akan menyebabkan kematian ibu dan bayi baru lahir (Walyani & Purwoasturi, 2018).

2.4 Pendokumentasian

Metode Dokumentasi SUBJEKTIF, OBJEKTIF, ASSESMENT, PLANNING (SOAP) Dalam pendokumentasian metode SOAP, S adalah data *Subjektif*, O adalah data *Objektif*, A adalah *Analysis/Assessment*, P adalah *Planning* (Fauziah & dkk, 2010)

1. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang mempunyai ketidaksempurnaan dalam wicara, dibagian data di belakang huruf “S”, diberi tanda huruf “O” atau “X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data *subjektif* ini nantinya akan menguatkan *diagnosis* yang akan disusun.
2. Data Objektif merupakan pendokumentasian hasil *observasi* yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
3. Analisa, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil *analisis* dan *intrepretasi* (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi 23 sangat dinamis. Saudara-saudara, di dalam

analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan *intrepretasi* data yang telah dikumpulkan, mencakup: *diagnosis/diagnosis* dan masalah kebidanan/diagnosis, masalah kebidanan dan kebutuhan.

4. Planning /perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intrepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter Prawiharjo.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada NY. I Usia 28 Tahun Tahun G₂P₁A₀ Gravida 39-40 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Di RSUD dr.Slamet Garut

Hari/Tanggal Pengkajian	: Sabtu, 20-03-2025
Jam	: 09.30 WIB
Tempat	: Ruang VK (RSUD dr Slamet)
Pengkaji	: Ilma Al Azizah

A. Data Subjektif

1. Identitas Pasien

Nama	: Ny. I	Nama	: Tn. P
Umur	: 28 Tahun	Umur	: 29 Tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Cinunuk		

2. Alasan datang

Ibu datang ke bidan mengeluh keluar air ketuban dari jalan lahir tanggal 19/3/2025 pukul 21.00 dan dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan 1cm cek lakmus (-) pasien pulang. Pasien lalu datang lagi ke bidan tanggal

20/03/2025 pukul 04.00 mengeluh keluar air ketuban banyak disertai mulas-mulas dari pukul 03.00 his 2x10'15", lalu dilakukan pemeriksaan lakmus (+), dan pemeriksaan dalam pembukaan 1cm. Jam 06.00 pembukaan 2cm lalu dirujuk ke IGD PONEK RSUD dr.Slamet, Infus RL 1 labu, datang ke RS pukul 09.00 acc rujuk, Genitalia : V/V : Tidak ada kelainan Portio : Tipis lunak, Ketuban : Jernih Pembukaan : 4 cm Penurunan : hodge II, kolaborasi dengan dr obgyn untuk terminasi kehamilan.

3. Keluhan utama

Ibu mengatakan perut sudah kenceng-kenceng lebih kuat his 2x10'15" , keluar air ketuban mengalir terus menerus dan gerakan janin masih dirasakan aktif.

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

Pertama kali haid pada usia 14 tahun dan haidnya normal dengan siklus 28 hari, lama haid biasanya 6-7 hari dengan sifat darah cair dan biasa mengganti pembalut 3-4 kali ganti sehari. Kadang-kadang merasakan nyeri yang berlebihan.

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

Hamil : Ke-2,

HPHT : 16 juni 2024

Tp : 23 maret 2025.

Periksa kehamilan : teratur ke Bidan dan Posyandu sebanyak 6 kali dan 1 kali ke dokter

Imunisasi TT: Belum pernah

Gerakan janin pertama : Usia kehamilan $\pm$ 4 bulan dan gerakan yang dirasakan aktif, sehari >10 x gerak.

Obat-obatan :hanya minum obat yang diberikan oleh bidan seperti tablet fe

Keluhan selama hamil:

Trimester I : Ibu mengatakan mual muntah sampai usia kehamilan 4 bulan, muntah hanya di pagi hari saja 2-3x/hari

Trimester II : Ibu mengatakan lemas, kadang-kadang pusing jika sulit tidur malam

Trimester III : Ibu mengatakan pegal-pegal karena sering lupa minum vitamin kalsium ,nyeri bawah perut karena ibu suka beraktivitas lama.

5. Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi. Ibu mengeluh selama trimester 2 sering keputihan banyak disertai ada rasa gatal dan berbau warna keputihan kuning kehijau-hijauan.

6. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Kehamilan	Tahun	Penolong	Tempat	Aterm/ Preterm	Jenis Persalinan	BB/PB	Komplikasi
1	2020	Bidan	Puskesmas	Aterm	Spontan	3,2/49	Tidak ada
2	Hamil ini						

7. Riwayat Kesehatan

Ibu mengatakan juga tidak sedang dan tidak pernah menderita penyakit berat seperti jantung, hipertensi, diabetes melitus, asthma, TBC, malaria dan tidak ada penyakit keturunan dan menular lainnya.

8. Riwayat Penggunaan Alat Kontrasepsi

Ibu mengatakan pernah memakai KB suntik 3bulan alasannya karena ibu merasa jangka waktunya lebih lama, keluhan selama memakai KB suntik 3 bulan tidak menstruasi dan sering pegal-pegal.

9. Riwayat Perkawinan

Merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suami, ibu menikah pada usia 23 tahun, dan suami pada usia 30 tahun. lama pernikahan selama 8 tahun.

10. Riwayat Psikososial

Ibu dan keluarga merasa senang dengan kehamilan ini, pengambilan keputusan dalam keluarga adalah bersama suami. Adapun keluarga dan tetangga terjalin dengan baik, rencana ingin melahirkan di Bidan.

11. Pola Kebiasaan Sehari-hari

- a. Nutrisi. Sebelum Hamil : Kebiasaan makan 1 kali dan lebih sering makan- makan siap saji (seblak, basreng, bakso, mie, dll) Setelah hamil : Biasa makan 1-2 x sehari dengan menu kadang-kadang bervariasi (sayuran, lauk pauk dan buah-buahan) atau seadanya, porsi sedikit lebih sering makan yang cepat saji, makanan tidak ada pantangan. Minum 5-6 hari air teh dengan alasan kebiasaan ibu suka menyediakan minum dirumahnya menggunakan teh cap 3 jari

b. Eliminasi

Ibu mengatakan BAK 5-7 x sehari tanpa ada keluhan dan BAB 1 hari sekali tanpa ada keluhan.

c. Istirahat

Ibu mengatakan tidur malam ± 7 jam (kadang dari jam 09.00 WIB bangun jam 05.00 WIB) tanpa ada keluhan dan kadang-kadang tidur siang +2 jam sehari dengan sesekali merasa lemes dan pusing di siang hari.

d. Pola seksual

Ibu mengatakan terakhir berhubungan seksual dengan suami 3 minggu terakhir, dan tidak ada keluhan apapun.

12. Aktivitas sehari-hari

Kegiatan sehari-hari mengerjakan pekerjaan rumah tangga , dan pekerjaan yang berat-berat dikerjakan oleh suami.

13. *Personal hygiene*

Ibu mengatakan mandi 1 atau 2 x sehari, gosok gigi 2x sehari, ganti celana dalam 2x sehari (atau lebih jika terasa lembab

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Sedang

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda Vital

TD : 120/70 mmHg

N : 70x/m

P : 18x/m

S : 36,2°C

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Bersih, tidak ada benjolan tidak nyeri ketika ditekan
- b. Wajah : Tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum
- c. Mata : Konjungtiva pucat, sklera putih, ibu bisa melihat dan bisa membedakan warna dengan baik
- d. Mulut : Lidah bersih, tidak terdapat carries, tidak stomatitis
- e. Payudara : Puting susu menonjol, kolostrum belum keluar
- f. Abdomen : tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, tidak ada retraksi/dimpling Tidak ada bekas operasi

Palpasi

- TFU : 32cm
- Leopold I : Teraba bulat lunak difundus ibu (bokong)
- Leopold II : Teraba keras memanjang disebelah kiri ibu punggung bayi (puki)
- Leopold III : Teraba bulat keras melenting dibagian bawah ibu (Kepala)
- Leopold IV : Divergent
- Perlimaan : 3/5
- His : 2x10'15"
- TFU : 32cm
- TBBJ : (32-11) X 155 Gram

21 x 155 Gram = 3.255 Gram

Auskultasi : DJJ : 151x/m Reguler

g. Ekstremitas

Atas : Tidak ada oedema, kuku sedikit pucat, pergerakan normal

Bawah : Tidak ada oedema, tidak ada varices, refleks patella pada kedua tungkai ada, kuku tidak pucat. Reflex patella: +/- Tidak dilakukan pemeriksaan

h. Genitalia

V/V : Tidak ada kelainan

Portio : Tipis lunak

Pembukaan : 4 cm

Ketuban : Jernih

Penurunan : Hodge II

2. Pemeriksaan Penunjang:

Hemoglobin : 12,1 gr/dl%

Protein Urine : Negative

Glukosa Urine : Negative

HIV : Non Reaktif

HbsAg : Non Reaktif

Sipilis : Non Reaktif

Lakmus : (+) lakmus merah jadi biru

C. Analisa

G2P1A0 parturient 39-40 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan Ketuban Pecah Dini, Janin tunggal hidup

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu Ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu hamil dengan usia kehamilan 39-40 minggu keadaan umum janin saat ini baik.

Evaluasi: Ibu mengerti

2. Menjelaskan kepada ibu tentang keluhan yang dirasakan mulas, adalah karena pembukaan sudah bertambah jadi pembukaan 4

Evaluasi : ibu mengerti

3. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa KPD ibu sudah berlangsung 12 jam.

Evaluasi : Ibu mengerti tanda bahaya KPD

4. Kolaborasi dr SpOG memberikan :

a. Antibiotic amoxcillyn 3x1tab, 500mg per-oral

b. Drip oxytocin 5 unit + 500ml 20 tpm.

Evaluasi : Diberikan antibiotik amoxcillyn jam 11

Dilakukan pemberian drip oxytocin jam 11

5. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan kesejahteraan janin melalui patograf.

Evaluasi: patograf terlampir

6. Melakukan terminasi induksi persalinan sesuai advis dokter

Evaluasi : Ibu bersedia

3.2 Catatan Perkembangan Kala I Fase Aktif

Tanggal : 20-03-2025

Jam : 11.00 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa mules semakin adekuat dan rasa ingin meneran.

B. Data Objektif

Keadaan umum : tampak lemas

Kesadaran : Composmentis

Emosional : Stabil

Tanda tanda vital TD : 130/80 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,5 derajat Celsius

P : 21x/menit

SPO : 99 %

Perlimaan : 2/5

His : 4x10'45''

DJJ : 132x/menit, regular

Genitalia :

Genetalia eksterna : Tidak ada varises, tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan, ada pengeluaran air ketuban, pengeluaran lender bercampur darah

Genetalia Interna : Pemeriksaan dalam :V/V Tidak ada kelainan, portio tipis lunak, ketuban jernih, pembukaan 7 cm, teraba Ubin-ubin kecil, penurunan

kepala Hodge III.

C. Analisa

G2P1A0 parturient 39-40 minggu inpartu kala I fase aktif dengan Ketuban

Pecah Dini

Janin Tunggal hidup intra uterin

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan.

Evaluasi: Ibu dan keluarga mengerti.

2. Melakukan pemantauan Denyut Jantung Janin (DJJ) 1 jam 1 kali

Evaluasi: Denyut Jantung Janin (DJJ) 144x/menit regular, terlampir dilembar patograf.

3. Menginformasikan kembali kepada ibu mengenai teknik pernafasan selama bersalin yang benar.

Evaluasi: Ibu melaksanakan teknik pernapasan sesuai pernapasan

4. Menganjurkan kepada ibu untuk memenuhi kebutuhan hidrasi selama proses persalinan.

Evaluasi: ibu sudah minum 250 ml

5. Melakukan induksi persalinan kepada ibu dengan 500 ml rl dan 5 unit oxytocin 20 tpm /menit

Evaluasi: Terpasang infus dan drip oxytocin 5 unit.

6. Mengobservasi kemajuan persalinan ibu dan kesejahteraan janin pada lembar patograf.

Evaluasi: terlampir dipatograf

3.3 Kala II Persalinan

Tanggal : 20-03-2025
 Jam : 15.00 WIB
 Tempat : Ruang VK
 Pengkaji : Ilma Azizah

A. Data Subjektif

Ibu merasa ada dorongan ingin meneran dari jalan lahir.

B. Data Objektif

Keadaan umum : lemas
 Kesadaran : Composmentis
 Emosional : Stabil

Tanda-tanda vital :

TD : 120/80 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,5°C

P : 21x/menit

SPO2 : 99 %

His : 5x10'50''

DJJ : 145x/menit

Penurunan kepala : 1/5

1. Pemeriksaan dalam

V/v : Tidak ada Oedema, tidak ada pembengkakan kelenjar
 bartholini, tidak ada varises

Portio : Tidak Teraba.
 Pembukaan : Lengkap.
 Presentasi : Kepala
 Penunjuk : (UUK) depan
 Penurunan kepala : Hodge IV.

C. Analisa

G2P1A0 parturient 39-40 minggu Inpartu kala II

Janin Tunggal hidup intra uterin

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa pembukaan sudah lengkap.

Evaluasi: Ibu dan keluarga mengerti.

2. Membantu ibu mencari posisi yang nyaman untuk meneran.

Evaluasi: Ibu mengerti.

3. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ada dorongan ingin mencedan.

Evaluasi: Ibu melaksanakan sesuai anjuran.

4. Melakukan pertolongan persalinan kepada ibu.

Evaluasi: bayi lahir spontan ,bayi menangis kuat Gerakan aktif ,jenis kelamin Perempuan Bayi lahir spontan pukul 15.30.

5. Melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Evaluasi : bayi langsung dibawa keruang perinatology

3.4 Kala III

Pukul ; 15:30

S : Ibu mengatakan mengeluh masih merasa mules dibagian perut

O : Kesadaran; Composmentis, Conjunctiva : merah muda, Uterus: Globuler,
Kandung Kemih kosong , tampak tali pusat di depan vulva

A : P2A0 Kala III

P : Melakukan Manajemen aktif kala III

1. Melakukan pengecekan janin kedua

Evaluasi : janin kedua tidak teraba

2. Melakukan penyuntikan oxytocin 10ml unit secara IM

Evaluasi : janin kedua tidak teraba

3. Melakukan PTT dan melihat tanda tanda pelepasan placenta (peregangan tali pusat terkendali dan pelepasan placenta)

Evaluasi : plasenta lahir pukul 15.45 lengkap

4. Melakukan eksplorasi uterus pada ibu

Evaluasi: kondisi bersih tidak ada sisa placenta

5. Massase uterus 15x dalam 15 detik

Evaluasi : kontraksi baik teraba keras

3.5 Kala IV

Pukul; 15 : 45

S : Ibu mengatakan masih mules dibagian perut dan merasa lemas

O : K/U : Baik,

Kesadaran : composmentis

TTV :

TD : 120/70 mmHg

N : 70x/m

P : 19x/m

S : 36,2°C

Kontraksi uterus : Globuler

TFU : 3 jari bawah pusat

Kandung kemih : Kosong

Laserasi : Terdapat laserasi derajat II

A : P2A0 Kala IV Persalinan

P :

1. Memberitahu hasil pemeriksaan

Evaluasi: Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Melakukan pengecekan laserasi perineum

Evaluasi : terdapat laserasi di mukosa vagina, kulit perineum, dan otot perinum

3. Melakukan penjahitan perinium kepada ibu

Evaluasi : dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur dengan anastesi lidocain

4. Mengajarkan kepada keluarga masase uterus

Evaluasi ibu/keluarga melakukan uterus teraba keras

5. Menganjurkan ibu mobilisasi dini

Evaluasi : ibu melakukan

6. Menganjurkan ibu minum hidrasi

Evaluasi : Ibu melakukan

7. Memberikan edukasi pada ibu tentang perawatan perineum

Evaluasi : ibu mengerti

8. Mengajarkan ibu tentang teknik menyusui yang benar

Evaluasi : ibu mengerti dan bisa menyusui dengan teknik yang benar

9. Melakukan pemantauan kala IV

Evaluasi : terlampir dipatograf

3.6 Asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. I usia 28 tahun G2P1A0

gravida 39-40 minggu postpartum

Tanggal Pengkajian : 20 Maret 2025

Waktu pengkajian : 21.30 WIB

Tempat pengkajian : RSUD dr Slamet Garut

Pengkaji : Ilma Al Azizah

A. Data subjektif

Ibu mengatakan keadaannya semakin membaik namun khawatir akan bayinya.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Keadaan emosional : Stabil

2. Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 120/80mmHg

Nadi :89 x/menit

Respirasi :21x/menit

Suhu :36,5 0C

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Mata :Konjungtiva merah muda, sclera putih
- b. Payudara :Bentuk simetris, pembengkakan tidakada,
Putting sedikit tenggelam, colostrum(+),nyeri tekan Tidak ada
- c. Abdomen :Kontraksi uterus baik,Tfu3jari bawah pusat
Kandungkemih kosong
- d. Genitalia :Tidak ada varises, tidak ada kelainan Pengeluaran darah normal.

C. Analisa

P1A0 postpartum 6 jam ,Fisiologis

D. Penatalaksanaan

4. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu.
Evaluasi : ibu mengerti
5. Mengobservasi keadaan umum ibu, TTV, kontraksi uterus, perdarahan.
Evaluasi : terpantau baik
6. Mengobservasi pengeluaran ASI, involusiuteri, kandung kemih.
Evaluasi : ibu mengerti
7. KIE pada ibu dan salah satu anggota keluarga mengenai cara mencegah perdarahan dengan massase uterus.
Evaluasi : ibu mengerti

8. KIE untuk selalu menjaga kehangatan bayinya

Evaluasi : ibu mengerti

9. KIE mengenai tanda-tanda bahaya

Evaluasi : ibu mengerti

10.KIE mengenai vulva hygiene yang benar

Evaluasi : ibu bisa melakukannya

11.KIE ibu untuk control kembali setelah satu minggu kemudian,dan apabila ada keluhan

Evaluasi : ibu bersedia

3.7 Matrix

Tabel 3.1 Matrik

No	Kasus/Masalah	Pengertian	Penyebab		Planning/Intervensi		Evidence Based
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
	Ketuban Pecah Dini	Ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) sering disebut dengan premature reapture of the membrane (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada 6 primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm. Pada keadaan ini dimana risiko infeksi ibu dan anak meningkat. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam masalah obstetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi (Purwaningtyas, 2017)	1. Serviks inkompeten 2. Ketegangan uterus yang berlebihan 3. Faktor keturunan 4. Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten. 5. Kelainan letak janin dalam Rahim 6. Infeksi 7. coitus saat kehamilan trimester III dengan frekuensi > 3x seminggu,	Terjadinya infeksi banyak keputihan pada trimester 2 keputihan banyak berbau, hijau disertai gatal	Penanganan KPD secara aktif : kehamilan > 37 minggu induksi dengan oksitocin, bila gagal dilakukan sc. Dapat pula diberikan misoprostol intra vaginal tiap 6 jam maksimal 4x. Bila ada tanda tanda infeksi berikan anti biotik dosis tinggi dan persalinan di akhiri. 1. Bila skor pelviks < 5, lakukan pematangan serviks. Kemudian induksi. Jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan sc. 2. Bila skor > 5 induksi persalinan, partus pervaginam (prawiroharjo , 3013)	1. Konsultasi dan kolaborasi dengan dokter 2. Pasang infus RL 3. Memberikan obat antibiotik cefitaxim Skintest (-) 4. Drif oksitocin 5IU dalam cairan RL 20 tpm 5. Membtasi pemeriksaan dalam 6. Observasi kemajuan persalinan 7. Melakukan penolongan persalinan	1. Usia kehamilan 24 – 30 minggu lebih baik di pertahankan dengan pemberian antibiotik profilakasis dengan kortikosteroid 2. Usia kehamilan >34 bila di pertahankan kehamilannya akan meninggalkan resiko korioamnionitis dan sepsis 3. Aktif pada kehamilan > 37 minggu lebih di pilih induksi awal dengan oksitocin dari pada menggunakan prostaglandin pervaginam karena dapat meningkatkan korioamnionitis dan infeksi neonatal. (PNPK , 2016)

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Data Subjektif

Hasil anamnesa ibu mengeluh mulas disertai keluar air ketuban dari jalan lahir. Berdasarkan teori dari (Rohmawati & Fibriana, 2018) Ketuban Pecah Dini (KPD) atau Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW) sering disebut dengan *Premature Repture of the Membrane* (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm. Pada keadaan ini dimana risiko infeksi ibu dan anak meningkat. Tidak ada kesenjangan teori (Rohmawati & Fibriana, 2018) dan praktik.

Ibu merupakan rujukan dari TPMB dan telah dilakukan pemeriksaan lakmus berwarna merah berubah jadi biru. Menurut teori (Suryani, 2022) pemeriksaan yang dilakukan menggunakan kertas lakmus yang dinilai dari perubahan warna kertas lakmus, dari warna merah menjadi biru apabila ketuban telah pecah.

Ny. I hamil anak kedua dan Ny. I diagnosanya Ketuban Pecah Dini dan salah satu faktor penyebab KPD adalah infeksi genitalia, ibu mengeluh keputihan banyak, berbau hijau disertai rasa gatal pada Trimester kedua. Berdasarkan teori (Rangawsangi, 2023) penyebab terjadinya KPD Infeksi genetalia yang dapat mempengaruhi lemahnya kekuatan selaput membran sehingga mengakibatkan

selaput ketuban pecah adalah *candida candidiasis vaginalis*, *bakteri vaginosis*, dan *trikomonas*. Berdasarkan pengkajian data subjektif tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

4.2 Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis (Kemenkes, 2024). TTV diperoleh untuk TD : 120/70 mmHg, N : 70x/m, P : 18x/m, S : 36,2, TFU ; 32cm, DJJ : 151x/menit Regules. Untuk pemeriksaan dalam diperoleh V/v : T.a.k, Portio : Tipis, lunak, Ketuban : (-) Jernih, Pembukaan : 4 cm, Presentasi : Kepala, Penurunan : HII, Molase : Tidak ada. Berdasarkan teori (Rohmawati & Fibriana, 2018) bahwa pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan *multipara* kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan *preterm*.

Pemeriksaan dalam pada Ny. I pada saat datang dan 2 jam setelahnya dilakukan pemeriksaan dalam < 4 jam menurut teori (Yusri et al. 2020) walaupun pemeriksaan dalam dibatasi minimal 4 jam sekali, tetapi pemeriksaan dalam boleh dilakukan pada kasus ketuban pecah dini yaitu saat sudah dalam persalinan atau pada saat sudah dilakukannya induksi persalinan, dimana kasus pada Ny. I tersebut sudah dilakukan induksi persalinan, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

4.3 Analisa

Berdasarkan pengkajian data subjektif Ibu datang ke bidan mengeluh keluar air ketuban dari jalan lahir tanggal 19/3/2025 pukul 21.00 WIB dan dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan 1cm cek lakmus (-), pasien disarankan pulang. Pasien lalu datang lagi ke bidan tanggal 20/03/2025 pukul 04.00 mengeluh keluar air ketuban banyak disertai mulas-mulas dari pukul 03.00 his 2x10'15", dilakukan pemeriksaan lakmus (+).

Data objektif TTV diperoleh untuk TD : 120/70 mmHg, N : 70x/m, P : 18x/m, S : 36,2, TFU ; 32cm, DJJ : 151x/menit Reguler. Untuk pemeriksaan dalam diperoleh V/v : T.a.k, Portio : Tipis, lunak, Ketuban : Jernih, Pembukaan : 4 cm, Presentasi : Kepala, Penurunan : HII, Molase : Tidak ada. Berdasarkan teori (Rohmawati & Fibriana, 2018) bahwa pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm.

Oleh karena itu ditetapkan bahwa analisa ibu yaitu Asuhan kebidanan ibu bersalin Ny i usia 28 tahun G2P1A0 parturieunt 39-40 minggu dengan ketuban pedah dini. Hal ini sesuai dengan teori (Fauziah & dkk, 2010) yaitu Analisa merupakan hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

4.4 Penatalaksanaan

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang didapatkan pada Ny I, penatalaksanaan yang dilakukan seperti melakukan observasi dan pemantauan

secara ketat, pemenuhan nutrisi dan cairan untuk mempertahankan kondisi tubuh pasien, melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik amoxcylin 4x500 mg untuk mencegah terjadinya infeksi. Ini sesuai dengan teori (Purwaningtyas, 2017) bahwa pemberian antibiotik seperti cefadroxil 2x500mg dan amoxcilyn 4x500mg dilakukan selama 3-5 hari, atau antibiotik spektrum luas lain yang sensitif terhadap infeksi yang ada.

Ny. I dipindahkan ke ruang bersalin dengan usia kehamilan 39-40 minggu sudah termasuk kategori aterm, sehingga dilakukan terminasi kehamilan dengan mendapatkan drip oxytocin 0,5 ml dilarutkan kedalam 500 ml RL hal tersebut sesuai dengan protap RSUD dr. Slamet Garut yang mengatakan bahwa apabila kehamilan >37 minggu diberikan induksi dengan oksitocin untuk terminasi kehamilan yang menyebabkan *kontraksi ritmis* pada uterus, meningkatkan *frekuensi* kontraksi yang telah ada, dan meningkatkan *tonus* otot-otot uterus sehingga mampu menghasilkan kontraksi yang adekuat untuk membuka *serviks* dan mendorong janin turun (descent) (Prawiraharjo, 2021). Penatalaksanaan yang dilakukan Tidak terdapat ada kesenjangan antara teori dan praktik berdasarkan kasus Ny.I dengan usia kehamilan aterm dari protap penanganan RSUD dr Slamet Garut dengan melakukan terminasi kehamilan dengan induksi persalinan.

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. I di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, yang dilakukan dari hasil pengkajian data subjektif dan objektif dan ditegakkanlah analisisnya, lalu dilakukan penatalaksanaan. Proses asuhan kebidanan pada Ny. I ini sesuai teori

yang dikemukakan oleh (Fauziah & dkk, 2010).

Data subjektif ny I mengeluh keluar air ketuban dari jalan lahir datang ke PMB pembukaan 1cm dilakukan pemeriksaan kertas nitrazin dengan hasil positif. Ny.I diobservasi tidak ada kemajuan pembukaan lalu dirujuk ke RSUD dr.Slamet Garut.

Data Objektif ibu V/v : T.a.k, Portio : Tipis,lunak, Ketuban : Jernih, Pembukaan : 4 cm, Presentasi : Kepala, Penurunan : HII, Molase : Tidak ada

Analisa yaitu menentukan diagnosa yang akan ditetapkan pada Ny.I sesuai dengan data subjektif dan data objektif pada Ny.I yaitu Ketuban Pecah Dini (KPD). KPD adalah 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 aterm maupun pada kehamilan preterm.

Penatalaksanaan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotic amoxcylin mencegah terjadinya infeksi. Masalah penting dalam masalah obstetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan persalinan pada Ny. I usia 28 tahun G2P1A0 gravida inpartu kala 1 fase Aktif dengan ketuban pecah dini di RSUD dr. Slamet Garut, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Dari hasil pengkajian data subjektif pada Ny. I di dapatkan ibu mengeluh keluar air ketuban dari jalan lahir disertai dengan mules namun masih jarang, ketuban berwarna jernih.
2. Dari hasil pengkajian data objektif pada Ny. I diperoleh ketuban (-) berwarna jernih, pembukaan 4 cm dan tes lakmus (+) dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik lapangan.
3. Berdasarkan pengkajian dari data subjektif dan objektif Analisa yang ditetapkan pada Ny. I yaitu ketuban pecah dini (KPD). Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik lapangan.
4. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. I yaitu memberikan *drip oxytocin* dan *amoxicilin* sesuai *advice* dokter Sp.OG, serta penanganan lainnya sesuai dengan kebutuhan. Tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan.
5. Pendokumentasian asuhan pada Ny. I dilakukan dengan metode SOAP.

5.2 Saran

1. Bagi penulis Diharapkan agar penulis dapat meningkatkan ilmu pengetahuan, wawasan dan keterampilan mengenai ilmu kebidanan, sehingga mampu memberikan asuhan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.
2. Bagi Institusi Pendidikan Diharapkan agar lebih intensif dalam memberikan bimbingan baik tempat praktek maupun penyusunan LTA yang akan datang.
3. Bagi pelayanan kesehatan Diharapkan untuk bisa meningkatkan mutu pelayanan yang sesuai dengan standar yang berlaku untuk penanganan Ketuban Pecah Dini.
4. Bagi mahasiswa Mahasiswa waktu melaksanakan asuhan kebidanan persalinan patologis khususnya ketuban pecah dini saat praktek agar menerapkan asuhan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan sesuai dengan kewenangan yang diberikan kepada bidan dan sesuai dengan protaf yang ditetapkan ditempat mahasiswa praktek, sistem pendokumentasian di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, sehingga mahasiswa mendapatkan pengalaman, keterampilan dan dapat meningkatkan pengetahuan dalam melaksanakan asuhan kebidanan kepada klien.

DAFTAR PUSTAKA

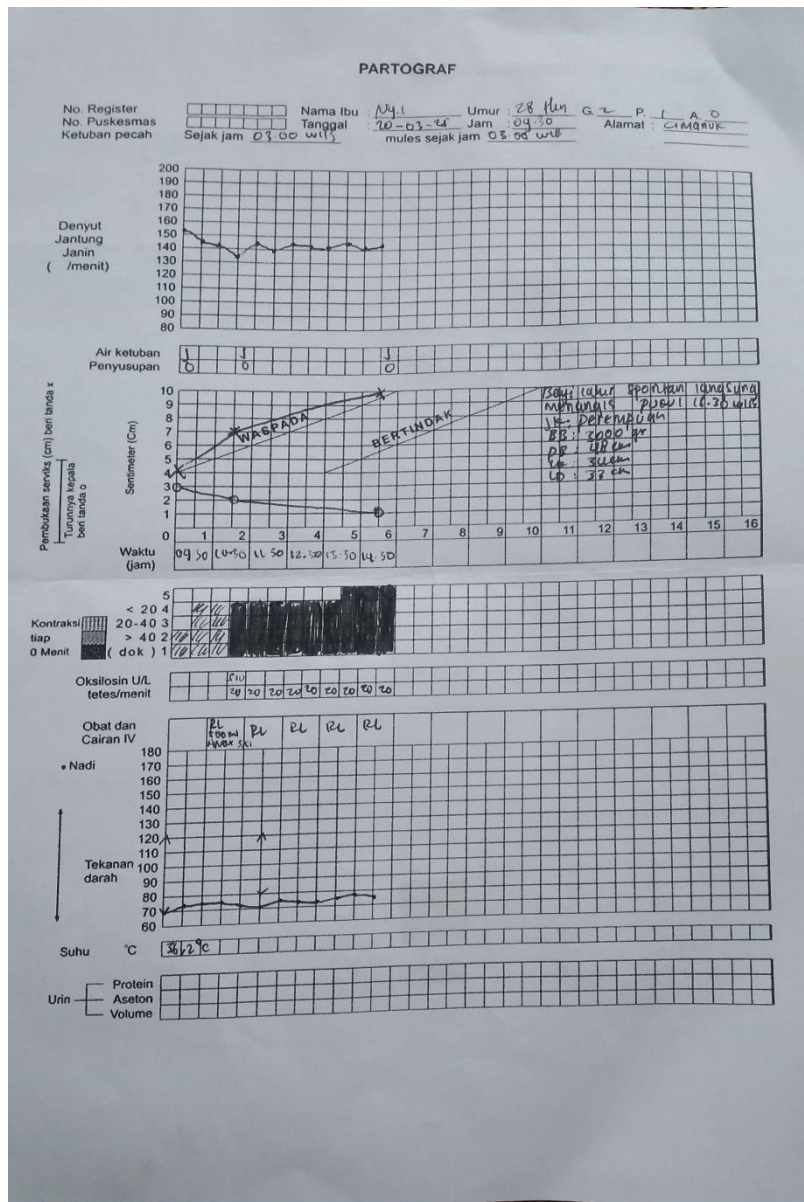
- Alisa, P., Maralin, D., Melisya, M., & Juliyana, J. (2024). *Ketuban pecah dini. Stetoskop: The Journal Of Health Science*, 1(1), 1-5.
- Azisyah, A. (2019). *Hubungan antara Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan Tingkat Kecemasan pada Ibu Hamil di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung).
- Fajarsari, D., & Suryandari, A. E. (2024). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini di rumah sakit aghisna kroya tahun 2022. Jurnal Bina Cipta Husada: Jurnal Kesehatan Dan Science*, 20(1), 115-124.
- Fatimah, S., Stianto, M., & Damayanti, M. (2023). Faktor Resiko Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Kehamilan: Literature Review. *Jurnal Insan Cendekia*, 10(1), 81-91.
- Dinas Kesehatan Jawa Barat. 2023. "Profil Kesehatan Jawa Barat." *Journal GEEJ* 7(2): 7–21.
- Yusri, Ahmand, Diyan, and Zaki. 2020. "Ketuban Pecah Dini." *Jurnal Ilmu Pendidikan* 7(2): 809–20.
- Dinas Kesehatan Jawa Barat. 2023. "Profil Kesehatan Jawa Barat." *Journal GEEJ* 7(2): 7–21.
- Yusri, Ahmand, Diyan, and Zaki. 2020. "Ketuban Pecah Dini." *Jurnal Ilmu Pendidikan* 7(2): 809–20.
- Handiani, D. (2021). Faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini di rumah sakit. *Jurnal Ilmu Kesehatan Karya Bunda Husada*, 7(1), 11–18. <https://doi.org/10.56861/jikkbh.v7i1.45>
- Hesti lestari, Febriana (2022). *Faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini (KPD) pada ibu bersalin di rs jih yogyakarta tahun 2021* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta).
- Nurjanah, I. (2024). Faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini di praktek mandiri Bidan T, Bogor Barat. *Journal of Public Health Innovation*, 4(2), 426-431.
- Nurkhayati, E., & Hasanah, R. (2020). Gambaran Faktor Penyebab Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin. *Oksitosin : Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(1), 18–24. <https://doi.org/10.35316/oksitosin.v7i1.558>
- Palupi, J., & Maryanti, S. A. (2020). Resiko Kejadian Asfiksia Neonatorum pada Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Kalisat Jember. *Jurnal MID-Z*

(Midwivery Zigot) *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 3(1), 1-6.

- Puspitasari, I., Trisanti, I., & Safitri, A. (2023). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Ruang Ponek Rsu Kumala Siwi Kudus. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 14(1), 253–260. <https://doi.org/10.26751/jikk.v14i1.1684>
- POGI, H. K. F. M. (2016). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran KETUBAN PECAH DINI. *Clinical Characteristics and Outcome of Twin Gestation Complicated by Preterm Premature Rupture of the Membranes*.
- Rahim, M. R., Sanyoto, D. D., Istiqamah, E., Adhani, R., & Husaini, H. (2024). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Angka Kematian Ibu: Analysis of Factors Associated with Maternal Mortality Rates. *Jurnal Surya Medika (JSM)*, 10(3), 365-373.
- Suryanti, S. (2021). *Hubungan Karakteristik Ibu dan Riwayat Infeksi Saluran Kencing dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Wilayah Puskesmas Turi Tahun 2020* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta).

IAMPIRAN

Lampiran 1 : Partograp



Lampiran 2: Standar Oprasional Prosedur

Panduan Praktik Klinis	Ketuban Pecah Dini
PENGERTIAN	Ketuban pecah dini adalah robeknya selaput korioamion dalam kehamilan (sebelum onset persalinan berlangsung). Dibedakan: 1. PPROM (Preterm Premature Rupture of Membranes) Ketuban pecah pada saat usia kehamilan < 37 minggu 2. PROM (Premature Rupture of Membranes) Ketuban pecah pada saat kehamilan > 37 minggu.
TUJUAN	Sebagai acuan langkah-langkah dalam ersiapan pelaksanaan pada pasien dengan ketuban pecah dini di ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr. Slamet Garut
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr, Slamet Garut No.Kep/obg/003/069/2016 Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet garut
PROSEDUR	KRITERIA DIAGNOSA 1. Umur kehamilan > 20 minggu 2. Keluar cairan ketuban dari vagina

	3. Pemeriksaan speculum: terlihat cairan ketuban dari ostium uteri eskternum 4. Kertas nitrazin merah akan jadi biru 5. Mikroskopis terlihat lanugo dan verniks kaseosa DIAGNOSA 1. Fistula vesicovagial dengan kehamilan 2. Stress inkontinensia PEMERIKSAAN PENUNJANG USG: menilai jumlah cairan, berat janin letak janin, kesejahteraan janin dan letak plasenta PENGELOLAAN a. Konservatif Pengelolaan konservatif dilakukan bila tidak ada penyakit penyulit (baik pada ibu maupun janin), pada kehamilan 28-34 minggu di rawat selama 2 hari. 1. Observasi kemungkinan adanya amnionitis / tanda tanda infeksi a) Suhu ibu >38C takikardi ibu, leukositosis, tanda- tanda infeksi intrauterine, rasa nyeri pada rahim, secret vagina
--	--

	purulent. b) Janin: takikardi janin 2. Pengawasan timbulnya tanda persalinan 3. Pemberian antibiotika p.o (sefadroksil 2x500mg, eritromicin 4x500 mg) selama 3-5 hari atau antibiotika spectrum luas lain yang sensitive. 4. Ultrasonografi untuk menilai kesejahteraan janin 5. Bila ada indikasi untuk melahirkan janin dilakukan pematangan paru janin dan proteksi notak janin. kriteria diagnose amnionitis 1. Febis 2. Lekositosis 3. Takikardi 4. Cairan ketuban mungkin berbau b. Aktif Pengelolaan aktif pada KPD dengan umur kehamilan >34 minggu (terminasi kehamilan)
--	---

	1. Bila tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri: a) Bila skor pelviks < 5, lakukan pematangan serviks kemudian induksi, jika tidak berhasil akhiri dengan section caesaria b) Bila skor pelviks > 5, induksi persalinan, partus pervagina 2. Timbulnya tanda-tanda persalinan 3. Gawat janin PENYULIT 1. Infeksi, sepsis 2. Kematian janin karena infeksi atau disebabkan karena prematuritas. b. Aktif Pada kehamilan diatas 37 minggu dilakukan: a) Induksi oksitosin, jika gagal lakukan sectio caesarea. b) Beri misoprosol 25 mg – 50 mg intravaginal tiap 6 jam, maksimal 4 kali pemberian, jika gagal dilakukan sectio caesarea.
--	---

	c) Jika ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan akhiri persalinan. d) Bila skor pelvik kurang dari 5 lakukan pematangan serviks, kemudian lakukan induksi. Jika gagal, akhiri persalinan dengan sectio caesarea. e) Bila skor pelvik diatas 5, lakukan induksi persalinan. f) Cara induksi yaitu 5 UI oksitosin dalam dektrose 5% dimulai 4 tetes/menit, tiap 1/4jam dinaikkan 4 tetes maksimum 40 tetes/menit. Pada keadaan CPD (Cephalopelvic Disproportion), letak lintang harus dilakukan sectio caesarea.
--	--

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Ilma al Qizah

Nama Pembimbing : Titi Purwitasari
Handayani, SST, Pd.M. Keb

NIM : KHG022082

NIDN :

Judul KTI : Ketuban Pecah dini

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Senin 19/09/2025	Judul	Acc judul + Bikin Bab <u>II</u>		
2.	Minggu 20/09/2025	BAB <u>III</u>	Revisi BAB <u>III</u> Bikin BAB <u>I-II</u>		
3.	Senin 20/09/2025	BAB <u>I-III</u>	Revisi BAB <u>II - III</u>		
4.	Selasa 06/05/2025	BAB <u>I - II</u>	Revisi BAB <u>I - II</u>		
5.	Rabu 20/05/25	BAB <u>I - V</u>	Revisi BAB <u>I - III</u>		
6.	Senin 26/05/25	BAB <u>I - V</u>	Revisi BAB <u>I - III</u>		
7.	Senin 26/05/25	BAB <u>I - V</u>	Revisi BAB <u>I - V</u>		

8.	Kamis 28/05/25	BAB 1-10	Revisi BAB 1-10		
9.	Sabtu 31/05/25	BAB 1-10	Revisi BAB 1-10		
10.	Senin 02/06/25	PPT BAB 1-10	Revisi PPT BAB 1-10		
11.	Selasa 03/06/25	PPT BAB 1-10 dan Acc	Revisi BAB 1- 10 dan Acc		
12.					
13.					
14.					
15.					

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : *Ima al azizah*

Nama Pembimbing : *Bilqis Af-rohman M.Ts.Keb*

NIM : *KIKB 22082*

NIDN :

Judul KTI

asuhan kebidanan bersalin m i usia 28 tahun cz pi no gravida portusent 3-40 mnggg dengan ketuban pecah dini

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	<i>28 / 7</i> <i>Senin</i> <i>2025</i>	<i>Ibu Bilqis</i>	<i>- Bab I & Bab II</i> <i>- Penulisan Mendatar</i>		
2.	<i>30 / 7</i> <i>Rabu</i> <i>2025</i>	<i>Ibu Bilqis</i>	<i>- Bab II</i> <i>- Mendatar</i>		
3.	<i>5 / 8</i> <i>Selasa</i> <i>2025</i>	<i>Ibu Bilqis</i>	<i>Acc.</i>		
4.					
5.					
6.					
7.					

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : *Yuma Al Azizah*

Nama Pembimbing : *Rd. N. Dian F. SST., M. Keb*

NIM : *KHGA 22082*

NIDN :

Judul KTI

: *asuhan kebidanan ibu bersalin n4 (usia 20 tahun G2P1A0 gravidida parturient 39-40 minggu dengan (kpn)*

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	<i>Senin 21 Juli 2025</i>	<i>ibu klien</i>	- Daftar ringkasan. - Daftar pustaka. - 4 kelompok grpa mg - th bab 4 tdk sesuai teori		
2.	<i>Selasa 23 Juli 2025</i>	<i>ibu klien</i>	- Daftar pustaka. - bidan Amalia - KIE - Nitas - Ate keur		
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

RIWAYAT HIDUP



Biodata penulis

Nama : Ilma Al Azizah
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 18 Mei 2004
Alamat : Kp. Batususun rt05/08, Desa Sukahati, Kec Cilawu
Kab Garut
Email : ilmaalazizah@gmail.com

Riwayat pendidikan

SDN Sukahati 4 (2010-2016)
SMPN Bani Adam Hawa (2016-2019)
Ma alqur'an Kudang (2019-2022)
STIKes Karsa Husada Garut (2022-2025)

Motto: "Direndahkan dimata manusia, ditinggikan dimata
tuhan, Prove Them Wrong"