

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. D USIA 29
TAHUN G₃P₂A₀ PARTURIENT 35-36 MINGGU DENGAN
KETUBAN PECAH DINI
DI RUANG BERSALIN RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

**UTIK SUMIATI
NIM KHGH23018**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
2024**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir saya, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Bdn.) baik di STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali asuhan tim pembimbing
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan di dalam daftar Pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juli 2024

Yang membuat pernyataan

(UTIK SUMIATI)

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. D USIA
29 TAHUN G3P2A0 PARTURIENT 35-36 MINGGU
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG BERSALIN
RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : UTIK SUMIATI

NIM : KHGH23018

KARYA ILMIAH AKHIR

LTA ini telah disetujui untuk disidangkan dihadapan Tim Penguji Program
Pendidikan Profesi Bidan STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2024

Menyetujui,

Pembimbing

Intan Rina Susilawati, SST., M.Keb
NIP : 043.298.0110.100

Mengetahui

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan

Intan Rina Susilawati, SST., M.Keb
NIP : 043.298.0110.100

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.D
USIA 29 TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 35-36 MINGGU
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG
BERSALIN RSUD dr.SLAMET GARUT

NAMA : UTIK SUMIATI

NIM : KHGH23018

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir ini telah disidangkan dihadapan
Tim Penguji Program Pendidikan Profesi Bidan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2024

Menyetujui

Pembimbing : Intan Rina Susilawati, SST.,M.Keb (.....)
NIK.043.298.0110.100

Penguji I : Titi Purwitasari, SST., Bdn.,M.Keb (.....)
NIK043.298.0910.084

Penguji II : Nofita Setiorini F P, S.Tr.Keb., M.Kes (.....)
NIK.....

Mengetahui

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan

Intan Rina Susilawati, SST., M.Keb
NIP : 043.298.0110.100

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb

Segala puji serta syukur bagi Allah SWT berkat rahmat dan kasih sayang-Nya penulis dapat menyelesaikan KARYA ILMIAH AKHIR ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. D Usia 29 Tahun G₃P₂ A₀ Parturient 35-36 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini Di Ruang BERSALIN RSUD dr. Slamet Garut ”**. Sholawat serta salam semoga senantiasa terlimpah curah kepada baginda Nabi Muhammad SAW beserta para keluarganya, para sahabatnya hingga para umatnya yang semoga mendapatkan syafaatnya di yaumul akhir nanti Aamiin.

Dengan selesai nya KARYA ILMIAH AKHIR ini, penulis mengucapkan terimakasih banyak kepada orang tua tercinta bapak fachrudin, terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis, serta cinta, do'a support dan motivasi yang selalu membuat penulis percaya bahwa penulis mampu menyelesaikan KARYA ILMIAH AKHIR ini. Kepada pintu syurgaku Ibu Rita, mustahil penulis mampu melewati semua permasalahan yang penulis alami selama ini jika tanpa doa, ridho, dan dukungan dari beliau. Tidak lepas dari bantuan bimbingan saran dan dukungan dari berbagai pihak untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Dr. H. Hadiat.,MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut;
2. H.D Saepudin,S.Sos, M.Mkes., selaku pengurus yayasan Dharma Husada Garut;

3. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Intan Rina Susilawati, SST., M.Keb., selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Bidan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Titi Purwitasari Handayani, SST., Bdn., M.Keb selaku pembimbing KIA yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini;
6. Seluruh dosen pengajar yang telah memberikan bimbingan keilmuan dan nasihat berharga selama menjalani perkuliahan. Semoga segala ilmu dan amalan baik Bapak dan Ibu dibalas oleh Allah SWT Aamiin;
7. Semua pihak yang tidak tertulis terimakasih atas jasa yang telah di berikan, semoga Allah SWT , meridhoi dan memberikan balasan yang berlipat ganda Aamiin.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini penulis masih banyak kekurangan . Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun serta bermanfaat guna kelancaran dan kesempurnaan pada studi kasus yang akan datang.

Garut, Juli 2024

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR TABEL	i
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.3.1 Tujuan Utama	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Metode Pengumpulan Data	5
1.5. Waktu dan Tempat Penelitian	5
1.5.1 Waktu Penelitian	5
1.5.2 Tempat Penelitian.....	5
1.6 Manfaat Penelitian.....	6
1.6.1 Bagi Tempat Pelayanan Kesehatan	6
1.6.2 Bagi Institut Pendidikan	6
1.6.3 Bagi Penulis.....	6
BAB II TINJUANTEORI.....	7
2.1 Persalinan	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Jenis Persalinan	7

2.1.3 Tanda – Tanda Persalinan	9
2.1.4 Sebab – Sebab Terjadinya Persalinan	9
2.1.5 Tahapan Persalinan	9
2.1.6 Kebutuhan Dasar Selama Persalinan.....	12
2.2 Ketuban Pecah Dini	14
2.2.1 Definisi.....	14
2.2.2 Etiologi.....	14
2.2.3 Tanda Dan Gejala Ketuban Pecah Dini	14
2.2.4 Faktor- Faktor yang mempengaruhi.....	15
2.2.5 Diagnosa.....	19
2.2.6 Komplikasi	21
2.2.8 Penanganan Ketuban Pecah Dini	22
2.2.9. Jurnal Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketuban Pecah Dini.....	24
2.3 Pendokumentasian	26
2.3.1 Definisi.....	26
2.3.2 Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode SOAP	
BAB III TINJAUAN KASUS.....	29
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	42
4.1 Data Subjektif	42
4.2 Data Objektif.....	44
4.4 Penatalaksanaan.....	46

4.5 Pendokumentasian	47
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	51
5.1 Kesimpulan	51
5.2 Saran	52
DAFTAR PUSTAKA	53

DAFTAR TABEL

Tabel 3 1 Pemantauan Kemajuan Persalinan	37
Tabel 4 1 Matrix.....	48

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) angka kejadian ketuban pecah dini (KPD) di dunia mencapai 12,3% pada tahun 2020. Insidensi KPD di Indonesia mencapai 4,5% sampai 7,6% dari seluruh kehamilan. Prevelensi komplikasi Ketuban Pecah Dini aterm mencapai 8%, sedangkan Ketuban Pecah Dini Preterm mencapai 13% partus lama 18% dan penyebab lainnya 2% indonesia menjadi negara dengan angka kematian ibu tertinggi di ASEAN. (Mellisa, 2021)

Pada tahun 2021 di Jawa Barat, berdasarkan pelaporan profil kesehatan kabupaten/kota sebanyak 1206 orang atau 147,43 per 100.000 orang, meningkat 461 kasus dibandingkan tahun 2020, yaitu 746 kasus. Penyebab kematian ibu pada tahun 2021 disebabkan oleh infeksi COVID-19 sebesar 38,97%, perdarahan sebesar 19,32%, hipertensi saat hamil sebesar 17,41%, penyakit jantung sebesar 6,30%, infeksi 2,40%, gangguan metabolisme sebesar 1,08%, penyakit sistem peredaran darah sebesar 0,91% , abortus 0,17%, dan 13,43% merupakan penyebab lainnya. Jumlah kematian ibu sebanyak 1.206 jiwa, dimana 38,14% merupakan ibu hamil, 15,42% ibu bersalin, dan 46,44% merupakan ibu nifas. (Septyani, dkk. 2023)

Penyebab meningkatnya jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2020 di Kabupaten Garut di sebabkan oleh (3) faktor, yaitu faktor langsung diantaranya, pendarahan, eklamsi, dan infeksi. Sedangkan faktor penyebab

tidak langsung yaitu disebabkan oleh 3T (Terlambat mengenal tanda bahaya, Terlambat mengambil keputusan rujukan, Terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan), dan T4 (Terlalu muda, Terlalu tua, Terlalu sering, Terlalu banyak), Faktor ketiga merupakan faktor determinan sebagai penyebab kematian ibu yaitu masalah sosial, ekonomi dan budaya. (Dinas Kesehatan Garut, 2018)

Ketuban Pecah Dini (KPD) pada kehamilan < 37 minggu di definisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. *Preterm premature rupture of membranes* (PPROM). Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara kurang dari 3cm dan pada multipara kurang dari 5cm. Hal ini dapat terjadi pada kelahiran aterm maupun pada kehamilan preterm. (Nurhayani, dkk, 2021)

KPD memiliki risiko infeksi ibu dan anak meningkat, komplikasi kejadian KPD yang paling sering terjadi pada ibu bersalin yaitu infeksi dalam persalinan, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan postpartum, dan terjadinya korioamnionitis sampai sepsis, meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal. Sedangkan pada janin komplikasi yang paling sering terjadi yaitu prematuritas, penurunan tali pusat, asfiksia, sindrom deformitas janin, dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal. (M and Rahmawati, 2021)

Berdasarkan penelitian Muliani tahun 2023 yang berjudul Analisis Faktor Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Margadana didapatkan hasil adanya hubungan paritas dengan kejadian KPD. Mayoritas responden yang

mengalami ketuban pecah dini adalah multiparitas, hal ini disebabkan karena paritas tinggi termasuk faktor risiko terjadinya ketuban pecah dini disebabkan oleh vaskularisasi (pembentukan pembekuan darah berlebihan) pada uterus mengalami gangguan yang menyebabkan jaringan ikat selaput ketuban rentan, rapuh dan akhirnya pecah spontan. (Muliani, 2024)

Peran Bidan sebagai salah satu tugas tenaga kesehatan memiliki peranan sangat penting dan strategis dalam penurunan AKI dan AKB serta penyiapan generasi penerus bangsa yang berkualitas, melalui pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan. (saraswati, 2023) Penanganan bidan dalam asuhan kebidanan dengan KPD 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 dilakukan asuhan kebidanan yang cepat dan tepat, maka kasus ibu bersalin dengan KPD dapat ditangani dengan baik, sehingga AKI di Indonesia dapat dikurangi. (Halimah, 2022)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut. “ Bagaimana Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. D umur 29 Tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr.Slamet Garut ?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Utama

Melakukan Asuhan Kebidanan dan pendokumentasian SOAP Ibu Bersalin pada Ny.D Usia 29 Tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2024 dengan menggunakan model pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data secara Subjektif pada Ny. D usia 29 tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr.Slamet Garut tahun 2024
2. Melakukan pengkajian data secara Objektif pada Ny. D usia 29 tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2024.
3. Menegakan analisa pada Ny. D usia 29 tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruangan Bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2024.
4. Melakukan penatalaksanaan pada Ny. D usia 29 tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruangan Bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2024.
5. Melakukan pendokumentasian SOAP pada Ny. D usia 29 tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruangan Bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2024.

1.4 Metode Pengumpulan Data

Penulis melakukan asuhan kebidanan secara langsung kepada pasien. Adapun tehnik pengumpulan data yaitu dengan cara:

a) Observasi

Dengan pengamatan langsung pada keadaan pasien dan keadaan psikologis dan keadaan umumnya untuk mendapatkan data Objektif.

b) Wawancara

Wawancara di lakukan pada Ny.D untuk mendapatkan data Subjektif.

c) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik di lakukan pada Ny. D untuk mendapatkan data Objektif.

d) Studi Kepustakaan

Studi Kepustakaan di lakukan untuk mendapatkan materi materi secara teoritis mengenai KPD.

e) Studi Dokumentasi

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

1.5. Waktu dan Tempat Penelitian

1.5.1 Waktu Penelitian

Adapun KARYA ILMIAH AKHIR di laksanakan pada tanggal Juli 2024

1.5.2 Tempat Penelitian

Lokasi KARYA ILMIAH AKHIR ini yaitu Ruang Bersalin RSUD. Slamet Garut.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Bagi Tempat Pelayanan Kesehatan

Hasil KARYA ILMIAH AKHIR ini mengenai ketuban pecah dini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan yang bermanfaat bagi tempat pelayanan kesehatan untuk lebih meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini.

1.6.2 Bagi Institut Pendidikan

Hasil Tulis Karya Ilmiah ini mengenai ketuban pecah dini di harapkan dapat menambah referensi dan informasi bagi mahasiswa kebidanan khususnya dan umumnya bagi semua pembaca serta bisa di jadikan sebagai perbandingan bagi KARYA ILMIAH AKHIR selanjutnya.

1.6.3 Bagi Penulis

Sebagai sarana pembelajaran untuk mengaplikasikan teori yang sudah di peroleh selama perkuliahan khususnya sebagai salah satu syarat kelulusan (KARYA ILMIAH AKHIR)

BAB II

TINJUAN TEORI

2.1 Persalinan

2.1.1 Definisi

Menurut Varney (2007) Persalinan adalah serangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dari kontraksi persalinan yang ditandai oleh perubahan progresif pada servik dan diakhiri dengan pengeluaran plasenta (Atika *et al.*, 2022). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Atika, 2020).

Partus abnormal adalah bayi lahir melalui vagina dengan bantuan tindakan atau alat seperti versi/ekstraksi, cunam, vacuum dekapitasi, embriotomi dan sebagainya, atau lahir perabdominan dengan section caesaria (Aurelia *et al.*, 2023)

2.1.2 Jenis Persalinan

1. Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dapat di bedakan menjadi tiga, yaitu:

- a. Persalinan Spontan

Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir

b. Persalinan Buatan

Bila persalinan di bantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forcep atau dilakukan operasi seperti *sectio caecario*.

c. Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban karena pemberian prostaglandin. (Widyaningsih and Nur khayati, 2023)

2. Berdasarkan umur kehamilan dan berat badan bayi,yaitu:

a. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia 22 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram sampai 999 gram.

b. Partus Premature

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 20 minggu dan 36 minggu dengan berat bayi antara 1000 gram sampai 2500 gram.

c. Partus Maturus (Aterm)

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 37 minggu dan 40 minggu dengan berat badan bayi antara 2500 gram sampai 4000 gram.

d. Partus postmaturus (serotinus)

Pengeluaran buah kehamilan dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu (Hailek G, 2023)

2.1.3 Tanda – Tanda Persalinan

Menurut (Atika *et al.*, 2022) menyatakan tanda- tanda persalinan adalah sebagai berikut:

- a. Terjadinya his persalinan
- b. Pengeluaran lendir darah (pembawa tanda)
- c. Ketuban pecah dengan sendirinya

2.1.4 Sebab – Sebab Terjadinya Persalinan

Sebab terjadinya persalinan dikarenakan beberapa faktor pada masa kehamilan, plasenta yang memproduksi hormon akan menua. Hormon presteron yang berfungsi untuk relaksasi rahim menurun dan hormon oksitosin meningkat. Peningkatan hormon oksitosin ini menyebabkan rahim berkontraksi sehingga menyebabkan persalinan.

Bahkan di akhir kehamilan, penuaan plasenta menyebabkan inflamasi pada rahim sehingga menyebabkan produksi prostaglandin. Produksi prostaglandin meningkatkan kontraksi rahim. Inflamasi ini juga melemahkan selaput ketuban dan akhirnya pecah. Persalinan biasanya terjadi pada usia kehamilan 40 minggu, namun kisaran normal kelahiran adalah pada usia kehamilan 37 hingga 42 minggu. (Analia and Apri Sulistianingsih, 2023)

2.1.5 Tahapan Persalinan

1. Kala 1

Kala I atau fase pembukaan persalinan adalah tahapan persalinan yang dimulai sejak saat persalinan dengan pembukaan pertama dan berlanjut hingga pembukaan serviks lengkap. (Sajidah *et al.*, 2023)

Kala satu dibagi menjadi tiga fase yaitu :

a. Fase Laten

Fase laten terjadi ketika serviks melebar 0 sampai 3 cm. Kontraksi uterus pada fase ini tidak teratur dan singkat, hanya berlangsung 20 hingga 40 detik. Fase Laten berlangsung sekitar 6 sampai 18 jam pada primipara, 2 hingga 10 jam pada multipara.

b. Fase AKIAf

Fase aKIAf terjadi ketika serviks melebar 4 hingga 7 cm. Kontraksi uterus pada tahap ini terjadi setiap 5 hingga 8 menit, durasi kontraksi 45 hingga 60 detik, dan intensitasnya sedang hingga kuat. Fase aKIAf berlangsung sekitar 3 jam pada wanita primipara dan sekitar 2 jam pada wanita multipara.

c. Fase Transisi

Fase transisi terjadi dilatasi serviks sebesar 8 hingga 10 cm. Kontraksi uterus dalam fase ini terjadi dengan interval waktu 1 hingga 2 menit dan lamanya kontraksi 60 hingga 90 detik. Pada akhir fase transisi pasien merasa adanya dorongan untuk mengejan.

(Sari *et al.*, 2019)

2. Kala II

Menurut (Robert M, 2022) Kala II atau kala pengeluaran dimulai dengan pembukaan lengkap (10 cm) dan berlanjut hingga bayi lahir. Proses ini memakan waktu 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Pada titik ini his menjadi lebih cepat dan lebih kuat setiap 2-3 menit. Dalam kondisi normal, kepala bayi sudah berada di rongga panggul (Saraswati, 2021)

3. Kala III

Kala III atau kala uri merupakan masa persalinan sejak lahirnya bayi hingga lahirnya plasenta dan berlangsung kurang dari 30 menit. Setelah bayi lahir, uterus menjadi keras dan fundus berada sedikit di atas pusat (Suturang *et al.*, 2023). Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dinding rahim. (Nuzulia, 2022)

Manajemen aKIAf kala III terdiri dari :

- a. Pemberian Oksitosin
- b. Peregangan tali pusat terkendali
- c. Masase fundus uteri (Nurafifah, 2021)

4. Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum. (Lisnawati *et al.*, 2023)

Obseravasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah:

- a. Tingkat kesadaran ibu bersalin.
- b. Pemeriksaan TTV berupa tekanan darah, nadi, respirasi, suhu.
- c. Kontraksi uterus.
- d. Terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 500c.
- e. Isi kandung kemih. (Nuzulia, 2022)

2.1.6 Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

- a. Dukungan fisik dan psikologis

Setiap ibu yang memasuki masa persalinan maka akan muncul perasaan takut, khawatir, ataupun cemas terutama pada ibu primipara. Perasaan takut dapat meningkatkan nyeri, otot-otot akan menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah dan pada akhirnya akan menghambat proses persalinan. Dukungan dapat di berikan oleh orang-orang terdekat pasien (suami, keluarga, teman, bidan, maupun dokter). Bidan harus mampu memberikan perasaan kehadiran :

- 1) Selama bersama pasien, bidan harus konsentrasi penuh untuk mendengarkan dan melakukan observasi.
- 2) Menempatkan pasien dalam keadaan yakin (bidan bersikap tenang dan menenangkan pasien).

- b. Kebutuhan makanan dan cairan

Makanan padat tidak boleh di berikan selama persalinan aKIAf, oleh karena itu makan padat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama

persalinan. Untuk mencegah dehidrasi pasien dapat di berikan minum segar (jus buah, sup, air putih, teh manis).

c. Kebutuhan Eliminasi

Kandung kemih harus di kosongkan selama 2 jam selama proses persalinan. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan katerisasi karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga dapat meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama kontraksi uterus. Rektum yang penuh akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin, namun bila pasien ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II.

d. Posing dan AKIAfitas

Bidan memberitahukan ibu untuk tidak perlu terlentang terus menerus dalam masa persalinan, bidan bisa menganjurkan untuk miring kiri, berdiri, atau berjalan-jalan. Posisi untuk persalinan:

- 1) Duduk atau setengah duduk
- 2) Posisi merangkak
- 3) Berjongkok atau berdiri
- 4) Berbaring miring ke kiri

e. Pengurangan Rasa Sakit

Pendekatan- pendekatan untuk mengurangi rasa sakit: adanya seseorang untuk mendukung dalam persalinan, mengatur posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat, sentuhan dan massase (Sari, 2021)

2.2 Ketuban Pecah Dini

2.2.1 Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah ketuban pecah sebelum waktunya. Berdasarkan waktu terjadinya, KPD dibedakan menjadi dua yaitu *premature rupture of membranes* (PROM) dan *preterm premature rufture of membranes* (PPROM). PROM terjadi pada atau setelah usia gestasi 37 minggu dan di sebut juga KPD aterm. PPRM atau di sebut juga KPD preterm terjadi sebelum usia gestasi 37 minggu. Risiko infeksi ibu dan anak meningkat. (Nurhayani *et al.*, 2021)

2.2.2 Etiologi

Penyebab terjadinya KPD belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban, faktor multigravida/paritas, pekerjaan, disporposi kepala panggul, berat badan janin, usia kehamilan, kelainan letak janin, gemelli, riwayat abortus dan persalinan preterm sebelumnya (Ramadhan and Fatmarah, 2023)

2.2.3 Tanda Dan Gejala Ketuban Pecah Dini

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui

vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering. Bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Astuti, 2021)

2.2.4 Faktor- Faktor yang mempengaruhi

Beberapa faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini adalah:

1. Usia Ibu

Ibu dengan usia <20 tahun atau terlalu muda mempunyai risiko lebih tinggi terjadi KPD. Hal ini dikarenakan organ reproduksinya belum bekerja dengan baik, dimana rahim belum bisa menahan kehamilan dengan baik, selaput ketuban belum matang dan mudah mengalami robekan sehingga dapat menyebabkan terjadinya KPD. (Handayani *et al.*, 2023). Usia ibu berhubungan dengan paritas, yaitu risiko tinggi kelahiran kurang bulan pada multipara muda dan primipara tua. Dibandingkan dengan primipara usia 25-29 tahun, risiko kelahiran kurang bulan adalah dua kali lipat untuk multipara berusia <18 tahun dan primipara berusia >40 tahun.

2. Kehamilan Gemelli

Pada kehamilan gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan.

Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil. Sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Astuti, 2021)

3. Paritas

Kehamilan yang terlalu sering disebut dengan multipara atau grademultipara mempengaruhi proses embriogenesis, selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya. Semakin banyak paritas, semakin mudah terjadinya infeksi amnion karena rusaknya struktur serviks pada persalinan sebelumnya. KPD lebih sering terjadi pada multipara, karena penurunan fungsi reproduksi, berkurangnya jaringan ikat, vaskularisasi dan servik yang sudah membuka satu cm akibat persalinan yang lalu. (Astuti, 2021)

4. Preterm

Pada Ibu dengan usia kehamilan preterm adalah 28-36 minggu pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah, melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Hal ini dikarenakan pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan perubahan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks ekstraseluler amnion, korion, dan apoptosis membrane janin. KPD pada kehamilan premature disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal misalnya infeksi yang menular dari vagina, polihidramnion inkompeten serviks solusio plasenta

(Astuti, 2021)

5. Infeksi Vagina/serviks

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

6. AKIAvitas Ibu

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

7. *CephaloPelvic Disproportion* (CPD)

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

8. Inkompetensi Serviks

Inkompetensi adalah serviks dengan kelainan anatomi yang nyata akibat laserasi serviks sebelumnya, atau dilatasi serviks yang berlebihan tanpa rasa sakit atau nyeri pada trimester kedua atau awal trimester ketiga mengacu pada kelainan bawaan pada serviks yang kemudian menonjol dan pecahnya selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi. (Haile G, 2023)

9. Hubungan seksual

Resiko yang dapat ditimbulkan karena hubungan seksual yang tidak tepat selama kehamilan salah satunya menyebabkan ketuban pecah dini sebelum waktunya (Indrawati and Suhartini, 2023)

Status hubungan seksual, berhubungan seksual pada saat hamil tetap dianjurkan bagi wanita hamil pada umumnya asalkan saja mereka dapat mengontrol atau mengendalikan dirinya untuk tidak berkontraksi. Keseringan melakukan hubungan seksual dengan frekuensi melebihi 3x seminggu ternyata lebih beresiko, posisi koitus suami diatas dan menekan dinding perut penetrasi penis yang sangat dalam merupakan faktor resiko terjadinya ketuban pecah dini. (Handayani *et al.*, 2023)

10. Perilaku Merokok

Menurut WHO Kebiasaan merokok atau lingkungan dengan rokok yang intensitas tinggi dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil. Rokok mengandung lebih dari 2.500 zat kimia yang teridentifikasi termasuk karbon monoksida, amonia, aseton, dan hidrogen sianida. Merokok selama kehamilan dapat menyebabkan kondisi seperti kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, dan peningkatan risiko lahir mati. (Haile G, 2023)

2.2.5 Diagnosa

Diagnosa KPD ditegakan dengan cara:

1. Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna cairan tersebut, his belum teratur

atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir darah.

2. Tes nitrazin atau tes kertas lakmus

Seorang ibu mengalami KPD ketika warna hasil ternyata berubah dari pink menjadi biru. (Wijayanti, 2023)

3. Inspeksi

Pengamatan dengan kasat mata akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.

4. Pemeriksaan dengan speculum

Pemeriksaan dengan speculum pada KPD akan tampak keluar cairan dari *ostium uteri eksternum* (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan manuver valsava, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior.

5. Pemeriksaan Dalam

Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam. Karena pada waktu dilakukan pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi patogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan jika KPD

yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin untuk menghindari terjadinya infeksi. (Lindo and Wildan, 2023)

6. Pemeriksaan penunjang

pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada kasus ketuban pecah dini yaitu:

- a) Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna , konsistensi, bau dan pHnya.
- b) Cairan yang keluar dari vagina ini adalah kemungkinan air ketuban, urine atau secret vagina.
- c) Secret vagina ibu pH:4-5 dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kering
- d) Tes lakmus , jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis).
- e) Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis. (Nurfauziah, 2022)

7. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini bermaksud untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri (Lindo and Wildan, 2023)

2.2.6 Komplikasi

komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilannya. Dapat terjadi infeksi maternal maupun

neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden secsio cesarea atau gagalnya persalinan normal. (Prima *et al.*, 2020)

2.2.8 Penanganan Ketuban Pecah Dini

1. Penanganan Bidan Pada Ketuban Pecah Dini

- a. Pada umumnya lebih baik untuk membawa semua pasien dengan KPD ke rumah sakit dan melahirkan bayi yang berumur >37 minggu dalam 24 jam dari pecahnya ketuban untuk meminimalkan risiko infeksi intrauterine.
- b. Tindakan konservatif dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dan kebidanan diantaranya dalam pemberian antibiotik Penisilan atau Ampisilin.
- c. Batasi periksa dalam secara ketat untuk mengurangi insidens korioamnionitis, terutama pada pasien yang memilih penatalaksanaan konservatif. Melibatkan pasien dalam proses pengambilan keputusan yaitu penatalaksanaan konservatif atau penatalaksanaan aKIAf. (Sari, 2021)

2. Penanganan Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit

a. Konservatif

- 1) Penilaian KPD (Anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang), penanganannya melibatkan penilain usia gestasi, tanda tanda

persalinan , infeksi dan komplikasi pada ibu dan janin.

- 2) Berikan tokolitik jika diperlukan selama transportasi
- 3) Jika usia kehamilan <24 minggu konseling kepada pasien dan keluarga tentang survival, direkomendasikan diskusi dengan neanatolog.
Berdasarkan pilihan
 - a) Induksi persalinan.
 - b) Manajemen ekspektatif resusitasi (dirawat).
 - c) Manajemen ekspektatif tidak resusitasi.
 - d) Evaluasi px selama 24-48 jam, berikan antibiotika.
 - e) Pulangkan dengan instruksi monitor suhu harian.
 - f) Lakukan USG fetal tiap minggu.
 - g) Pemberian kortikosteroid tidak di rekomendasikan.
 - h) Jika fetul viabel dan tim neonatologi memutuskan resusitasi, rawat inap px.
- 4) Jika usia kehamilan 24-34 minggu manajemen ekspektatif rawat inap, berikan magnesium jika persalinan <24jam, berikan kortikosteroid,

berikan antibiotik, pengawasan dengan *NST* harian, *USG* periodik untuk menilai cairan amnion.

- 5) Jika usia kehamilan 34-37 minggu, jika maturus fetus terdokumentasi, pertimbangkan induksi/lakukan manajemen ekspektatif, pertimbangkan pemberian kortikosteroid.
- 6) Jika usia kehamilan 34-37 minggu sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan tokolitik nifedifin, MgSo₄, Dexametason dan induksi sesudah 24 jam. Dan jika ada infeksi berikan antibiotik dan lakukan induksi.

b. AKIAf

1. Kehamilan >37 minggu lahirkan (biasanya dengan induksi persalinan).
2. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi dan persalinan di akhiri. (POGI, 2016)

2.2.9. Jurnal Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketuban Pecah Dini

1. Hubungan aKIAvitas ibu Dengan Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada

kategori pekerjaan ibu ditemukan kejadian KPD tertinggi terjadi pada ibu yang tidak bekerja . Hal ini karena ibu hamil yang tidak bekerja bukan berarti tidak memiliki kegiatan, namun ibu hamil yang pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga memiliki pekerjaan yang selalu berulang, seperti memasak, mencuci, menyapu sehingga kurangnya waktu istirahat yang mengakibatkan kelelahan sehingga timbul keluhan berupa sakit perut bagian bawah atau terjadinya kontraksi yang bisa menyebabkan ketuban pecah dini sebelum waktunya. Kontraksi yang semakin lama semakin sering akan menyebabkan selaput ketuban tidak lagi mampu menahan kehamilannya. (Wulansari *et al.*, 2023)

2. Hubungan Kebiasaan Merokok Dengan Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan paparan asap rokok terhadap kejadian ketuban pecah dini di RSUD Dr. H Soewondo Kendal menunjukkan bahwa ibu yang terpapar asap rokok dan mengalami KPD sebanyak 29 orang (65,9%). Sebagian besar menyatakan bahwa ada anggota keluarga yang merokok di dalam rumah, dan sebagian kecil ada rekan kerja yang merokok didalam ruangan. Hasil penelitian terdapat hubungan antara ketuban pecah dini dengan kebiasaan merokok. (Rozikhan *et al.*, 2020)

2.3 Pendokumentasian

2.3.1 Definisi

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

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

2.3.2 Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode SOAP

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

a. S (Data Subjektif)

Data Subjektif merupakan langkah pertama pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan dicatat sebagai

kutipan langsung dengan diagnosis. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, dibagian data dibelakang huruf “ S”, diberi tanda huruf “O”, tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien dengan menderita tuna wicara.

b. O (Data Objektif)

Data Objektif merupakan data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium pemeriksaan diagnostik lain. Data ini akan memberikan buKIA gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. A (Analisa)

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

d. P (Penatalaksanaan)

Penatalaksanaan adalah rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, diantaranya dokter. Dalam

planning juga harus mencantumkan evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil melalui efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai merupakan fokus ketepatan nilai tindakan asuhan. (Ana Setyowati, 2022)

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.D USIA 29 TAHUN

G3P2A0 PARTURIENT 35-36 MINGGU DENGAN KPD

DI RSUD dr.SLAMET GARUT

Tanggal Pengkajian : 20 Maret 2024
Nama Pengkaji : UTIK SUMIATI
Waktu Pengkajian : 17.58 WIB
Tempat Pengkajian : Ruang Bersalin
NIM : KHGH23018

Kala I

A. Data Subjektif

1. Identitas

Identitas

ibu :

Nama : Ny. D

Usia : 29 tahun

Suku : Sunda

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

n : IRT

Pekerjaan : Kp.bayongbon

Alamat g

Identitas

suami :

Nama : Tn. A

Usia : 32 tahun

Suku : Sunda

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

n : Buruh

Pekerjaan : Kp.Bayongbong

Alamat

2. Alasan Datang

Ibu datang dari ponek dengan rujukan dari Dr.SPOG pada pukul 17.10 atas indikasi ketuban pecah dini. Dilakukan pemeriksaan di ruang ponek didapatkan hasil tes lakmus berubah warna, dengan his $1 \times 10^7 10^8$.

3. Keluhan Utama

Ibu mengaku hamil 8 bulan, mengeluh keluar air rembes dari jalan lahir berwarna jernih pada pukul 05.00 WIB, ibu mengatakan pada saat terjadi rembes ibu tidak langsung periksa, mules masih jarang dirasakan, dan gerakan janin masih dirasakan ibu.

4. Riwayat obstetri

a. Riwayat kehamilan persalinan nifas lalu

Kehamilan ini merupakan kehamilan yang ketiga dan ibu tidak pernah keguguran. Anak pertama lahir tahun 2013, dengan persalinan normal lahir di rumah ditolong oleh paraji tidak ada komplikasi dengan BB 2.500 gram, jenis kelamin laki-laki, keadaan hidup. Anak kedua lahir tahun 2020, dengan persalinan normal di PMB ditolong oleh bidan tidak ada komplikasi dengan BB 2.900 gram, jenis kelamin laki-laki, keadaan hidup.

b. Riwayat kehamilan sekarang

Kehamilan ini merupakan kehamilan yang ketiga, ibu mengaku hamil 8 bulan, HPHT : 17-07-2023, TP : 23-04-2024. Ibu rutin memeriksa kehamilannya ke puskesmas sebanyak 4 kali

dan ke dokter SPOG sebanyak 1 kali. Status imunisasi TT ibu TT2, ibu merasakan gerakan janin dari usia kehamilan 4bulan. Keluhan pada trimester I tidak ada keluhan, trimester II tidak ada keluhan, trimester III tidak ada keluhan. Ibu rutin mengkonsumsi obat tablet Fe sebanyak 80 tablet. Ibu tidak memiliki kebiasaan merokok di dalam ruangan, ibu tidak mengkonsumsi jamu atau obat yang tidak dianjurkan oleh bidan dan dokter.

c. Riwayat KB

Sebelumnya ibu menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan, rencana KB selanjutnya IUD.

5. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Ginekologi

Ibu tidak pernah menderita penyakit berat dan IMS, ibu juga tidak mengalami keputihan berlebih

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu dan keluarga tidak memiliki penyakit genetik yang berat dan menular dari keluarga

6. Riwayat Pernikahan

Ini pernikahan ibu yang pertama, menikah di usia 19 tahun dan suami usia 21 tahun.

7. Psikososial

Suami dan keluarga mendukung atas kehamilannya dan ibu senang dengan kehamilannya, serta ibu merasa cemas karena sudah keluar air ketuban pada jalan lahir.

8. Pola kebutuhan sehari-hari

- a. Pola nutrisi : Makan 3x sehari berupa nasi, lauk sayur, dan tidak ada makanan yang dipanggang. Terakhir makan sebelum berangkat ke Rs. Minum 6-7 gelas sehari berupa air putih dan teh, terakhir kali minum 1 jam yang lalu
- b. Pola eliminasi : BAK 5-6x sehari, BAB 1x sehari (terakhir bab pagi pagi)
- c. Pola aKIAvitas : Ibu mengerjakan pekerjaan rumah tangga sendiri tanpa dibantu oleh asisten, dan lebih berfokus mengurus anaknya
- d. Pola Istirahat : Tidur siang 1 jam, tidur malam 5-7 jam
- e. Personal hygiene : Ibu mengatakan mandi 2x sehari
- f. Pola seksual : ibu mengatakan selama hamil lama/jarang berhubungan

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. Tanda-tanda vital

TD : 110/80 mmHg

Nadi : 81 x/menit

Respirasi : 22 x/menit

Suhu : 36,5 °C

d. Antropometri

BB sebelum hamil : 42 kg

BB : 56 kg

Kenaikan BB : 14 Kg

TB : 153 cm

IMT : $\frac{42}{1.53 \times 1.53} = 17,9$

LP : 89 cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : Warna rambut Hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak nyeri tekan

b. Muka : Bersih, tidak oedema, tidak pucat.

c. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda

d. Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman Baik

e. Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik.

f. Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak

- ada caries gigi, bibir tidak pucat.
- g. Leher :Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak nyeri tekan.
- h. Dada/payudara :Payudara simetris, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, kolostrum belum ada
- i. Abdomen Inspeksi : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum.
- Palpasi : TFU 25 cm
- Leopold I : Di fundus teraba bagian lunak, bulat, tidak melenting.
- Leopold II : Dibagian kanan ibu teraba bagian keras memanjang seperti papan dan dibagian kiri ibu terdapat bagian-bagian terkecil janin.
- Leopold III : Dibagian terbawah janin teraba bagian keras, bulat dan melenting, kepala sudahmasuk PAP.
- Leopold IV : Divergen
- Perlimaan : 4/5
- DJJ : 147 x/menit,Reguler

- His : 1x10'10"
- TBBJ : 2170 gram
- j. Ekstremitas atas : Tangan simetris, kuku bersih, tidak pucat, tidak oedema, jari lengkap
- k. Ekstremitas bawah : Kaki simetris, tidak oedema, kuku bersih dan tidak pucat, jari lengkap, tidak varices, refleks patella (+)
- l. Genetalia : Vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, ketuban (-) jernih, presentasi kepala, penurunan kepala hodge I

3. Pemeriksaan Penunjang

HB 12,4 g/dl

Tes lakmus (+) (perubahan warna dari kertas lakmus merah menjadi biru)

C. Analisa

G3P2A0 Gravida 35-36 minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan ketuban pecah dini janin tunggal hidup intrauterine.

D. Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan.

Evaluasi: Ibu mengetahui.

- b. Melakukan pemeriksaan TTV

Evaluasi: TTV ibu dalam batas normal

c. Melakukan terapi sesuai advice dr.SPOG

a) Terapi dexamethason 2x1 amp (1ml), eritromisin 1tablet

Evaluasi : sudah diberikan

b) Terapi drip oxytocin 0,5 ml kedalam cairan infus dextrose 5%
sesuai advice dr.SPOG

Evaluasi : Drip oxytocin labu ke 1diberikan pukul 18.00

c) Melakukan pemantauan kemajuan persalinan

Evaluasi :

Tabel 3 1 Pemantauan Kemajuan Persalinan

JAM	TTV	DJJ	HIS
17.58	110/80MmHg	147x/m	1x10 ³ 10 ³

d) Melakukan dukungan secara emosional kepada ibu untuk tetap tenang dan Teknik relaksasi.

Evaluasi: Ibu terlihat sedikit tenang

Kala II (19.30 WIB)

1. Data Subjektif

Ibu mengeluh mules semakin sering dan ada dorongan ingin mendedan

2. Data Objektif

a. Keadaan umum : sakit ringan

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tekanan darah : 110/70 mmHg

- d. Nadi : 82 x/menit
- e. Suhu : 36,6⁰C
- f. HIS : 5X 10'45"
- g. DJJ : 140x/menit
- h. Genitalia : v/v tidak ada kelainan, portio tidak teraba
,ketuban (-) jernih, presentasi kepala, penurunan kepala hodge IV

3. Analisa

G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu inpartu kala II dengan KPD, janin tunggal hidup.

4. Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan ibu bahwa ibu akan bersalin
Evaluasi : ibu mengerti dan ibu dalam posisi setengah duduk
- b. Mempersiapkan dan mendekatkan alat dan perlengkapan ibu untuk persalinan
Evaluasi : Partus set, oxytosin 1 cc, Methylergometrine 1 cc, kasa steril, sarung tangan steril, kain samping, kain pernel bayi, kain popok, dan waslap sudah disiapkan.
- c. Memposisikan ibu nyaman mungkin
Evaluasi : ibu sudah merasa nyaman
- d. Memenuhi kebutuhan makanan dan cairan ibu
Evaluasi : ibu bersedia minum air putih

e. Memimpin persalinan

Evaluasi : jam 19.40 WIB bayi lahir spontan, langsung menangis, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan, dengan jenis kelamin perempuan, BB 2690 gram

Kala III (19.45 WIB)

1. Data Subjektif

Ibu merasa masih mules dan lemas

2. Data Objektif

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Abdomen : Kontra ksikuat, uterus keras, TFU sepusat, kandung kemih kosong

Genitalia : Terdapat semburan darah, tali pusat memanjang

3. Analisa

P₃A₀ Kala III

4. Penatalaksanaan

a. Memberitahu ibu tindakan yang akan dilakukan

Evaluasi : ibu bersedia

b. Cek apakah ada janin kedua atau tidak

Evaluasi : Tidak teraba janin kedua

c. Menyuntikan oxytocin 10 IU/IM

Evaluasi : sudah dimasukan secara IM pada paha bagian kanan

d. Melakukan peregangan tali pusat (PTT)

Evaluasi : Tali pusat memanjang, Plasenta lahir spontan 19.45

WIB

e. Melakukan massase fundus sebanyak 15x selama 15 detik

Evaluasi : fundus teraba keras

f. Mengecek kelengkapan plasenta

Evaluasi : Plasenta lengkap

g. Mengecek laserasi

Evaluasi : Tidak terdapat laserasi

Kala IV (19.55 WIB)

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan masih merasa mulas dan lemas

b. Data Objektif

- c. Keadaan Umum : Baik
- d. Kesadaran : Composmentis
- e. Tekanan darah : 100/70 mmHg
- f. Nadi : 84x/menit
- g. Respirasi : 22x/menit
- h. Suhu : 36,0⁰C
- i. Abdomen : Kontraksi uterus kuat, uterus teraba keras,TFU 2jari dibawah pusat

j. Genitalia : Pengeluaran darah normal estimasi $\pm 25\text{cc}$

c. Analisa

P₃A₀ Kala IV

d. Penatalaksanaan

a. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu baik-baik saja

Evaluasi : ibu mengetahui

b. Membereskan alat dan membersihkan ibu

Evaluasi : alat sudah dicuci dan dibersihkan

c. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi ibu

Evaluasi : Terpenuhi

d. Melakukan observasi 2 jam selama nifas

Evaluasi : Observasi dilakukan hasil tanda-tanda vital, tfu, perdarahan ibu dalam batas normal

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah dilakukan pengkajian pada Ny. D, maka penulis akan membahas beberapa hal yang berkaitan dengan asuhan pada Ny. D dengan Ketuban Pecah Dini yang telah dilakukan di ruangan bersalin RSUD dr. Slamet Garut.

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan hasil anamnesa yang didapatkan, Ny. D datang dengan rujukan dari dokter, berdasarkan pengakuan Ny. D HPHT 17-07-2023 dengan usia kehamilan 8 bulan, ini merupakan kehamilan yang ketiga, mengeluh keluar air-air dari jalan lahir sejak jam 05.00 WIB disertai dengan adanya mules yang masih jarang dirasakan Ny. D. Hal ini merupakan tanda dan gejala ketuban pecah dini sesuai dengan teori (Astuti, 2021) bahwa tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban yang merembes merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, bersama pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering. Sedangkan menurut (Nurhayani *et al.*, 2021) *Preterm Premature Rupture of Membranes* (PPROM) adalah pecahnya selaput ketuban dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu, hal ini sesuai dengan usia kehamilan Ny. D yaitu 35-36 minggu.

Hasil observasi yang terakhir dilakukan oleh bidan ditemukan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital, dan pemeriksaan laboratorium dalam batas normal, pada pemeriksaan dalam ditemukan hasil pembukaan 1 cm, portio

tebal lunak dengan ketuban (-) mengalir dengan pemeriksaan kertas lakmus berwarna merah menjadi biru. Hal ini sesuai dengan teori (Wijayanti, 2023) bahwa untuk menegakan diagnosa ketuban pecah dini dilakukan pemeriksaan kertas lakmus, jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban.

Pada riwayat kehamilan Ny. D ditemukan beberapa faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini, usia kehamilan 35-36 minggu. Hal ini ditemukan faktor resiko pada Ny. D terhadap usia kehamilan preterm sesuai dengan teori (Susilowati *et al.*, 2021) usia kehamilan preterm adalah 28-36 minggu, pada trimester ke-3 selaput ketuban mudah pecah, melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim dan pembesaran janin. Terdapat faktor lain yang mempengaruhi ketuban pecah dini pada Ny. D terhadap kebiasaan merokok yang dilakukan oleh suami Ny. D hal ini sesuai dengan teori dari (Hailek G, 2023) bahwa paparan asap rokok mempengaruhi semua tahap reproduksi manusia yaitu peningkatan resiko untuk kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, solusio plasenta plasenta previa, keguguran, lahir mati, lahir prematur, berat badan lahir rendah, kecil untuk usia kehamilan dan bawaan anomali seperti bibir sumbing. Ada juga faktor lain yang mempengaruhi ketuban pecah dini pada Ny. D terhadap AKIAvitas yang dilakukan Ny. D sebagai ibu rumah tangga ini sesuai dengan teori (Wulansari *et al.*, 2023) bahwa pekerjaan rumah tangga memiliki pekerjaan yang selalu berulang , kurangnya waktu istirahat dan kecapean sehingga kelelahan tersebut

menyebabkan lemahnya korion dan amnion sehingga timbul kejadian ketuban pecah dini.

4.2 Data Objektif

Setelah dilakukan anamnesa, dilanjutkan dengan pengumpulan data Objektif dengan melakukan pemeriksaan fisik dan diperoleh hasil keadaan umum Ny.D baik, tanda-tanda vital dan pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Dilakukan pemeriksaan Leopold dengan TFU 25 cm, Leopold I teraba bokong, Leopold II teraba punggung dibagian perut sebelah kiri ibu, Leopold III bagian terbawah teraba kepala sudah masuk PAP, Leopold IV divergen, dengan his 1x10'10" dan DJJ 147x/menit, reguler. Dilakukan pemeriksaan dalam diperoleh hasil vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, ketuban negative (-) jernih, presentasi kepala, penurunan kepala Hodge I. Dalam hal ini Ny D sudah memasuki kedalam tahapan persalinan kala I fase laten sesuai dengan teori dari (Sari *et al.*, 2019) bahwa, terjadi dilatasi serviks sebesar 0 hingga 3 cm dan kontraksi uterus dalam fase ini tidak teratur, berlangsung selama 20 hingga 40 detik.

Persalinan kala II pada pukul 19.30 WIB Ny. D merasa mules semakin sering dan ada dorongan ingin mencedan. Hasil pemeriksaan keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital dalam batas normal, HIS 5x dalam 10 menit durasi 45 detik, DJJ 140x/menit. Pemeriksaan dalam diperoleh hasil vulva vagina tidak ada kelainan, pembukaan 10 cm, presentasi kepala, penurunan kepala Hodge IV. Persalinan berlangsung selama 20 menit, bayi lahir spontan 19.40 WIB langsung menangis dengan berat badan 2690 gram

panjang badan 46cm, lingkaran kepala 30, lingkaran dada 29 cm, apgar skor satu menit pertama 6. Hal ini sesuai dengan teori dari (Robert M, 2022) bahwa persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai lahirnya bayi. Proses ini lamanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Sedangkan menurut teori bahwa usia kehamilan 28 minggu dan 37 minggu dengan berat badan bayi antara 1000 gram sampai 2499 gram. Didalam hal ini tidak terdapat kesenjangan berat badan bayi dengan teori.

Persalinan kala III dimulai pada pukul 19.40 diperoleh hasil pemeriksaan keadaan umum, kesadaran Ny. D dalam batas normal, TFU sepusat, kandung kemih kosong, pemeriksaan pada genitalia terdapat semburan darah dan tali pusat memanjang. Plasenta lahir spontan 5 menit setelah bayi lahir jam 19.45 WIB. Hal ini sesuai dengan teori dari (Nuzulia, 2022) bahwa kala III adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit, setelah bayi lahir uterus teraba keras dan fundus uteri agak diatas pusat.

Kala IV berlangsung pukul 19.45 WIB, diperoleh hasil pemeriksaan keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital Ny. D dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus kuat, kandung kemih kosong, perdarahan normal, tidak terdapat luka jahitan. Pemantauan kala IV selama 2 jam pertama sesudah persalinan. Hal ini sesuai dengan teori (Lisnawati *et al.*, 2023) bahwa kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi

dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum.

4.3 Analisa

Hasil anamnesa pada Data Subjektif ibu dengan usia kehamilan 8 bulan, mengeluh keluar air-air dari jalan lahir sejak jam 05.00 WIB di dapatkan dengan pemeriksaan tes lakmus berubah warna merah menjadi biru. Dari Hasil anamnesa Data Objektif dilakukan pemeriksaan fisik dalam batas normal, dan dilakukan pemeriksaan dalam diperoleh vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 1cm, ketuban negative (-) jernih presentasi kepala, penurunan kepala hodge I.

Berdasarkan hasil dari pengkajian data Subjektif dan Objektif yang di kumpulkan dapat ditegakan diagnosa bahwa Ny. D Usia 29 tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu dengan ketuban pecah dini. Hal ini sesuai dengan teori dari (Ana Setyowati, 2022) bahwa analisa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data Subjektif dan Objektif.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada Ny. D di ruangan bersalin yaitu Dilakukan terminasi persalinan dengan pemberian drip oxytocin 0,5 cc kedalam cairan infus dextrose 5% pukul 18.00 WIB sesuai advice dokter SPOG. Memberikan dukungan secara emosional pada Ny.D untuk tetap tenang , Evaluasi Ny.D terlihat sedikit tenang. Didalam hal ini sesuai dengan teori

dan Suratni (2021) . Jika usia kehamilan kurang dari 37 minggu sudah inpartu diberikan antibiotik dilakukan induksi dengan oksitosin.

Pada asuhan kala IV dilakukan pemeriksaan laserasi dan diperoleh hasil tidak terdapat laserasi.

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. D didokumentasikan dalam bentuk SOAP yang dilakukan dengan tahap pengkajian data Subjektif , pengkajian data Objektif yang didapatkan dari hasil pengkajian berupa pemeriksaan fisik secara langsung pada Ny. D Kemudian data-data tersebut di interprestasikan untuk menentukan Analisa, dan dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan kasus yang dialami Ny.D. Dalam hal ini sesuai dengan teori (Ana Setyowati, 2022) bahwa metode SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

Tabel 4 1 Matrix

No	Masalah	Pengertian	Penyebab	Tanda/Gejala		Planning		Eviden based
			Teori	Teori	Praktik	Teori	Praktik	

1.	KPD (Ketuban Pecah Dini)	Ketuban pecah dini adalah ketuban pecah sebelum waktunya. Berdasarkan waktu terjadinya, KPD dibedakan menjadi dua yaitu premature rufture of membranes (PROM) dan preterm premature ruftur of membranes (PPROM). PROM terjadi pada setelah usia gestasi 37 minggu dan	Penyebab terjadinya KPD belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban, faktor multigravida paritas, pekerjaan, disporposi kepala panggul, berat badan janin, usia kehamilan, gemelli, riwayat abortus dan persalinan preterm sebelumnya. (Ramadhan	Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering. (Astuti, 2021)	Didapatkan pemeriksaan tes lakmus berubah warna merah muda menjadi biru.	1. Penilaian KPD meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penilaian usia gestasi, tanda tanda persalinan, infeksi, dan komplikasi pada ibu dan janin. 2. Pemberian antibiotik.	1. obat dexta 2x1 amp(1ml), eritromisin 1 tablet, terapi drip oxytocin 0,5 ml kedalam cairan infus dextrose 5%	Melakukan pemeriksaan DJJ, Pemberian obat antibiotik
----	-----------------------------	---	--	--	--	---	--	--

		disebut juga kpd aterm. PPRM atau disebut juga KPD preterm terjadi sebelum usia gestasi 37 minggu. Resiko infeksi ibu dan anak meningkat (Nuhayani et al., 2021)	2023)					
--	--	--	-------	--	--	--	--	--

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny.D usia 29 tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu di ruangan BERSALIN RSUD dr.Slamet Garut tahun 2024, tanggal 20 Maret 2024 di dapatkan kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Pengkajian data Subjektif pada Ny. D. Usia 29 tahun Parturient 35-36 minggu di ruangan Bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2024 sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 2) Pengkajian data Objektif pada Ny. D usia 29 tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu di ruangan Bersalin RSUD dr.Slamet Garut tahun 2024 tidak terdapat kesenjangan antara berat badan bayi sesuai dengan usia kehamilan dengan teori.
- 3) Analisa Ny. D usia 29 tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu di ruangan Bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2024 sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 4) Penatalaksanaan Ny. D usia 29 tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu di ruangan Bersalin RSUD dr. Slamet Garut yaitu pemantauan TTV, Pemberian terapi sesuai advis dr.SPOG.

- 5) Pendokumentasian Ny. D usia 29 tahun G₃P₂A₀ Parturient 35-36 minggu di ruangan Bersalin RSUD dr. Slamet Garut tahun 2024 didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

5.2 Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan gambaran terhadap mahasiswa untuk lebih mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang digunakan oleh standarisasi kebidanan dan bisa menjadi tolak ukur untuk meningkatkan dalam pembuatan pendokumentasian.

2. Bagi Institut Pendidikan

Diharapkan bagi pihak institut pendidikan agar dapat melakukan penilaian sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam menerapkan pengetahuan yang telah di dapat dengan mempraktekan dan mengimplimentasikannya pada pasien atau klien secara langsung.

3. Bagi Rumah Sakit

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

DAFTAR PUSTAKA

Ana Setyowati, S.A. (2022) 'Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan', Buku Ajar Dafis Kebidanan, p. 160.

Analia Kunang, S.S.M.K. and Apri Sulistianingsih, M.K. (2023) Buku Ajar Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir Dengan Evidence Based Midwifery Penerbit Cv. Eureka Media Aksara.

Astuti, D.L.P. (2021) 'Kehamilan adalah salah satu faktor yang meningkatkan risik', Poltekkes Denpasar, pp. 6–30. Available at: <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7640/>.

Atika, N. (2020) 'Penerapan Teknik Pijat Efflerauge Sebagai Upaya Pengurangan Rasa Nyeri Persalinan Kala I Fase AKIAf Pada Ny.D', Andrew's Disease of the Skin Clinical Dermatology., pp. 6–33.

Atika, N. et al. (2022) 'Inovasi Metode Core(Connecting Organizing,Reflecting Dan Extending)Dalam Pendampingan Ibu Hamil Trimester Iii Untuk Peningkatan Kualitas 280 Hari Pertama Kehidupan Di Wilayah Kerja Upt.Puskesmas Kecamatan Unter Iwes Tahun 2021', Journal of Innovation Research and Knowledge, 1(8), pp. 493–502.

Aurelia, S.A. et al. (2023) 'Kepribadian Hardiness, Jenis Persalinan, dan Baby Blues Syndrome: Antara Keterkaitan dan Perbedaan', Jurnal Ilmu Kebidanan, 4(1), pp. 88–100.

Dinas Kesehatan Garut (2018) 'Profil Kesehatan Kab. Garut Tahun 2018', <https://Garutkab.Bps.Go.Id/Statictable/2018/04/13/328/Jumlah-Kasus-10-Penyakit-Terbanyak-Di-Kabupaten-GarutHtml> [Preprint].

Haile G, A.M. and E.A. (2023) 'Edukasi dan kunjungan antenatal care sebagai upaya deteksi dini komplikasi kehamilan dan luaran persalinan', repository unhas.ac.id, 4(1), pp. 88–100.

Hailek G, A.M. and E.A. (2023) 'Karakteristik ibu bersalin dengan kala II memanjang di Puskesmas Blega Kab.Bangkalan-Madura', Doctoral dissertation, Perpustakaan Universitas Bina Sehat PPNI., 4(1), pp. 88–100.

Halimah (2022) Manajemen Asuhan Kebidanan Dengan Ketuban Pecah Dini (Literatur Review).

Handayani, E. et al. (2023) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (Kpd) Pada Ibu Bersalin Di Rsd Idaman Banjarbaru', An-Nadaa Jurnal Kesehatan Masyarakat, 10(1), p. 80. Available at: <https://doi.org/10.31602/ann.v10i1.11123>.

Indrawati, H. and Suhartini, T. (2023) 'Hubungan Pola Seksual Ibu Hamil Trimester III Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini', Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, 8(2), pp. 173–177. Available at: <https://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/18382>.

Lindo, M. and Wildan, D.R. (2023) 'Ketuban Pecah Dini dan Oligohidramnion pada Kehamilan Preterm', JIKA (Jurnal Ilmu Kesehatan Abdurrab), 1(2), pp. 81–87. Available at: <https://jurnal.univrab.ac.id/index.php/jika/article/view/3685/1532>.

Lisnawati et al. (2023) 'Relationship between Gravidity and Low Birth Weight in Kendari City Hospital', Indonesian Journal of Contemporary Multidisciplinary Research, 2(3), pp. 445–464. Available at:

<https://doi.org/10.55927/modern.v2i3.4372>.

M, S. and Rahmawati, R. (2021) 'Risiko Usia dan Paritas Ibu Hamil terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini Risk of Age and Parity Pregnant Women on Premature Rupture Membranes', *Nursing Arts*, 14(2), pp. 90–97.

Mellisa, S. (2021) 'Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini', *Jurnal Medika Harapan*, 03(01), pp. 402–406.

Muliani, R.H. (2024) 'Analisis Faktor Resiko Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Margadana', *Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda*, 10(1), pp. 1–4. Available at: <https://doi.org/10.52943/jikebi.v10i1.1555>.

Nurafifah (2021) 'COMPREHENSIVE MIDWIFERY CARE IN MRS . A WITH THE APPLICATION OF OXYTOCIN MASSAGE IN THE WORKING AREA OF THE BAYONGBONG', *Jurnal Kesehatan Siliwangi* [Preprint].

Nurfauziah, R. (2022) 'Dengan Ketuban Pecah Dini Di Ruangn Fakultas Keperawatan', *Bku.Ac.Id* [Preprint].

Nurhayani, A. et al. (2021) 'Asuhan Kebidanan Patologis Dengan Ketuban Pecah Dini Pada Ny. P Di PMB Aina Kota Pontianak', *Repository Politeknik 'Aisyiyah Pontianak*, pp. 1–10. Available at: <http://repository.polita.ac.id/id/eprint/50/>.

Nuzulia, A. (2022a) 'Asuhan persalinan', *Angewandte Chemie International Edition*, pp. 5–24.

Nuzulia, A. (2022b) 'pengaruh pemberian pijat oksitosin terhadap volume perdarahan pada persalinan normal kala IV', *keperawatan mandira cindekia*, pp. 5–24.

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. [Preprint].

Prima, D.R. et al. (2020) 'Analisis Ketuban Pecah Dini Terhadap Kejadian Asfiksia Di Rsu Budi Kemuliaan', *Jurnal Medikes (Media Informasi Kesehatan)*, 7(2), pp. 271–280. Available at: <https://doi.org/10.36743/medikes.v7i2.242>.

Ramadhan, A. and 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), pp. 1249–1257.

Robert M (2022) 'Definisi persalinan normal menurut WHO', pp. 6–26.

Rozikhan, R. et al. (2020) 'Hubungan Paparan Asap Rokok Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Ringinarum Kabupaten Kendal', *Midwifery Care Journal*, 1(2), pp. 24–29. Available at: <https://doi.org/10.31983/micajo.v1i2.5549>.

Sajidah, A. et al. (2023) 'Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Lama Persalinan Kala I Di Tpmb Ana Imro'Atus Sajidah Kabupaten Lumajang', *Jurnal Nursing Update*, 14(4), pp. 256–263. Available at: <https://stikes-nhm.e-journal.id/NU/index>.

saraswati, A. (2023) 'Analisis Hukum Praktik Bidan Mandiri Dengan Kompetensi Bidan Praktik Mandiri Berdasarkan Hukum Yang Berlaku Di Indonesia', Program Magister Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Lampung Bandar Lampung 2023 [Preprint].

Saraswati, E. (2021) ‘Pengaruh Posisi Semi Fowler Dengan Bantal Panas Dan Posisi Lateral Saat Meneran Pada Ibu Intrapartum Terhadap Perlangsungan Persalinan Kala Ii Di Rsud Kota Kendari Tahun 2021’, *Poltekkes Kemenkes Kendari, sulawesi tenggara, indonesia*, pp. 10–14.

Sari, I.N. *et al.* (2019) ‘Asuhan Kebidanan Persalinan Patologi Pada NY.GIIIPIAO Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang’, pp. 1–38. Available at: <http://repository.unimus.ac.id/id/eprint/2602>.

Sari, K. (2021) ‘Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. “A” Usia 23 Tahun Dengan Ketuban Pecah Dini di PMB Dillah Sobirin, Amd.Keb Pakis Malang’, *Universitas Muhamhmadiyah Gersik*, 01. Available at: <http://repositori.widyagamahusada.ac.id/id/eprint/380/>.

Septyani, A. *et al.* (2023) ‘Hubungan Usia Kehamilan, Paritas, Persentase Janin terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin’, *SIMFISIS Jurnal Kebidanan Indonesia*, 2(3), pp. 374–381. Available at: <https://doi.org/10.53801/sjki.v2i3.124>.

Susilowati, E. *et al.* (2021) ‘Faktor Yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini Pada Persalinan’, *Bidan Prada : Jurnal Publikasi Kebidanan STIKes YLPP Purwokerto*, 12(2), p. 123. Available at: <https://ojs.stikesylpp.ac.id/index.php/Prada/article/view/549>.

Suturang, indah lestari *et al.* (2023) ‘Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Fisiologi Pada Ny”J” dengan Gestasi 39 Minggu 6 Hari Inpartu Kala III Di Puskesmas Jumpandang Makassar’, *Jurnal Midwifery*, 5(2), pp. 130–138.

Available at: <https://doi.org/10.24252/jmw.v5i2.33365>.

Widyaningsih, A. and Nur khayati, Y. (2023) 'Jenis persalinan terhadap keberhasilan inisiasi menyusui dini', *Indonesian Journal of Midwifery*, 6(1), pp. 37–45. Available at: <http://jurnal.unw.ac.id/index.php/ijm>.

Wijayanti, E. (2023) 'Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. a Dengan Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang', *Seminar Nasional Kebidanan UNIMUS*, (ISBN: 978-623-6974-86-5), pp. 541–552.

Wulansari, I. *et al.* (2023) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Provinsi Gorontalo', *Jurnal Keperawatan*, 15(1), pp. 303–310. Available at: <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>.