

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. T USIA 32 TAHUN
G3P2A0 PARTURIENT 39-40 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH
DINI DI RUANG VK RSUD dr SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D-III Kebidanan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

Karsa Husada Garut

ICA KOMALASARI

KHGB22090



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN**

2025

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya mengatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Ahli Madya kebidanan dari STIKes Karsa Husada Garut maupun diperguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan analisa saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari Tim Pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak dapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di publishkan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan dalam Daftar Pustaka
4. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguhnya, dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar akademik yang diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Mei 2025

Yang membuat pernyataan,

Ica Komalasari

KHGB22090

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LAPORAN TUGAS AKHIR

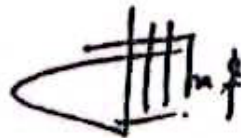
JUDUL :ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.T
USIA 32 TAHUN G₃P₂A₀ PARTURIENT 39 – 40 MINGGU
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG VK RSUD
dr. SLAMET GARUT
NAMA : ICA KOMALASARI
NIM : KHGB22090

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui Untuk Di Sidangkan Dihadapan Tim
Penela'ah Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui

Pembimbing



(Lina Humaeroh, SST.,M.Kes)

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.T USIA
32 TAHUN G₃P₂A₀ PARTURIENT 39 – 40 MINGGU
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG VK RSUD
dr. SLAMET GARUT
NAM : ICA KOMALASARI
NIM : KHGB22090

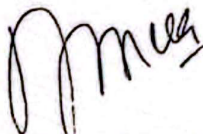
Laporan Tugas Akhir Ini Telah Di Sidangkan Dihadapan Tim Pembimbing Dan
Tim Penela`ah Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut
Garut, Juni 2025

Mengesahkan
Pembimbing



(Lina Humaeroh, SST., M.Kes)

Penela`ah I



(Bdn. Desy Syswiyanti, SST., M.Kes)

Penela`ah II



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

Mengesahkan
Program Studi D3 Kebidanan
Ketua,



(Lina Humaeroh, SST., M.Kes)

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat dan kaerunia - Nyaa, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul Asuhan Kebidanan Pada Ibu bersalin Ny. T usia 32 tahun G₃P₂A₀ Parturient 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini” ini dapat selesai tepat pada waktunya

Laporan Tugas Akhir ini disusun dan diajukan untuk menyelesaikan Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut. Laporan Tugas Akhir ini disusun dengan usaha peneliti serta dapat diselesaikan dengan baik karena doa, bimbingan, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penelitimengucapkan banyak 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 pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S. Kep., M. Kes. Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Lina Humaeroh, S.ST., M. Kes Selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes. Selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

6. Bdn. Dessy Syswianti, S.ST.,M.Kes. Selaku penguji I yang telah memberikan kritik, arahan, dan saran yang membangun penulis sehingga dapat terselesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Bilqis Ar-Rohman, M. Tr. Keb. Selaku penguji II yang telah memberikan kritik, arahan, dan saran yang membangun penulis sehingga dapat terselesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
8. Seluruh staf dosen, staf pengajar, dan tata usaha di STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali berbagai ilmu yang bermanfaat.
9. Kepada Ny. T yang telah bersedia berpartisipasi dan membantu dalam penyusunan laporan kasus ini.
10. Kepada Ibu CI VK Selaku pembimbing lapangan yang telah memberikan bimbingan selama praktik.
11. Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut sebagai lahan praktik pengkajian kasus Laporan Tugas Akhir.
12. Yang teristimewa yaitu keluarga penulis, teruntuk ayahanda Baban Sobandi, Ibunda Dewi, Kakak dan Adik tercinta serta keluarga besar yang telah memberikan dukungan, terimakasih atas dorongan doa, nasihat, dan pengorbanan baik materi serta moril selama penulis menempuh studi, penulis ucapkan terimakasih banyak dan sangat bersyukur menjadi bagian keluarga yang sangat sayang kepada penulis.
13. Terimakasih untuk sahabat seperjuangan yang telah membersamai proses selama penulis menempuh studi.

14. Terakhir, kepada diri saya sendiri, Ica Komalasari, Apresiasi sebesar-besarnya karena sudah bertanggung jawab menyelesaikan apa yang telah dimulai. Terimakasih sudah bertahan atas segala perjuangan, air mata dan ketidakpastian perjalanan panjang ini. Meskipun sering ingin menyerah dan merasa putus asa. Apapun kurang dan lebihmu, mari merayakan diri sendiri. Hidup itu hanya penerimaan sejauh apapun kamu mencari penyembuhan, penawarnya tetap diri sendiri. Terimakasih telah membersamai penulis (ani!).

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
DAFTAR ISTILAH.....	xiii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 RUMUSAN MASALAH	4
1.3 TUJUAN	4
1.4 WAKTU DAN TEMPAT	5
1.5 METODE PENGUMPULAN DATA	5
1.6 MANFAAT PENULISAN	6
BAB II	7
TINJAUAN TEORI	7
2.1 PERSALINAN	7
2.1.1 Pengertian	7
2.1.2 Jenis-jenis persalinan	7
2.1.3 Penyebab persalinan	8

2.1.4 Tanda-tanda persalinan	11
2.1.5 Faktor yang mempengaruhi persalinan	12
2.1.6 Tahapan persalinan	16
2.1.7 Tujuan asuhan persalinan	19
2.2 Ketuban pecah dini	20
2.2.1 Definisi	20
2.2.2 Tanda dan gejala	20
2.2.3 Etiologi	20
2.2.4 Komplikasi ketuban pecah dini	22
2.2.5 Diagnosis	23
2.2.6 Penatalaksanaan	24
2.3 Kewenangan bidan	26
2.4 Pendokumentasian	26
BAB III	27
TINJAUAN KASUS	27
3.2 Matriks hubungan antara teori dan kasus	38
BAB IV	79
PEMBAHASAN	79
BAB V	83
KESIMPULAN DAN SARAN	83
5.1 KESIMPULAN	83
5.2 SARAN	83

DAFTAR PUSTAKA	85
LAMPIRAN	87

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka kematian bayi
AKI	: Angka kematian ibu
BB	: Berat badan
DJJ	: Denyut jantung janin
HPHT	: Hari pertama haid terakhir
IMT	: Indeks masa tubuh
JK	: Jenis kelamin
KB	: Keluarga berencana
KU	: Keadaan umum
LD	: Lingkar dada
LK	: Lingkar Kepala
LP	: Lingkar perut
LILA	: Lingkar lengan atas
PAP	: Pintu atas panggul
PB	: Panjang badan
PD	: Pemeriksaan dalam
PTT	: Peregangan tali pusat terkendali
SC	: Sectio Caesarea
TBBJ	: Taksiran berat badan janin
TD	: Tekanan darah
TFU	: Tinggi fundus uteri

TTV	: Tanda- tanda vital
UUK	: Ubun - ubun kecil
V/V	: Vulva / Vagina

DAFTAR ISTILAH

Antepartum	:Masa sebelum persalinan
Amnion	:Selaput dalam yang membungkus janin dan cairan ketuban.
Cairan Ketuban	:Cairan yang melindungi dan menopang janin selama kehamilan.
Cardiotocography	:(CTG) Pemantauan denyut jantung janin dan kontraksi uterus.
Eklampsia	:Kejang pada ibu hamil akibat preeklamsia
Ferning Test	:Pemeriksaan mikroskopis pola kristal cairan
Infeksi Intrauterin	:(Korioamnionitis) Infeksi pada kantung ketuban; risiko serius dari KPD.
Ketuban Pecah Dini	:(KPD) Pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya (sebelum ada tanda-tanda persalinan).
Korion	:Selaput luar yang membungkus janin, bekerja bersama amnion.
Neonatus	:Bayi baru lahir, khususnya dalam 28 hari pertama.
Oligohidramnion	:Volume cairan ketuban yang terlalu sedikit, sering ditemukan setelah KPD.
Partus	:Proses melahirkan bayi.
Prematuritas	:Kondisi bayi lahir sebelum usia kehamilan 37 minggu, risiko pada KPD.
Preterm PROM	:Ketuban pecah dini pada kehamilan < 37 minggu.
PROM	:Ketuban pecah dini pada kehamilan $\geq$ 37 minggu tetapi sebelum kontraksi.
Presentasi Janin	:Posisi janin (kepala, bokong, lintang)
Posisi Janin	:Orientasi kepala janin ke arah panggul
Preeklamsia	:Tekanan darah tinggi dan tanda kerusakan organ ibu

Pneumonia	:Neonatal Infeksi paru-paru bayi baru lahir
Postpartum	:Masa setelah persalinan
Stasion	:Tingkat kepala janin relatif ke panggul
Simfisis-Fundus	:Pengukuran tinggi rahim selama kehamilan
Tes Nitrazin	:Tes untuk memeriksa pH cairan vagina untuk mendeteksi kebocoran ketuban.
Ultrasound Obstetri	:Pemeriksaan USG janin & cairan amnion

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu penyebab yang menyumbangkan Angka Kematian Ibu (AKI). Ketuban Pecah Dini pada ibu bersalin dapat meningkatkan infeksi juga menyebabkan sepsis yang dapat meningkatkan angka kematian ibu. Sekitar 85% kematian atau mortalitas perinatal disebabkan oleh Ketuban Pecah dini (batubara 2023).

Menurut *World health organization* (WHO) pada tahun 2023 angka kematian ibu (AKI) di dunia masih menjadi masalah serius. Angka kematian ibu sangat tinggi sekitar 189 (per 100.000 kelahiran hidup) (WHO,2023). Angka kejadian ketuban pecah dini (KPD) pada tahun 2020 di dunia mencapai 12,3% dari total jumlah kelahiran, dimana keseluruhan terbesar terjadi di negara-negara berkembang salah satunya di Indonesia.

Menurut profil kesehatan Indonesia angka kematian ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2023 mencapai 4.129 kasus. Menurut data dari *Maternal Perinatal Death Notification* (MPDN). Kasus AKI mengalami peningkatan dari tahun 2022, ketika AKI tercatat 4.005 kasus dari 100.000 kelahiran hidup. Pada bulan januari 2023 AKI berada di kisaran 305 kasus. Angka ini menempatkan Indonesia pada urutan kedua kasus AKI tertinggi di ASEAN. Target AKI di Indonesia pada tahun 2024 adalah 183/100.000

kelahiran hidup, sesuai dengan rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Penyebab kematian ibu di Indonesia diakibatkan oleh perdarahan (28%), preeklamsi/eklamsia (24%), dan infeksi (11%) (kemenkes, 2023).

Berdasarkan profil Kesehatan Jawa Barat tahun 2024, Angka Kematian Ibu (AKI) tercatat sebanyak 749 kasus atau 968,60 per 100.000, terjadi pada ibu hamil sebanyak 25,10% (188 kasus), ibu bersalin 15% (114 kasus), dan ibu nifas 28,17%, perdarahan obstetrik 25,37%, komplikasi obstetrik lain 10,15% dan yang lainnya 0,53% (Dinkes Jawa Barat, 2023).

Angka kematian ibu di kabupaten Garut tahun 2024 hasil evaluasi mencapai 36 kasus, ini terjadi penurunan 14 kasus dibanding tahun 2023. Beberapa penyebab kematian ibu diantaranya adalah komplikasi non obstetrik 28%, eklampsia 25%, perdarahan 16%, infeksi 14%, dan komplikasi obstetrik lainnya 14%. Kabupaten Garut merupakan 10 kabupaten/kota penyumbang angka kematian ibu terbanyak kedua di Jawa Barat setelah kabupaten Bogor. (Profil Kesehatan Jawa Barat, 2024)

Di kabupaten Garut berdasarkan data dari (rekam medik dan register) angka kejadian KPD di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut periode bulan Januari - Desember 2021 menunjukkan jumlah KPD sebanyak 488. Pada bulan Januari - Maret 2022 kejadian KPD berjumlah 51 orang ibu yang mengalami KPD.

Komplikasi yang ditimbulkan dari terjadinya ketuban pecah dini sangat berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas bayi serta akan

berdampak pada ibunya sendiri. Komplikasi ketika ibu mengalami ketuban pecah dini yang paling sering terjadi pada saat persalinan yaitu infeksi dalam persalinan, infeksi pada saat masa nifas, dapat menyebabkan partus lama, perdarahan postpartum, meningkatkan resiko terjadinya SC (Alisaputri, 2024).

Pencegahan Ketuban Pecah Dini dapat dilakukan dengan pemberian Pendidikan Kesehatan. Sejalan dengan penelitian (Astuti et al, 2020) menunjukkan bahwa secara klinis seteleah diberikan treatment antara kelompok pretest dan posttest hasilnya semua pengetahuannya semakin baik. Pendidikan Kesehatan yang diberikan pada ibu hamil saat melakukan pelayanan antenatal terbukti mampu meningkatkan pengetahuan ibu hamil terhadap kehamilannya.

Peran bidan dalam penanganan KPD dengan memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin secara tepat, cepat dan komprehensif, karena jika ibu bersalin dengan KPD tidak mendapat asuhan yang sesuai maka risikonya akan berakibat pada ibu maupun janin. Dengan harapan setelah dilakukannya asuhan kebidanan yang cepat dan tepat, maka kasus ibu bersalin dengan KPD dapatdi tangani dengan baik, sehingga AKI di Indonesia dapat berkurang (Halimah, 2024). Sehingga hal ini sesuai dengan kebijakan strategis Kepmenkes 320 tahun 2020 adalah Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 yang mengatur tentang Standar Profesi Bidan.

1.1. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas adalah bagaimana gambaran pelaksanaan asuhan pada **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.T USIA 32 TAHUN G3P2A0 PARTURIENT 39-40 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG VK RSUD dr SLAMET GARUT”**

1.2. TUJUAN

1.2.1. TUJUAN UMUM

Melakukan asuhan kebidanan pada asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. T usia 32 tahun G3P2A0 parturient 39-40 minggu dengan ketuban pecah dini.

1.2.2. TUJUAN KHUSUS

- 1) Melakukan pengkajian data subjektif untuk Asuhan Kebidanan Pada Ibu bersalin Ny.T usia 32 tahun G3P2A0 parturient 39-40 minggu dengan ketuban pecah dini di ruang vk RSUD dr. Slamet Garut.
- 2) Melakukan pengkajian data objektif untuk Asuhan Kebidanan Pada Ibu bersalin Ny.T usia 32 tahun G3P2A0 parturient 39-40 minggu dengan ketuban pecah dini di ruang vk RSUD dr. Slamet Garut.
- 3) Menetapkan analisa dari Asuhan Kebidanan Pada Ibu bersalin Ny.T usia 32 tahun G3P2A0 parturient 39-40 minggu dengan ketuban pecah dini di ruang vk RSUD dr. Slamet Garut.

- 4) Melakukan penatalaksanaan sesuai dengan kebutuhan Pada Ibu bersalin Ny.T usia 32 tahun G3P2A0 parturient 39-40 minggu dengan ketuban pecah dini di ruang vk RSUD dr. Slamet Garut.
- 5) Melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Ibu bersalin Ny.T usia 32 tahun G3P2A0 parturient 39-40 minggu dengan ketuban pecah dini di ruang vk RSUD dr. Slamet Garut.

1.3. WAKTU DAN TEMPAT

1.3.1. WAKTU

Waktu pengkajian Laporan Tugas Akhir ini di laksanakan pada tanggal 15 Maret 2025 pengkajian dilakukan pada pukul 07.00 WIB.

1.3.2. TEMPAT

Pengkajian dilakukan di ruangan VK Rumah Sakit Dr. Slamet Garut.

1.4. METODE PENGUMPULAN DATA

Metode yang digunakan dalam Laporan Tugas Akhir ini penulis menggunakan Teknik sebagai berikut:

1.4.1. DATA PRIMER

1) Observasi

Dengan pengamatan langsung pada keadaan pasien dan keadaan psikologis dengan keadaan umumnya untuk mendapat data objektif.

2) Wawancara dan Pemeriksaan Fisik

Wawancara dilakukan pada orang tua bayi untuk mendapatkan data subjektif. Pemeriksaan fisik dilakukan pada Ny. T untuk mendapatkan data objektif.

1.4.2. DATA SEKUNDER

1) Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan untuk mendapatkan materi-materi secara teoritis mengenai ketuban pecah dini.

2) Studi Dokumentasi

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

1.5. MANFAAT PENULISAN

1. Bagi penulis

Dengan melaksanakan asuhan kebidanan ini lebih memahami bagaimana cara pemberian asuhan yang efektif sesuai dengan kebutuhan sehingga menambah pengetahuan dan wawasan tentang konsep asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasilnya dapat digunakan sebagai referensi perpustakaan dan bahan kajian informasi untuk institusi pendidikan, serta untuk dijadikan pembelajaran dan pengembangan pengetahuan dalam proses belajar mengajar.

3. Bagi Lahan Praktik

Dapat digunakan sebagai masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 PERSALINAN

2.1.1 Pengertian

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan (37-42 minggu) atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi uterus teratur, progresif, dan adekuat sampai dikeluarkan nya produk konsepsi (T Aprina, 2021).

2.1.2 Jenis – Jenis Persalinan

1. Persalinan Spontan

Merupakan persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir ibu tersebut.

2. Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

3. Persalinan Anjuran

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

4. Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

a. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gr.

b. Partus immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

c. Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

d. Partus maturus atau aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.

e. Partus postmaturus atau serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu (T Aprina 2021).

2.1.3. Penyebab Persalinan

Penyebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut :

1. Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot uterus, sebaliknya estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan

kadar progesteron mengalami penurunan sehingga otot – otot uterus yang semula berelaksasi mengalami his atau kontraksi.

2. Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitocin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3. Keregangan Otot-otot.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

4. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

6. Teori Janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir. Namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.

7. Teori Berkurangnya Nutrisi

Teori berkurangnya nutrisi pada janin diungkapkan oleh Hippocrates untuk pertama kalinya. Hasil konsepsi akan segera dikeluarkan bila nutrisi telah berkurang.

8. Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi rahim. (T Aprina 2021)

2.1.4 Tanda-tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan yang merupakan tanda pasti dari persalinan adalah:

- 1) Timbulnya kontraksi uterus Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:
 - a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
 - b) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.
 - c) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
 - d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks.
 - e) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi.
- 2) Penipisan dan pembukaan serviks.

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

- 3) Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

- 4) Premature Rupture of Membrane

Adalah keluarnya cairan banyak dengan spontan dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali.

Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar (Ma'ayatun, Siti, 2024).

2.1.5 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Persalinan merupakan proses yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan. Pemahaman mendalam tentang faktor-faktor ini sangat penting untuk memastikan keberhasilan persalinan dan mencegah komplikasi. Secara klasik, terdapat 3 faktor utama yang dikenal dengan istilah 3P: Power (kekuatan), Passage (jalan lahir), pesengg (janin dan plasenta). Dalam perkembangannya, ditambahkan dua faktor lagi yaitu position (posisi) dan psikologi, sehingga menjadi 5P.

1. *Power* (kekuatan)

a. His (kontraksi uterus)

- 1) Adekuat: kekuatan 40-60 mmhg
- 2) Terkoordinasi: dimulai dari fundus kebawah
- 3) Teratur: interval makin lama makin pendek
- 4) Involunter tidak dapat di kendalikan
- 5) Intermitten: ada periode istirahat

b. Parameter His

1) Frekuensi

- a) Kala 1 fase laten: 2-3 kontraksi/10 menit
- b) kala 1 fase aktif: 3-5 kontraksi/10 menit

c) Kala II:4-5 kontraksi/10 menit

2) Durasi

a) Awal persalinan:20-30 detik

b) Fase aktif:40-60 detik

c) Kala II:60-90 detik

3) Intensitas

a) Ringan:10-20 mmhg

b) Sedang:20-40 mmhg

c) Kuat:40-60 mmhg

d) Sangat kuat:}60 mmhg

4) Interval

a) Awal:10-20 menit

b) Fase aktif:3-5 menit

c) Kala II:2-3 menit

c. Kekuatan meneran

1) Karakteristik meneran efektif

2) Dilakukan saat ada dorongan alamiah

3) *Chin to chest position*

4) Tangan mencengkeram pegangan

5) Tungkai di tekuk dan dibuka

6) Menahan nafas saat meneran

d. Faktor yang mempengaruhi kekuatan meneran

1) Paritas

- 2) Posisi melahirkan
- 3) Kelelahan ibu
- 4) kondisi psikologis
- 5) Refleks Ferguson

2. *Passage* (jalan lahir)

a. bentuk panggul

- 1) Ginekoid : bentuk ideal untuk persalinan, berbentuk bulat atau oval, inklinasi 50-55 derajat
- 2) Android : menyerupai panggul pria, sempit dibagian depan, risiko tinggi kemacetan
- 3) Antropoid: Oval memanjang, diameter anteroposterior lebih panjang, persalinan relatif lebih mudah
- 4) Platipeloid: Rata dari depan ke belakang, diameter transversa lebih panjang, risiko tinggi kesulitan persalinan

b. Bidang panggul

- 1) Bidang pintu atas panggul (PAP) :
 - a) diameter transversa: 13,5 cm
 - b) Diameter anteroposterior: 11 cm
 - c) Diameter obliqua : 12,5 cm
- 2) Bidang luas panggul
 - a) Diameter transversa: 12,5 cm
 - b) Diameter anteroposterior: 12,5 cm

- 3) Bidang sempit panggul:
 - a) Diameter transversa: 10 cm
 - b) Diameter anteroposterior: 11,5 cm
- 4) Bidang pintu bawah panggul (PBP):
 - a) Diameter anteroposterior: 13,5 cm
 - b) Diameter transversa: 11 cm
- 3. *Pesengger* (janin dan plasenta)
 - 1. Ukuran janin
 - a) Berat badan
 - 1) Normal: 2500-4000 g
 - 2) Makrosomia lebih dari 4000 g
 - 2. Ukuran kepala
 - a) Diameter biparietal : 9,5 cm
 - b) Diameter occipitofrontalis: 11,5 cm
 - c) Diameter suboccipitobregmatika: 9,5 cm
 - b. Presentasi dan posisi
 - 1) Presentasi
 - a) Kepala (95%)
 - b) Bokong (3-4%)
 - c) Bahu (0,5-1%)
 - 2) Posisi
 - a) Occipito anterior (OA)
 - b) Occipito posterior (OP)

c) Occipito Transversa (OT)

c. Sikap janin

- 1) Normal (fleksi), kepal fleksi, tangan silang di dada, tungkai fleksi
 - 2) Defleksi, presentasi dahi, presentasi muka, resiko persalinan sulit
 - 3) Plasenta, karakteristik plasenta :
 - a) Letak, Normal (fundus), plasenta previa, plasenta rendah
 - b) Fungsi, nutrisi janin, produksi hormon, pertukaran gas
- (Mutmainah, 2021).

2.1.6 Tahapan Persalinan

1. Kala I (Pembukaan Jalan Lahir)

Kala I persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan diakhiri dengan dilatasi serviks lengkap (pembukaan serviks mulai dari 1 hingga 10 cm). Pada kehamilan pertama, dilatasi serviks jarang terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam. Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase, yaitu:

a) Fase laten

Fase laten adalah periode waktu dari awal kontraksi uterus hingga pembukaan 3 cm. Kontraksi menjadi lebih stabil selama fase laten seiring dengan peningkatan frekuensi, durasi, dan intensitas dari mulai terjadi setiap 10-20 menit, berlangsung 15-20 detik hingga setiap 5-7 menit dan berlangsung 30-40 detik. Berlangsung selama 8 jam.

b) Fase aktif

Fase aktif adalah periode waktu dari pembukaan 4 cm hingga 10 cm. Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat yaitu tiga kali atau lebih

dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Fase aktif dibagi dalam 3 fase, yakni:

- 1) Fase akselerasi; Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- 2) Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- 3) Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam, pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm (lengkap). Fase-fase tersebut lebih sering dijumpai pada primigravida, sedangkan pada multigravida terjadi dalam waktu yang lebih pendek.

2. Kala II (Pengeluaran)

Kala II persalinan adalah tahap di mana janin dilahirkan. Pada kala II, his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Saat kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara refleks menimbulkan rasa mengedan, tekanan pada rektum dan keinginan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Dengan his dan kekuatan mengedan maksimal, kepala janin dilahirkan dengan presentasi suboksiput di bawah simfisis, dahi, muka dan dagu. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota badan bayi. Masih ada banyak perdebatan tentang lama kala II yang tepat dan batas waktu yang dianggap normal. Batas dan lama tahap persalinan kala II berbeda-beda tergantung paritasnya. Durasi

kala II dapat lebih lama pada wanita yang mendapat blok epidural dan menyebabkan hilangnya refleks mengedan.

3. Kala III (Kala Uri)

Kala III persalinan merupakan proses persalinan yang berlangsung sejak janin lahir sampai plasenta lahir. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri.

4. Kala IV (2 Jam Setelah Melahirkan)

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostasis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya. (Mutmainah, 2021).

2.1.7 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya. Hal ini dilakukan melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap, serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. (Mutmainah,2021)

Selain hal tersebut tujuan lain dari asuhan persalinan antara lain:

1. Meningkatkan sikap positif terhadap keramahan dan keamanan dalam memberikan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukannya
2. Memberikan pengetahuan dan keterampilan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukan yang berkualitas dan sesuai dengan prosedur standar
3. Mengidentifikasi praktik praktik terbaik bagi penatalaksanaan persalinan dan kelahiran, yang berupa:
 - a. Penolong yang terampil
 - b. Kesiapan menghadapi persalinan kelahiran dan kemungkinan komplikasinya
 - c. Partograf
 - d. Episiotomy yang terbatas hanya pada indikasi
 - e. Mengidentifikasi tindakan tindakan yang merugikan dengan maksud menghilangkan tindakan tersebut (Mutmainah, 2021).

2.2 Ketuban Pecah Dini

2.2.1 Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya atau ruptu selaput ketuban sebelum terjadinya persalinan. Berdasarkan waktu terjadinya, KPD dibedakan menjadi dua yaitu *premature rupture of membranes* (PROM) dan *preterm premature rupture of membranes* (PPROM). PROM terjadi pada atau setelah usia gestasi 37 minggu dan disebut juga KPD aterm. PPRM atau disebut juga KPD preterm terjadi sebelum usia gestasi 37 minggu (Mellisa, 2021).

2.2.2 Tanda dan Gejala

- a. Keluarnya cairan per vaginam yang tidak dapat di tahan. Cairan dapat berwarna jernih dan berbau khas, atau keruh (kehijauan, kekuningan, kecoklatan). Cairan juga dapat merembes sedikit demi sedikit atau sekaligus banyak.
- b. Pada palpasi abdomen janin mudah di raba karena cairan ketuban berkurang
- c. Tes lakmus di dapatkan perubahan warna kertas lakmus apabila di basahi dengan cairan ketuban yaitu warna merah akan menjadi biru karena sifat cairan ketuban basa. (Mercer, 2023)

2.2.3 Etiologi

Penyebab KPD belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan yang menjadi faktor adalah Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban ibu yang berisiko yaitu kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun, faktor multigravida/paritas. Menurut (Mellisa, 2021) peningkatan paritas menyebabkan kerusakan pada serviks selama melahirkan sebelumnya, sehingga mengakibatkan

kerusakan pada selaput ketuban jadi lebih rentan mengalami ketuban pecah dini. Hasil penelitian (Raydian & Rodiani, 2017), dengan judul Hubungan Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini dengan hasil didapatkan bahwa kejadian ketuban pecah dini pada paritas sebanyak 59 kasus 23,69% di dapatkan ketuban pecah dini multipara sebanyak 31 kasus 12,44%, pada primipara 28 kasus 11,24% dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini.

Adapun faktor predisposisi penyebab lainnya yaitu pekerjaan, 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, dalam bekerja inilah yang akan mengakibatkan korion amnion melemah sehingga dapat menimbulkan kejadian KPD. disporposi kepala panggul, berat badan janin,

Hubungan usia kehamilan, pada umumnya ibu dengan preterm lebih cenderung mengalami KPD, dikarenakan masih lemahnya selaput ketuban yang berhubungan dengan pembesaran dan usia uterus, kontraksi rahim, dan Gerakan janin. Pada kehamilan cukup bulan ibu yang mengalami KPD akan mulai mengalami proses persalinan dalam waktu 12 jam, namun komplikasi yang dapat terjadi yaitu infeksi yang dapat membahayakan janin. Usia kehamilan sangat menentukan cara penatalaksanaan yang tepat untuk menyelamatkan ibu dan bayi jika mengalami ketuban pecah dini. Faktor penyebab lainnya yaitu, kelainan letak

janin, gemeli, riwayat KPD sebelumnya, riwayat abortus dan persalinan preterm sebelumnya, perdarahan antepartum, anemia, dan preeklamsia. (batubara, 2023).

2.2.4. Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Komplikasi ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan. Dampak ketuban pecah dini adalah dapat menyebabkan infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden seksio sesaria atau gagalnya persalinan normal.

1. Persalinan prematur

Setelah ketuban pecah biasanya segera di susul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% persalinan terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 Minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 Minggu persalinan terjadi dalam 1 Minggu.

2. Infeksi

Resiko infeksi ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu dapat terjadi khorioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septilemia, pneumonia, omfalitis. Pada ketuban pecah dini prematur, infeksi lebih sering terjadi dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada ketuban pecah dini meningkat sebanding dengan lamanya periode laten.

3. Hipoksia dan asfiksia

Dengan pecahnya ketuban terjadi oligo hidramnion yang menekan tali pusat sehingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban jadi semakin gawat.

4. Sindrom deformitas janin

Ketuban pecah dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasia pulmonar. (Shofiyah dkk, 2022)

2.2.5 Diagnosis

Diagnosis pecah ketuban paling baik ditegakkan melalui pemeriksaan spekulum steril pada wanita dengan riwayat klinis yang mencurigakan atau ditemukan oligohidramnion pada ultrasonografi. Cairan yang jelas melewati ostium serviks bersifat diagnostik. pH vagina yang basa ($>6,0-6,5$) dengan kertas nitrazine dan adanya pola "ferning" pada pemeriksaan mikroskopis sekret vagina kering mendukung ketika pemeriksaan visual tidak jelas. Tes-tes ini dapat memberikan hasil positif palsu karena adanya lendir serviks, darah, air mani, antiseptik alkali, atau vaginosis bakterial, dan dapat menjadi palsu jika kebocoran berkepanjangan dan oligohidramnion. Pemeriksaan spekulum berulang setelah tidah baring dalam waktu lama dapat memberikan informasi diagnostik jika hasil tes awal negatif meskipun ada riwayat yang mencurigakan. Jika tidak ada hambatan pertumbuhan janin atau kelainan urogenital, bukti oligohidramnion pada USG dapat memberi petunjuk namun tidak dapat mendiagnosis pecahnya ketuban. Diagnosis dapat ditegakkan secara jelas dengan infus ambil indigo carmine dengan pengamatan keluarnya pewarna per vagina (Murniasih dkk, 2023).

2.2.6 Penatalaksanaan

Penanganan ketuban pecah dini pada kasus hamil aterm atau cukup bulan, bila ketuban pecah sudah melebihi 8 jam maka dilakukan terminasi kehamilan melalui induksi persalinan dengan misoprostol ataupun oksitosin dengan monitoring ketat terkait kesejahteraan janin meliputi DJJ dan kontraksi rahim serta tanda-tanda infeksi pada ibu. Tindakan konservatif, tindakan aktif untuk menyelesaikan kehamilannya sesuai dengan diagnosa yang telah ditentukan dan prosedur penanganan sesuai panduan praktik klinik (ambarwati, dkk, 2023).

Menurut (Prawirohardjo, 2020) Penatalaksanaan ketuban pecah dini sebagai berikut:

1) Penatalaksanaan Konservatif

- a. Dilakukan perawatan di rumah sakit dengan beri antibiotik bila ketuban pecah diatas 6 jam berupa ampicilin 4 x 500 mg atau gentamisin 1 x 80 mg.
- b. Jika usia kehamilan kurang dari 32-34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- c. Bila usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan keadaan janin.
- d. Bila usia kehamilan 32 37 minggu sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi setelah 24 jam.

- e. Bila usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi berikan antibiotik dan lakukan induksi. Nilai tanda-tanda infeksi seperti suhu, leukosit, dan tanda-tanda intrauterin.
- f. Terminasi jika usia kehamilan sudah 37 minggu.
- g. Pada usia kehamilan 32-37 minggu, beri steroid 2 x 6 mg selama 2 hari untuk kematangan paru janin. Bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu.
- h. Dosis untuk betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

2) Penatalaksanaan 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 IU 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.

2.2.7 kewenangan Bidan

Kepmenkes 320 tahun 2020 adalah Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 yang mengatur tentang Standar Profesi Bidan.

Masa persalinan:

1. Perubahan fisik dan fisiologis pada masa persalinan
2. Pemantauan dan asuhan kala I
3. Pemantauan dan asuhan kala II
4. Pemantauan dan asuhan kala III
5. Pemantauan dan asuhan kala IV
6. Deteksi dini, komplikasi dan penyulit persalinan
7. Partograf
8. Tatalaksana awalkegawatdaruratan pada masa persalinan dan rujukan

2.4 Pendokumentasian

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, serta kalangan bidan sendiri. (Swasti Artanti, 2022)

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1 ASUHAN KEBIDANAN PADA NY T USIA 32 TAHUN G3P2A0
PARTURIENT 39-40 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI RUANG VK RSUD dr SLAMET GARUT

Tanggal Pengakajian : 15 Maret 2025
Jam : 07.00 wib
Tempat : Ruang.Vk
Pengkaji : Ica komalasari

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama : Ny. T / Tn. A
Usia : 32 tahun / 34 tahun
Agama : Islam / Islam
Pendidikan : SD / SD
Pekerjaan : IRT / Wiraswasta
Alamat : Bayongbong

2. Alasan datang

Rujukan dari puskesmas

3. Keluhan utama

Ibu mengeluh mules serta keluar air-air banyak dari jalan lahir sejak pukul 13.00 disertai lendir darah dari jalan lahir.

4. Riwayat menstruasi

Ibu mengatakan pertama kali haid usia 12 tahun dengan siklus 28 hari, lamanya 7 hari, banyaknya darah haid 2-3 kali ganti pembalut/hari, tidak ada keluhan saat haid.

5. Riwayat obstetri

a. Riwayat kehamilan yang lalu

No	Tahun Lahir	Jenis Persalinan	Penolong	Jenis Kelamin	BB
1.	2015	Spontan	Bidan	Perempuan	3000
2.	2021	Spontan	Bidan	Perempuan	3700

b. Riwayat kehamilan sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan ketiga, tidak pernah keguguran, selama hamil ibu mengonsumsi tablet Fe, serta tidak pernah mengonsumsi obat-obatan warung maupun jamu-jamuan.

6. Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi.

7. Riwayat kesehatan

Ibu dan keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi, asma, diabetes dan penyakit lainnya.

8. Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan sebelumnya pernah menggunakan KB suntik 3bulan selama 3 tahun, tidak ada keluhan selama menggunakan KB.

9. Riwayat psikososial

Tanggapan suami dan keluarga sangat mendukung atas kehamilannya, pengambilan keputusan oleh suami.

10. Riwayat pernikahan

Ibu mengatkan ini merupakan pernikahan pertama dengan suami, ibu menikah pada usia 20 tahun sedangkan suami pada usia 22tahun.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| a. Keadaan umum | : Baik |
| b. Kasadaran | : Composmentis |
| c. Tanda-tanda vital | : TD :120/80 mmHg |
| | Nadi : 86x/menit |
| | Respirasi : 22x/menit |
| | Suhu : 36,5°C |
| | Spo : 98% |
| d. Antopometri | BB Sebelum hamil : 75 kg |
| | BB sesudah hamil : 86 kg |
| | TB : 151 cm. |
| | LILA : 30cm |
| | IMT : 29 |

2. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : Normal, rambut bersih, tidak ada benjolan, tidak ada keluhan.
- b. Muka : Normal, tidak pucat, tidak oedema
- c. Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak anemis
- d. Hidung : Normal, tidak ada pengeluaran sekret
- e. Mulut : Normal, gigi tidak caries, gusi tidak berdarah
- f. Telinga : Normal, tidak ada pengeluaran sekret
- g. Leher : Normal, tidak ada pembengkakan vena jugularis dan pembuluh limfe
- h. Payudara : Inspeksi : Simestris, bersih, tidak ada benjolan
Palpasi : Tidak ada masa dan retraksi
- i. Abdomen : Inspeksi : Tidak ada luka bekas operasi
Palpasi : TFU: 32 cm LP:101 cm
Leopold I : Teraba bulat lunak tidak melenting
Leopold II : Teraba keras datar memanjang di sebelah kiri
Leopold III : Teraba bulat keras melenting
Leopold IV : Divergen
Auskultasi : 140x/menit
His : 1x10'10"

- j. Ekstremitas atas : Simetris, kuku bersih, jari lengkap, tidak odema, terpasang infus.
- Bawah : Simetris, tidak odema, tidak varises, reflek patella (+) kuku bersih, jari lengkap
- k. Genitalia : PD : Vulva/vagina tidak ada keluhan
- Portio : Tidak teraba
- Pembukaan : 2cm
- Ketuban : Tidak ada
- Presentasi : Kepala
- Posisi : UUK
- Penurunan kepala : Hodge 1
- Moulase : Tidak ada

3. Pemeriksaan penunjang

Lakmus + merah menjadi biru

C. Analisa

G₃P₂A₀ Parturient 39-40 minggu dengan ketuban pecah dini

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang di berikan

Evaluasi : ibu mengetahui dan mengerti apa yang disampaikan oleh bidan

2. Melakukan kolaborasi dengan dokter

Evaluasi : sudah dilakukan dengan hasil diberikan therapy

3. Memberikan therapy eritromicin

Evaluasi : sudah diberikan 4x250 mg

4. Melakukan observasi KU, TTV, His, DJJ

Evaluasi : Dilakukan dengan hasil KU: Baik, TTV dalam batas normal, His :

1x10'10 detik, DJJ : 140x/ menit

CATATAN PERKEMBANGAN KALA I

Pukul 05.00 WIB

S : Ibu mengatakan mules semakin bertambah

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Abdomen : Palpasi : HIS : 3X10'35"

Auskultasi : DJJ : 137x/menit

Genitalia : Vulva/vagina : T.a.k

PD : Portio : Tipis lunak

Pembukaan : 7 cm

Ketuban : Tidak ada

Presentasi : Kepala

Posisi : UUK

Penurunan kepala : Hodge II

Moulase : -

A : G₃P₂A₀ Kala I fase aktif dengan ketuban pecah dini

P :1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi : Ibu mengetahui dan mengerti apa yang disampaikan oleh bidan.

2. Mengecek Kembali dan mendekatkan alat partus set secara ergonomis

Evaluasi : partus set siap digunakan.

3. Melakukan kolaborasi dengan dokter

Evaluasi : dilakukan

4. Memberikan therapy drip oxy 5IU sesuai advis dokter

Evaluasi : Sudah diberikan pada pukul 05.00 WIB.

5. Melakukan observasi TTV, DJJ, His, pembukaan

Evaluasi : Dilakukan, dengan hasil TTV dalam batas normal, DJJ

137x/menit, His 3x10'35 detik, pembukaan 7 cm.

CATATAN PERKEMBANGAN KALA II

Pukul 07.10 WIB

S : Ibu mengatakan mules semakin bertambah dan ingin mendedan

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Abdomen : Palpasi HIS : 5X10'50"

Auskultasi DJJ : 132x/menit

Genitalia : Vulva/vagina tidak ada keluhan

PD Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : Tidak ada

Presentasi : Kepala

Posisi : UUK

Penurunan kepala : Hodge IV

Moulase : -

A : G₃P₂A₀ inpartu kala II dengan ketuban pecah dini

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi : Ibu mengetahui dan mengerti apa yang disampaikan oleh bidan

2. Mengecek Kembali dan mendekatkan alat partus set secara ergonomis

Evaluasi : partus set siap digunakan

3. Membimbing ibu cara meneran yang baik

Evaluasi : ibu bisa mengedan

4. Melakukan pertolongan persalinan normal

Evaluasi : bayi lahir spontan pukul 07.15 WIB langsung menangis, tonus

otot kuat, kulit kemerahan, jenis kelamin L, BB : 3200 g, PB : 48 cm.

CATATAN PERKEMBANGAN KALA III

Pukul 07.16 WIB

S : Ibu mengatakan masih merasa mules sedikit

O : Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Abdomen : TFU sepusat, Tidak teraba janin kedua

Genitalia : Terdapat tali pusat memanjang di vulva

A : P₃A₀ inpartu kala III

P : 1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi : ibu mengetahui dan mengerti apa yang disampaikan oleh bidan

2. Melakukan penyuntikan oxytocin 10 IU

Evaluasi : Oxytocin telah disuntikan

3. Melakukan Peregangannya Tali Pusat

Evaluasi : Plasenta lahir pukul 07.20 spontan kotiledon lengkap

4. Melakukan massase fundus uteri 15 kali 15 detik

Evaluasi : dilakukan kontraksi uterus baik

CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV

Pukul 07.20 WIB

S : Ibu mengatakan masih lemas dan senang atas kelahiran bayinya

O : Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital : TD : 125/80 mmhg

N : 88x/menit

R : 22x/menit

S : 36,4°C

Spo : 97%

Abdomen : Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari di bawah pusat, kandung kemih kosong

Genitalia : Terdapat luka laserasi derajat 2, Perdarahan normal

A : P3A0 kala IV

P :1. Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi : ibu mengerti

2. Melakukan hecing/ penjahitan derajat II

Evaluasi : Sudah dilakukan penjahitan

3. Membersihkan ibu dan tempat bersalin

Evaluasi : Ibu merasa nyaman dan tempat bersalin sudah bersih

4. Melakukan dekontaminasi alat

Evaluasi : Alat sudah steril

5. Melakukan pemantauan kala IV

Evaluasi : dilakukan hasil terlampir di partograf

Asuhan Kebidanan Pada Ny.T P3A0 2 Jam Post Partum

S : Ibu mengatakan keadaannya sudah membaik

O : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital : TD : 128/83 mmHg

N : 87x/menit

R : 22x/menit

S : 36,5°C

Spo : 98%

Payudara : Simetris, tidak ada nyeri tekan, colostrum (+)

Abdomen : Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari di bawah pusat,
kandung kemih kosong

Genitalia : Pengeluaran darah normal

A: P3A0 2 jam post partum

P: 1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi : ibu mengetahui

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

Evaluasi : Hasil keadaan umum baik, TTV dalam batas normal, kontaksi uterus baik, perdarahan normal

3. Mengobservasi pengeluaran ASI, Involusi uteri, Kandung kemih

Evaluasi : Pengeluaran ASI sudah ada, Involusi uteri baik, Kandung kemih kosong

4. KIE vulva hygiene serta perawatan luka jahitan yang benar

Evaluasi : ibu mengerti dan bisa melakukannya.

3.2. Matriks Hubungan Antara Teori dan Kasus

NO	Kasus	Pengertian	Penyebab	Tanda / Gejala	Planning / Interval	Evidence based		
				Teori	Praktik	Teori	Praktik	
1.	Ketuban Pecah Dini (KPD)	Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya atau ruptu selaput ketuban sebelum terjadinya persalinan. Berdasarkan	1. Faktor predisposisi (usia ibu <20 dan > 35 tahun) 2. Factor paritas 3. Factor pekerjaan 4. Faktor disporposi	1. Keluarnya cairan pervaginam yang tidak dapat ditahan. 2. Pada palpasi abdomen janin mudah diraba	Hal ini sejalan dengan kasus Ny. T, dimana ibu mengatakan sudah keluar air-air dari jalan lahir pada pukul	1. Penatalaksanaan konservatif a. Diberikan antibiotik bila ktuban pecah > 6 jam (Ampisilin 4x500 mg atau Gentamisin 1x80 mg). b. Usia kehamilan <32-34 minggu	Dalam prakteknya pada Ny.T diberikan eritromicyn 4x250 mg, pemasangan dryp oxytosin 5IU dalam larutan	Pasien dengan ketuban pecah dini harus segera di rawat karena harus dilakukan induksi dengan menggunakan oksitosin,

		waktu terjadinya, KPD dibedakan menjadi dua yaitu premature rupture of membranes (PROM) dan preterm premature rupture of membranes (PPROM). PROM terjadi pada	kepala panggul 5. Faktor berat badan janin 6. Faktor usia kehamilan 7. Faktor kelainan letak janin 8. Faktor gemelli 9. Faktor riwayat ketuban pecah dini 10. Faktor riwayat	karena cairan ketuban berkurang. 3. Tes lakmus didapatkan (+) (Mercer, 2023)	13.00 WIB tanggal 14 Maret 2025	dirawat sampai air ketuban tidak keluar lagi. c. Usia kehamilan 32-37minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes bisa negatif beri dexametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan keadaan janin. d. Usia kehamilan 32-37 minggu	500cc RL 20 tpm	dalam 6-12 jam setelah pecahnya ketuban. Induksi oksitosin lebih aman dan efektif.
--	--	---	--	---	---------------------------------------	--	--------------------	--

		atau setelah usia gestasi 37 minggu dan disebut juga KPD aterm. PPROM atau disebut juga KPD preterm terjadi sebelum usia gestasi 37 minggu (Mellisa, 2021).	abortus dan persalinan preterm 11. Faktor perdarahan antepartum 12. Faktor anemia 13. Faktor preeklampsia (batubara 2023).			sudah inpartu,tidak ada inpartu, berikan tokolitik (salbutamol), dexametason, dan induksi setelah 24 jam. e. Usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi seperti suhu, leukosit, dan tanda-tanda intrauterine.		
--	--	--	---	--	--	--	--	--

						f. Terminasi jika usia kehamilan sudah 37 minggu. g. Pada usia kehamilan 32-37 minggu, beri steroid 2 x 6 mg selama 2 hari untuk kematangan paru janin. Bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu.		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

						h. Dosis untuk betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali. 1) Penatalaksanaan 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 IU 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.		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 DATA SUBJEKTIF

Dari hasil pengkajian data dasar di dapatkan data subjektif, HPHT 10-06-2024, berdasarkan perhitungan HPHT taksiran persalinannya adalah 17-03-2025. Hasil perhitungan HPHT pada kunjungan umur kehamilan ibu 39-40 minggu, kehamilan ibu sudah termasuk aterm. Dapat dikatakan aterm jika umur kehamilan 37-42 minggu menurut (Mellisa, 2021).

Ibu mengeluh sudah keluar air-air banyak dari jalan lahir jam 13.00 WIB pada tanggal 14-03-2025 tanpa disertai mules. Hal ini terdapat kesesuaian antara kasus dan teori (Mercer, 2023), gejala KPD biasanya di tandai dengan keluar cairan ketuban melalui vagina yang berbau khas. Cairan ketuban berwarna jernih dan kadang-kadang bercampur lendir darah.

Ibu mengatakan ini kehamilan ketiga, tidak pernah keguguran, ibu merupakan multipara hal ini menyebabkan terjadinya KPD menurut (Roydian & Rodiani, 2017) bahwa salah satu penyebab faktor ketuban pecah dini adalah paritas, dengan hasil didapatkan bahwa kejadian ketuban pecah dini pada multipara sebanyak 59 kasus (23,69%), didapatkan ketuban pecah dini multipara sebanyak 31 kasus (12,44%), pada primipara 28 kasus (11,24%) dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian ketuban pecah dini.

4.2 DATA OBJEKTIF

Dari hasil pemeriksaan pada Ny.T didapatkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, dan pada pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil semua dalam batas normal. Hasil palpasi abdomen didapatkan Leopold I: Difundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong), Leopold II: Teraba bagian besar janin keras, datar, memanjang disebelah kiri (punggung) dan bagian-bagian kecil disebelah kanan, Leopold III: Bagian janin teraba bulat, keras, melenting (kepala), sudah masuk PAP, Leopold IV: Divergen, Perlimaan: 3/5, TBBJ: $(32-11) \times 155 = 3.255$ gram, DJJ: 140×/menit reguler, HIS 1×10'10".

Dilakukan pemeriksaan dalam didapatkan hasil v/v: tidak ada kelainan, portio: tebal lunak, pembukaan: 2 cm, ketuban: negatif, tidak teraba selaput ketuban, presentasi: kepala, penurunan: Hodge I. Menurut teori (AU Mutmainah, 2021) ibu sudah masuk inpartu kala 1 fase laten.

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya yang terbukti dengan vaginal pooling, tes nitrazine. Maka pada kasus ini dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu tes nitrazine untuk mengetahui perubahan warna kertas lakmus sesuai dengan teori (Mercer, 2023), tetapi pada kasus ini tidak dilakukan tes lakmus (nitrazine test), karena pemeriksaan lakmus sudah dilakukan di puskesmas dengan hasil lakmus (+), advis dokter dilakukan USG untuk mengetahui kondisi janin dan air ketuban, hal ini sesuai dengan teori (Murniasih dkk, 2023).

4.3 ANALISA

Berdasarkan pengkajian dari data subjektif dan objektif penulis menegakkan analisa Asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny.T umur 32 tahun G3P2A0 Parturient 39-40 minggu dengan KPD. Ditegakkan diagnosa ini karena pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda persalinan. (Mellisa, 2021)

4.4 PENATALAKSANAAN

Setelah di tegakkan diagnosa bahwa Ny.T mengalami KPD. Penulis melakukan penilaian keadaan umum oada Ny.T dan berkolaborasi dengan dokter SpOG hasilnya sudah dilakukan USG dan CTG dengan hasil keadaan bayi baik, DJJ baik, ketuban sudah tidak ada. Dilakukan pemberian eritromicyn 4×500 mg. Lalu dilakukan terminasi kehamilan dengan drip oxytocin 5IU dalam larutan 500cc RL, hal ini sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2020).

Jika pasien mengalami ketuban pecah dini penatalaksanaan yang harus sesuai dengan protap di RSUD dr. Slamet Garut dengan penatalaksanaan dilakukan USG untuk menilai keadaan bayi dan jumlah cairan air ketuban, pemberian antibiotik. Ny.T dengan umur kehamilan 39-40 minggu sudah termasuk aterm maka dilakukan terminasi kehamilan dengan drip oxytocin 5IU dalam larutan 500cc RL, sesuai dengan protap RSUD dr. Slamet Garut. Pada kasus ini sesuai dengan teori. (Ambarwati dkk, 2023)

Kala II pukul 07.10 WIB, bayi lahir spontan pukul 07.15 WIB langsung menangis, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki, berat badan 3200 g, Panjang badan 48 cm. Pada kala III dilakukan penyuntikan oksitosin 10 IU segera mungkin dan melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT) hal ini sesuai

dengan teori (AU Mutmainah, 2021). Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Plasenta lahir spontan kesan lengkap pada pukul 07.20 WIB setelah plasenta lahir dilakukan masase fundus sebanyak 15× dalam 15 detik.

Pada kala IV mengecek laserasi, terdapat derajat II lalu melakukan pemasangan IUD post plasenta atas izin ibu dan suami, melakukan penjahitan luka perineum. Memberitahukan hasil pemeriksaan, mengobservasi TTV, kontraksi uterus, jumlah darah dan kandung kemih pada satu jam pertama selama 15 menit sekali dan setiap 30 menit sekali pada jam kedua. Mengajarkan ibu untuk menilai kontraksi dengan memasase rahimnya sendiri, memberikan ibu hidrasi dan nutrisi serta KIE tentang perawatan luka jahitannya.

4.5 PENDOKUMENTASIAN

Setelah melakukan asuhan pada Ny.T di dokumentasikan sesuai dengan teori (Swasti Astanti dkk, 2022), dokumentasi kebidanan dapat diartikan sebagai bukti tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, serta kalangan bidan sendiri.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 KESIMPULAN

Setelah melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin Ny.S 32 tahun parturient 39-40 minggu dengan KPD di ruang bersalin RSUD dr.Slamet Garut. Maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- a) Pengkajian data subjektif pada Ny.T usia 32 tahun Parturient 39-40 minggu dengan KPD di ruang bersalin RSUD dr.Slamet Garut tahun 2025 didapatkan ibu mengatakan keluar air-air pada tanggal 14 maret 2025 pukul 13.00 WIB disertai lendir bercampur darah dari jalan lahir.
- b) Pengkajian data objektif Ny.T usia 32 tahun Parturient 39-40 minggu dengan KPD di ruang bersalin RSUD dr Slamet Garut tahun 2025 didapatkan hasil lakmus positif.
- c) Berdasarkan data Subjektif dan Objektif maka Analisa yang ditegakkan yaitu Ny.T usia 32 tahun Parturient 39-40 minggu dengan KPD.
- d) Penatalaksanaan kebidanan Ny.T usia 32 tahun Parturient 39-40 minggu dengan KPD di ruang bersalin RSUD dr Slamet Garut, dilakukan pemeriksaan USG.
- e) Pendokumentasian asuhan kebidanan Ny.T usia 32 tahun Parturient 39-40 minggu dengan KPD di ruang bersalin RSUD dr Slamet Garut, yaitu dengan menggunakan SOAP.

5.2 SARAN

5.2.1. Bagi Penulis

Melakukan pembelajaran lebih dalam lagi tentang kegawat daruratan baik maternal maupun neonatal, agar dapat memahami tentang tanda dan gejalanya serta melakukan penanganan awal dengan baik dan tepat terutama tentang KPD.

5.2.2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan dan mengembangkan metode pelaksanaan manajemen asuhan kebidanan ibu bersalin dengan KPD dalam memecahkan masalah, mengingat metode tersebut sangat bermanfaat dan membina petugas kesehatan untuk menciptakan tenaga yang berkualitas dan professional.

5.2.3. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan untuk meningkatkan pelayanan kepada ibu bersalin dengan KPD sesuai dengan manajemen asuhan kebidanan dan standar pelayanan kebidanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anemia dalam Kehamilan. (2018). (n.p.): Pustaka Abadi.
- Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD): Aplikasi Teori Keperawatan *Need For Help Wiedenbach*. (2021). (n.p.): Penerbit NEM.
- Batubara, A. R., & Fatmarah, Y. (2023). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Kpd (Ketuban Pecah Dini) Pada Ibu Bersalin Di Pmb Desita, S. Sit Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 9(2), 1249-1257.
- Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. (2022). (n.p.): Penerbit NEM.
- Buku Ajar Pengantar Keperawatan Maternitas. (n.d.). (n.p.): Penerbit Adab.
- Fitriyani, F., Lubis, Y., & Yuniarti, Y. (2018). Faktor determinan pada ketuban pecah dini. *Jurnal Media Kesehatan*, 11(1), 53-61.
- Kemenkes, R. I. (2020). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 01.07/Menkes/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan. *kemenkes RI*.
- Matriks *Metalloproteinase* Pada Ketuban Pecah Dini. (2021). (n.p.): Deepublish .
- Meti elvita, 2021. Asuhan Keperawatan Ibu Hamil dengan Ketuban Pecah Dini (KPD): Padang. NEM
- Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Kehamilan. (2022). (n.p.): CV Jejak (Jejak Publisher).
- Mutmainnah, A. U. L., Johan, H. H., Johan, H. H., Llyod, S. S., & Akademi Kebidanan Mutiara Mahakam. (2021). Asuhan persalinan. Penerbit Andi.
- Ningsi Agustina. 2024. Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Nas Media Pustaka Penerapan Tindakan Posisi Persalinan. (2022). (n.p.): Penerbit NEM.
- Putri, A., Maralin, D., Melisya, M., & Juliyana, J. (2024). Ketuban pecah dini (KPD) atau *Premature Rupture of the Membranes* (PROM). *Stetoskop: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(1), 1–5.

- Rahardjo, A. M., & Tunjungsari, F. (2025). Identifikasi faktor risiko kejadian ketuban pecah dini (KPD). *CoMPHI Journal: Community Medicine and Public Health of Indonesia Journal*, 5(3), 266–273.
- Rahayu, B., & Sari, A. N. (2017). Studi deskriptif penyebab kejadian ketuban pecah dini (KPD) pada ibu bersalin. *JNKI Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia (Indonesian Journal of Nursing and Midwifery)*, 5(2), 134-138.
- Sri Nina, DKK. 2023. pengantar ilmu kebidanan. Boyolali: Lakeisha.
- Sri, N., Lestari, M. A. B., Wati, D. F., Lisni, I., Naryanti, I., Herliana, H., ... & Murniasih, E. (2023). Pengantar Ilmu Kebidanan (A. Andriyanto, Ed.). Klaten: Penerbit Lakeisha.
- Sulastrri, Sulastrri, and Meri Epriana Epriana. "Analisis Faktor Resiko Ketuban Pecah Dini Di Rsud Mukomuko Kabupaten Mukomuko Tahun 2021." *Journal of Midwifery and Nursing Studies* “ 3.2 (2021): 19-27.
- Susilawati, S., Karmi, R., Hairunnisa, H., Prihatini, F., Dolesgit, N. M. G., Juwita, R., Delianti, N., Ambarsari, W. N., & Fadhliyah, L. (2024). Buku ajar perawatan maternitas. Penerbit ANDI.
- Syarwani, T. I., Tendean, H. M., & Wantania, J. J. (2020). Gambaran Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado Tahun 2018. *Medical Scope Journal*, 1(2).
- Utari, E. (2024). Faktor-faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini. *ASHOLISCARE: Jurnal Perawatan Holistik Ash-Shahabah*, 1(1), 11–19.
- Wijayanti Irfanatri, DKK.2024. Patologi dan Fisiologi persalinan. Yogyakarta: K-Media
- Zamilah, R., Aisyiyah, N., & Waluyo, A. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) Pada Ibu Bersalin Di RS. Betha Medika. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 10(2), 122-135.

Lampiran 1 SOAP Ketuban Pecah Dini

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

PROSEDUR	KRITERIA DIAGNOSA 1. Umur kehamilan >20 minggu 2. Keluar cairan dari vagina 3. Pemeriksaan speculum: terlihat cairan ketuban dari ostium uteri eksternum 4. Kertas nitrazine merah akan jadi biru 5. Mikroskopis terlihat lanugo dan verniks kascosa DIAGNOSA 1. Fistula vesicovaginal dengan kehamilan 2. Stres inkontinensia PEMERIKSAAN PENUNJANG USG: menilai jumlah cairan, berat janin, letak janin, kesejahteraan janin dan letak plasenta PENGELOLAAN b. Konservatif Pengelolaan konservatif dilakukan bila tidak ada penyakit (baik pada ibu maupun pada janin), pada
-----------------	---

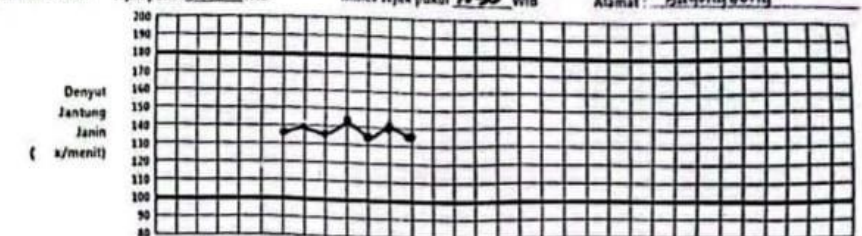
	kehamilan 28-34 minggu di rawat selama 2 hari. 1.Observasi kemungkinan adanya amnionitis atau tanda-tanda infeksi a). Suhu ibu $>38^{\circ}\text{C}$, takikardi ibu, leukositosis, tanda-tanda infeksi intrauterine, rasa nyeri pada rahim, sekret vagina purulent b). Janin: takikardi janin 2. Pengawasan timbulnya tanda persalinan 3. Pemberian antibiotika p.o (cefadroxil 2x50mg, eritromicin 4x500mg) selama 3-5 hari atau antibiotika spectrum luas lain yang sensitive. 4. Ultrasonografi untuk menilai kesejahteraan janin 5. Bila indikasi untuk melahirkan janin dilakukan pematangan paru janin dan proteksi nolak janin. Kriteria diagnose amnionitis 1. Febris
--	---

	2. Leukositosis 3. Takikardi 4. Cairan ketuban mungkin berbau b. Aktif Pengelolaan aktif pada ketuban pecah dini dengan umur kehamilan >34 minggu (terminasi kehamilan) 1. Bila tanda-tanda infeksi berikan antibiotic dosis tinggi dan persalinan diakhiri: a). Bila skor pelviks <5, lakukan pematangan serviks kemudian induksi, jika tidak berhasil akhiri dengan section sesarea b). Bila skor pelvik >5 induksi persalinan, partus pervaginam 2. Timbulnya tanda-tanda persalinan 3. Gawat janin PENYULIT 1. Infeksi, sepsis 2. Kematian janin karena infeksi atau disebabkan karena prematuritas
--	---

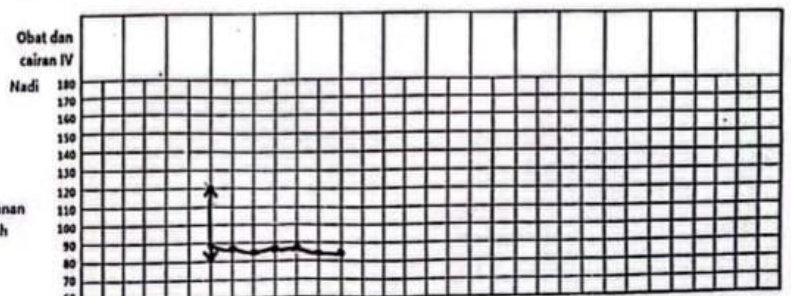
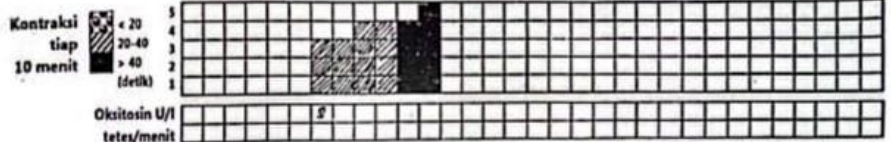
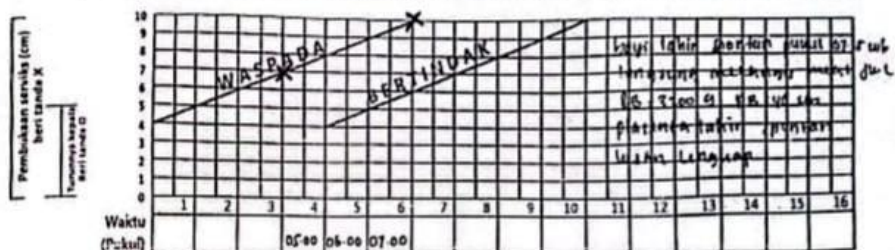
PARTOGRAF

No. Register 111111 Nama Ibu/Bapak : NY. T. / T. A. Umur : 31/34 G.P. & A.O. Hamil 35 minggu
111111 65 Puskesmas/RD Masuk Tanggal : 16 Maret 2017 Pukul : 01-30 WIB

Ketuban Pecah sejak pukul 11-00 WIB Mules sejak pukul 18-30 WIB Alamat : Sajenglorig



air ketuban penyusutan



Temperatur °C 36.5

Urine Protein
Aseton
Volume

Penolong

Makan terakhir : Pukul _____ Jenis : _____ Porsi : _____
 Minum terakhir : Pukul _____ Jenis : _____ Porsi : _____

Lembar partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal: 15 03 2018 Penolong Persalinan: bidan
 Tempat persalinan: [] rumah ibu [] Puskesmas [] Klinik Swasta [] Lainnya: Klinik dr. Haniat Garut
 Alamat tempat persalinan: Jl. Suda. dr. Haniat Garut

KALA I

[] Partograf melewati garis waspada
 [] Lain-lain, Sebutkan:
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:
 Bagaimana hasilnya? :

KALA II

Lama Kala II: 5 menit Episiotomi: [] tidak [] ya Indikasi:
 Pendamping pada saat persalinan: [] suami [] keluarga [] teman [] dukun [] tidak ada
 Gawat Janin: [] miringkan ibu ke sisi kiri [] minta ibu menarik napas [] episiotomi
 Distosia Bahu: [] Manuver Mc Robert ibu merangkang [] Lainnya:
 Penatalaksanaan untuk masalah tersebut:
 Bagaimana hasilnya? :

KALA III

Lama Kala III: 5 menit Jumlah Perdarahan: ml
 a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? [] ya [] tidak, alasan:
 Pemberian Oksitosin ulang (2x)? [] ya [] tidak, alasan:
 b. Pemegangan tali pusat terkendali? [] ya [] tidak, alasan:
 c. Masase fundus uteri? [] ya [] tidak, alasan:
 Laserasi perineum derajat 2 Tindakan: [] mengeluarkan secara manual [] merujuk
 [] tindakan lain
 Atonia uteri: [] Kompresi bimanual interna [] Metil Ergometrin 0,2 mg IM [] Oksitosin drip
 Lain-lain, sebutkan:
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut:
 Bagaimana hasilnya? :

BAYI BARU LAHIR

Berat Badan: 3200 gram Panjang: 48 cm Jenis Kelamin: ♂ Nilai APGAR: 10
 Pemberian ASI < 1 jam [] ya [] tidak, alasan:
 Bayi baru lahir pucat/biru/lemas: [] mengeringkan [] menghangatkan [] bebaskan jalan napas
 [] stimulasi rangsang aktif [] Lain-lain, sebutkan: [] Cacat bawaan,
 sebutkan: [] Lain-lain,
 sebutkan:
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:
 Bagaimana hasilnya? :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	07.45	125/85	87	36,5	2 jari & pusat	kuat	kecil	normal
	08.00	120/80	96		2 jari & pusat	kuat	kecil	normal
	08.15	120/80	98		2 jari & pusat	kuat	kecil	normal
	08.30	128/83	98		2 jari & pusat	kuat	kecil	normal
2	09.00	120/80	87	36,5	2 jari & pusat	kuat	kecil	normal
	09.30	120/80	88		2 jari & pusat	kuat	kecil	normal

Masalah Kala IV:
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:
 Bagaimana hasilnya? :

KIE

No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
		Semua nifas		
		Breast care		
		ASI		
		Perawatan Tali Pusat		
		KL		
		Gizi		
		Imunisasi		

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Ica Komalasari

Nama Pembimbing : Lina Humairah, SST, M. Kes

NIM : K46022090

NIDN :

Judul KTI

: Asuhan Kehidupan pada Ibu bersalin H4-T usia 31 tahun
Gestasio Parturiens 39-40 minggu dengan KPD dan Risiko de Stamen Gerd

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Jumat 25/04 2025	Judul	Acc Judul		
2.	Senin 05/05 2025	BAB I	Revisi latar belakang		
3.	Kamis 08/05 2025	BAB III	Revisi		
4.	Kamis 15/05 2025	BAB I - III	Revisi BAB II		
5.	Sabtu 17/05 2025	BAB I - IV	Revisi BAB II & IV		
6.	Senin 19/05 2025	BAB II & IV	Revisi		
7.	Jumat 23/05 2025	BAB IV	Revisi		

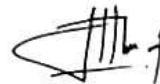
8.	Senin 26/05 2025	BAB 10.4 V	Acc		
9.	Rabu 28/05 2025	BAB 1 - V	Acc		
10.	Senin 02/06 2025	konsul ppt	Acc ppt		
11.	Rabu 04/06 2025	Simulasi sidang	Acc sidang		
12.	Kamis 05/06 2025	Simulasi sidang	Acc		
13.	Rabu 13/07 2025	Revisi BAB 1.2.3	Acc		
14.	Kamis 24/07 2025	Revisi BAB 1.2.4	Perbaikan BAB 4		
15.	Jumat 25/07 2025	Revisi BAB 4	Acc.		

Garut

2025

Mahasiswa

Pembimbing



(.....)

(.....)

