

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. L USIA 22
TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 39-40 MINGGU INPARTU KALA
1 FASE LATEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD)
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

SUSI SULISTIAWATI
KHGB22044



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
2025**

PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan :

1. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas di cantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan sebagai dalam daftar pustaka.
2. Laporan Tugas akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Laporan Tugas Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik (Amd.Keb) baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karna karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Yang membuat pernyataan

Susi Sulistiawati
KHGB22044

**LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. L USIA
22 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 39-40 MINGGU INPARTU
KALA 1 FASE LATEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI
(KPD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : SUSI SULISTIAWATI

NIM : KHGB22044

LAPORAN TUGAS AKHIR

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui untuk Disidangkan Dihadapan Tim
Penela'ah Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

**Menyetujui,
Pembimbing**

Siti Nurcahyani Ritonga, SST., M.K.M

LEMBAR PENGESAHAN SIDANG

LAPORAN TUGAS AKHIR

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.L USIA
22 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 39-40 MINGGU INPARTU
KALA 1 FASE LATEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI
(KPD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : SUSI SULISTIAWATI

NIM : KHGB22044

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Pembimbing dan
Tim Penela'ah Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

**Mengesahkan,
Pembimbing**

**Siti Nurcahyani Ritonga, SST., M.K.M
NIK. 0432980.122.166**

Penela'ah I

Penela'ah II

Rosita Alvia, SST., M.K.M.

Bdn. Dian Fitriani, SST., M.Keb

**Mengetahui,
Ketua Prodi D3 Kebidanan**

Lina Humaeroh, SST., M.Kes

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat, karunia serta hidayah-Nya hingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul "**Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. L Usia 22 Tahun G1P0A0 Gravida 39-40 Minggu Inpartu Kala 1 Fase Laten Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Di RSUD dr Slamet Garut**", Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan program studi D3 Kebidanan.

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

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Suryadi, SE., M.Si, selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
4. Lina Humaeroh, SST., M.Kes, selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

5. Siti Nurcahyani Ritonga. SST., M.K.M, selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
6. Rosita Alvia, SST., M.K.M, selaku penguji I
7. Bdn Dian Fitriyani, SST., M.Keb, selaku penguji II
8. Seluruh dosen beserta staf Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan
9. Rekan- rekan mahasiswi Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah berjuang bersama dengan saling memberikan semangat dan motivasi untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Ny. L beserta keluarga yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini. Terimakasih atas keramahan, kebaikan serta keriasamanya selama melakukan asuhan.
11. Seluruh pihak yang terkait dan ikut serta membantu dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
12. Terkhususnya cinta pertama dan panutanku ayahanda Asep Sobar dan pintu surgaku ibunda Lala terimakasih atas doa dan curahan kasih sayang yang tak terhingga sampai akhirnya penulis bisa menyelesaikan laporan tugas akhir. Semoga ini bisa membuat kedua orang tua bahagia dan bangga melihat anak pertamanya ini.
13. Sahabat penulis dibangku perkuliahan yang selalu membersamai dalam 3 tahun ini yaitu Cinta Laila Azjhra, Fany Nuraulia, Sari Rahayu dan Nadia Sri Astuti

yang banyak membantu penulis dalam mengerjakan laporan tugas akhir ini dan tak pernah henti saling menyemangati.

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

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
13.1	Lat
ar Belakang	1
13.2	Tuj
uan Penulisan	5
13.2.1	Tuj
uan Umum	5
13.2.2	Tuj
uan Khusus	5
13.3	Met
ode Pengumpulan Data	6
<p>Asuhan kebidanan ini disusun dalam bentuk studi kasus yang di dapat berdasarkan keadaan dan situasi yang nyata dan bertujuan pada pemecahan dengan tehnik pengumpulan data primer dan sekunder. Dimulai dengan mencari informasi dan buku-buku yang terkait dengan penanganan kasus kebidanan. 6</p>	
13.4	Wa
ktu dan Tempat penelitian	6
13.4.1	Wa
ktu Penelitian	6
13.4.2	Te
mpat Penelitian	6
13.5	Keg
unaan Penelitian	6
13.5.1	Bag
i Tempat Pelayanan Kesehatan	6
13.5.2	Bag
i Institut Pendidikan	7

13.5.3	Bag
i Penulis	7
BAB II.....	8
TINJAUAN TEORI.....	8
2.1 Persalinan.....	8
2.2 Jenis Persalinan	11
viii	
2.3 Tanda – Tanda Persalinan.....	12
2.4 Sebab – Sebab Terjadinya Persalinan.....	13
2.5 Tahapan Persalinan.....	14
2.6 Kebutuhan Dasar Selama Persalinan	16
2.7 Ketuban Pecah Dini.....	18
2.7.1 Definisi.....	18
2.7.2 Etiologi.....	18
2.7.3 Tanda Dan Gejala Ketuban Pecah Dint.....	18
2.7.4 Faktor- Faktor yang mempengaruhi.....	19
2.7.5 Diagnosa.....	23
2.7.6 Komplikasi	25
2.7.7 Penanganan Ketuban Pecah Dini.....	25
2.7.8 Jurnal Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketuban Pecah Dini.....	27
2.8 Pendokumentasian.....	28
2.8.1 Definisi.....	28
2.8.2 Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode SOAP.....	29
2.8.3 Standar Operasional Prosedur (SOP) KPD di RSUD dr. Slamet Garut30	
2.8.4 Tanda Persalinan/His.....	31
Tabel 2.1 SOP KPD di RSUD dr.Slamet Garut.....	33
4.2 Matriks.....	37
2.9 Telaah Jurnal.....	39
BAB III	41
TINJAUAN KASUS	41

3.1	Asuhan Persalinan Kala 1 Fase Laten Pada Ny. L	41
3.2	Catatan Perkembangan.....	49
3.3	Asuhan Persalinan Fase Aktif.....	51
3.4	Asuhan Persalinan Kala II	53
3.5	Asuhan Persalinan Kala III	55

ix

3.6	Asuhan Persalinan kala IV.....	57
BAB IV.....		59
PEMBAHASAN.....		59
4.1	Data Subjektif	59
BAB V.....		65
KESIMPULAN.....		65
5.1	Kesimpulan	65
5.2	Saran.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....		67

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah proses membuat dan menipisnya serviks dan serangkaian kejadian pengeluaran bayi, diikuti dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri). Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut. Persalinan terbagi 2 yaitu persalinan spontan dan persalinan buatan, proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) melalui jalan lahir yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri. Proses persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar. Misalnya pada persalinan ekstraksi forep atau persalinan dengan *Sectio Caesaria* (SC). Faktor yang berperan menyebabkan kontraksi sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang menyebabkan persalinan. Penurunan Kadar Progesteron, Teori Oksitosin, Keregangan Otot-otot/Distensi Rahim, Tuanya Plasenta, Teori Prostaglandin, Iritasi Mekanis, Hipotalamus-Pituitari- dan Glandula Suprarenalis, Induksi Persalinan (wiwit vitania at all, 2024).

Menurut *World Health Organization* (WHO) lebih dari 700 wanita meninggal karena penyebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan. Kematian ibu terjadi hampir setiap 2 menit pada tahun 2023. Antara tahun 2000 dan 2023, rasio kematian ibu (MMR, jumlah kematian ib

per 100.000 kelahiran hidup) turun sekitar 40% di seluruh dunia. Angka kematian ibu sangat tinggi dan tidak dapat diterima. Sekitar 260.000 Perempuan meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2023. Sekitar 92% dari seluruh kematian ibu terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah pada tahun 2023, dan sebagian besar sebenarnya dapat dicegah (WHO, 2025).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia per 100.000 kelahiran hidup mengalami penurunan selama periode 1991-2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 KH. Jumlah kematian Ibu di Indonesia pada tahun 2021 mencapai 7.389 kematian. (Dwi novidiantoko, 2022)

Di Provinsi Jawa Barat jumlah kematian ibu tahun 2021 sebanyak 1.206 kematian. Salah satu penyebab kematian ibu sesuai laporan Dinas Kesehatan Jawa Barat adalah infeksi pada Ibu. Infeksi bisa merupakan dampak dari Ketuban Pecah Dini (KPD). (Dinkes jabar, 2022).

Berdasarkan data angka kematian ibu (AKI) di Kabupaten Garut tahun 2024 hingga triwulan III hasil evaluasi mencapai 36 kasus dan ini terjadi penurunan 14 kasus dibanding triwulan III Tahun 2023. Karena, kasus tersebut terjadi disebabkan dari komplikasi non obstetrik 28%, eklampsia 25 persen, perdarahan 16 persen, infeksi 14% komplikasi obstetrik lainnya 14%. Menurutnya, pelayanan Antenatal Care (ANC) tengah melakukan pelayanan pada ibu hamil dan seharusnya 6 kali kunjungan pemeriksaan hingga semua ibu hamil tanpa kecuali 100% bisa dilakukan USG sebanyak 2 kali. (Dinkes jabar, p. 2024)

Berdasarkan data dari rekam medik kebidanan RSUD dr. Slamet Garut, didapatkan data bahwa jumlah kejadian Ketuban Pecah Dini Di tahun 2021 sebanyak 193 kasus sedangkan di tahun tahun 2022 mencapai sebanyak 41 kasus Pada tahun 2023 menurut data RSUD dr. Slamet Garut ibu yang mengalami KPD saat usia kehamilan > 37 minggu sebanyak 534 kasus dan didapatkan pada tahun 2024 dari bulan Januari - April ada 262 Kasus KPD. (Dinkes jabar, p. 2024)

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah keluarnya cairan dari jalan lahir atau vagina sebelum proses persalinan atau disebut juga *Premature Rupture of Membrane* atau *Prelabour Rupture Of Membrane* yang disingkat PROM (donna harrya nividha, 2023).

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya persalinan. Ketuban pecah dini dapat terjadi pada atau setelah usia gestasi 37 minggu dan disebut KPD aterm atau *Premature Rupture Of Membranes* (PROM) dan sebelum usia gestasi 37 minggu atau KPD preterm atau preterm premature rupture of membranes (PPROM) (Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Ketuban Pecah Dini, 2016) (donna harrya nividha, 2023)

Dampak yang dapat ditimbulkan akibat terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah berbagai macam komplikasi pada ibu dan janin, dampak pada ibu yaitu dapat menyebabkan mudahnya transmisi bakteri yang dapat menimbulkan infeksi-infeksi diantaranya infeksi intrapartal dalam persalinan,

infeksi puerperalis (masa nifas) dan sepsis. Selain menyebabkan terjadinya infeksi juga dapat menyebabkan dry labour atau partus lama, perdarahan postpartum, meningkatkan tindakan operatif obstetric.

Sedangkan dampak pada janin yaitu prematuritas, *Respiratory Distress Syndrome* (RDS), pendarahan intraventrikel, sepsis, dan fetal distress. Hal tersebut juga dapat meningkatkan kejadian angka kesakitan maupun angka kematian pada ibu dan bayi yang ada didalam rahim sehingga meningkatkan AKI maupun AKB. Bidan sesuai dengan permenkes no 28 tahun 2017 asuhan kebidanan dengan kasus ketuban pecah dini bukan lah kewenangan bidan, kewenangan bidan adalah memberikan asuhan persalinan normal, akan tetapi bidan sebagai garda terdepan harus mempunyai kompetensi dalam deteksi dini melalui pemeriksaan fisik yang teliti sehingga tepat dalam mengambil keputusan klinik yaitu rujuk ke fasilitas kesehatan yang mempunyai kewenangan.

Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini (KPD) yang menyeluruh, sesuai dan tepat sangat diperlukan untuk mengurangi kejadian persalinan preamaturitas dan infeksi dalam rahim. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu melakukan asuhan secara optimal, berkualitas dan sesuai. Pemberian asuhan yang berkualitas dan sesuai dengan standar merupakan suatu upaya dalam pencegahan komplikasi yang mungkin terjadi. Selain itu, mengetahui faktor yang menyebabkan terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD) akan mempengaruhi jenis asuhan yang lebih tepat sehingga dapat menjadi tolak ukur untuk menurunkan angka kematian dan angka kesakitan

akibat komplikasi dari Ketuban Pecah Dini (KPD). (donna harrya nividha, 2023)

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk mengelola asuhan kebidanan sebagai studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Bersalin Pada Ny. L Usia 22 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 39-40 Minggu Infark Kala 1 Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)”

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny.L Usia 22 Tahun G1P0A0 Gravida 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025 dengan menggunakan model pendokumentasian SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan Pengkajian data Subjektif pada Ny. L usia 22 tahun G1P0A0 Gravida 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD Dr Slamet Garut
2. Melakukan Pengkajian data Objektif pada Ny. L usia 22 tahun G1P0A0 Gravida 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr Slamet Garut
3. Menegakan Analisa pada Ny. L usia 22 tahun G1P0A0 Gravida 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr Slamet Garut
4. Melakukan Penatalaksanaan pada Ny. L usia 22 tahun G1P0A0 Gravida 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr Slamet Garut

5. Melakukan Pendokumentasian pada Ny. L usia 22 tahun G1P0A0 Gravida 39-40 minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr Slamet Garut

1.3 Metode Pengumpulan Data

Asuhan kebidanan ini disusun dalam bentuk studi kasus yang di dapat berdasarkan keadaan dan situasi yang nyata dan bertujuan pada pemecahan dengan tehnik pengumpulan data primer dan sekunder. Dimulai dengan mencari informasi dan buku-buku yang terkait dengan penanganan kasus kebidanan.

Data diambil berdasarkan tanya jawab langsung tentang masalah yang diangkat dan juga melakukan observasi terhadap klien, selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perfusi. Tahap akhir adalah studi dokumentasi yaitu dengan cara melihat catatan medik dan data penunjang yang ada di dalam status klien.

1.4 Waktu dan Tempat penelitian

1.4.1 Waktu Penelitian

Dilaksanakan pada tanggal 21 Maret 2025 sampai 22 Maret 2025

1.4.2 Tempat Penelitian

Ruang bersalin (VK) RSUD Dr. Slamet Garut

1.5 Kegunaan Penelitian

1.5.1 Bagi Tempat Pelayanan Kesehatan

Hasil Laporan Tugas 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.

1.5.2 Bagi Institut Pendidikan

Diharapkan dapat menambah referensi dan informasi bagi mahasiswa kebidanan khususnya dan umumnya bagi semua pembaca serta bisa dijadikan sebagai perbandingan bagi Laporan Tugas Akhir selanjutnya.

1.5.3 Bagi Penulis

Sebagai sarana pembelajaran untuk mengaplikasikan teori yang sudah di peroleh selama perkuliahan khususnya sebagai salah satu syarat kelulusan (Laporan Tugas Akhir)

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Persalinan

Persalinan adalah proses membua dan menipisnya serviks dan serangkaian kejadian pengeluaran bayi, diikuti dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin melalui jalan lahir dengan antuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri). Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut (wiwit vitania at all, 2024)

Persalinan terbagi beberapa macam yaitu:

1. Persalinan Spontan

Proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) melalui jalan lahir yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2. Persalinan Buatan

Proses persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar. Misalnya pada persalinan ekstraksi forep atau persalinan dengan sectio caesaria

3. Persalinan Anjuran

Proses persalinan bila kekuatan yang diperlukan ditimbulkan dengan jalan rangsangan. Misalnya pemecahan ketuban, pemberian Pitocin, atau prostaglandin.

Faktor yang berperan menyebabkan kontraksi sehingga terjadi persalinan.

Beberapa teori yang menyebabkan persalinan:

1. Penurunan Kadar Progesteron

Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara hormon estrogen dan progesteron. Progesteron memiliki peran memberikan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Kadar progesteron mulai menurun kurang lebih 1-2 minggu sebelum persalinan. Ketika kadar progesteron turun, pembuluh darah menjadi tegang dan menyempit, sehingga terjadi nyeri pada otot polos rahim dan timbulnya kontraksi.

2. Teori Oksitosin

Reseptor oksitosin dalam otot rahim terjadi peningkatan menjelang persalinan. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior, oksitosin ini akan merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

3. Keregangan Otot-otot/Distensi Rahim

Seiring dengan tuanya kehamilan dan bertambahnya pertumbuhan janin, akan terjadi regangan pada dinding uterus. Otot-otot terus akan mengalami iskemia sehingga dapat berpengaruh pada sirkulasi utero-plasenta yang menyebabkan plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim memiliki kapasitas meregang sampai batas tertentu, jika batas tersebut terlewati dapat mengakibatkan timbulnya kontraksi dan persalinanpun dimulai.

4. Tuanya Plasenta

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, plasenta pun akan semakin tua sehingga menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron. Akibat dari

penurunan hormon tersebut, terjadi kejang pada pembuluh darah sehingga timbul kontraksi rahim.

5. Teori Prostaglandin

Prostaglandin meningkat dengan cepat dalam cairan ketuban dan desidua sejak 15 minggu sebelum kelahiran, dan kadarnya meningkat hingga kelahiran. Telah dikemukakan bahwa penurunan progesteron dapat menyebabkan produksi "gliserofosfolipid" akibat hidrolisis "interleukin-1" dan pelepasan asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE₂, dan PGF₂ a. Juga telah dibuktikan bahwa asam arakidonat dan prostaglandin terakumulasi dalam cairan ketuban dalam jumlah besar pada awal persalinan. Selain itu, pembentukan prostasiklin juga terjadi di miometrium, desidua, dan korion. Prostaglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi bila diberikan secara intravena, oral, atau intravaginal.

6. Iritasi Mekanis

Pada belakang serviks terdapat ganglion servikalis (fleksus Frankenhauser). Bila ganglion ini ditekan dan digeser (misalnya oleh kepala janin) maka akan timbul kontraksi uterus.

7. Hipotalamus-Pituitari- dan Glandula Suprarenalis

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan pada kehamilan pada bayi anesefalus yang ditandai dengan sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

8. Induksi Persalinan

Persalinan juga dapat ditimbulkan dengan pemberian rangsangan dari luar, yaitu dengan cara:

- a. Gagang Laminaria: dengan cara laminaria dimasukkan kedalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- b. Amniotomi : dilakukan dengan pemecahan ketuban.
- c. Oksitosin Drip : pemberian oksitosin menurut tetesan per infus.

2.2 Jenis Persalinan

Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dapat dibedakan menjadi beberapa bagian dalam proses persalinan (Khayati, 2023)

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 caesario.

c. Persalinan Anjuran

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

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)

2.3 Tanda – Tanda Persalinan

Menurut (Atika, Inovasi metode core, 2022) menyatakan tanda- tanda persalinan adalah sebagai berikut:

a. Terjadinya his persalinan

Kontraksi ini biasa disebut kontraksi Braxton-Hicks atau pengencangan perut yang datang dan pergi. Umumnya kontraksi palsu berlangsung 30–120 detik, tidak terjadi dengan beraturan, dan dapat hilang ketika ibu hamil berpindah posisi atau rileks.

Selain itu, kontraksi palsu biasanya hanya terasa di daerah perut atau panggul, sementara kontraksi sungguhan biasanya terasa di bagian bawah punggung kemudian berpindah ke bagian depan perut.

Sebenarnya kontraksi palsu sudah bisa dirasakan sejak usia kehamilan 16 minggu, tapi kontraksi ini akan terasa lebih kuat dan lebih sering ketika mendekati masa melahirkan.

b. Pengeluaran lendir darah (pembawa tanda)

Selama kehamilan, leher rahim ditutupi oleh lendir yang kental. Namun, ketika mendekati persalinan, leher rahim akan membesar dan melunak guna membentuk jalan untuk bayi keluar.

Bersamaan dengan itu, lendir leher rahim akan keluar melalui vagina. Warna lendir ini bisa beragam, mulai dari bening, merah muda, atau sedikit berdarah. Lendir yang merupakan ciri-ciri mau melahirkan seminggu lagi ini bisa keluar perlahan-lahan sehingga terlihat seperti keputihan dalam jumlah yang banyak atau bisa juga langsung keluar dalam satu kesatuan.

c. Ketuban pecah dengan sendirinya

Tanda-tanda melahirkan yang diketahui oleh kebanyakan orang adalah pecahnya air ketuban. Kebanyakan ibu hamil akan lebih dulu merasakan kontraksi sebelum air ketuban pecah, tetapi ada juga yang mengalami pecahnya ketuban terlebih dahulu. Ketika hal ini terjadi, biasanya persalinan akan segera menyusul.

2.4 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. (Sulistianingsih, 2023).

2.5 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, 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 Aktif

Fase aktif 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 aktif 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 ransisi pasien merasa adanya dorongan ntuk mengejan. (Sari et all, 2021)

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 sctiap 2-3 menit. Dalam kondisi normal, kepala bayi sudah berada di rongga panggul (Saraswati E, 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 indah lestari, 2023). Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dinding rahim. (Nuzulia A, 2022)

Manajemen aktif 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, 2023).

Obseravasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah:

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

2. 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 aktif, 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 katektisasi karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga dapat meningkatkan tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama rasa 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. Positioning dan Aktifitas

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

- 1) Posisi merangkak
- 2) Berjongkok atau berdiri
- 3) 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 K, 2021)

2.7 Ketuban Pecah Dini

2.7.1 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 Rupture Of Membranes (PPROM)*. PROM terjadi pada atau setelah usia gestasi 37 minggu dan di sebut juga KPD aterm. (Nurhayani et al., 2021)

2.7.2 Etiologi

Penyebab terjadinya KPD belum diketahui cara 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)

2.7.3 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)

2.7.4 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 resiko 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 kchamilan gemelli teriadinya distensi utcrus 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. Sedangkar 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 serviks 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

chingga bisa menimbulkan adanya infeksi asendens, yaitu karena adanya perumbuhan bakteri pathogen atau terjadi perubahan mikroba flora normal yang ada pada daerah vagina maupun serviks 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. Aktivitas 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. *Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)*

Cephalo Pelvic 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 asalkan 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)

2.7.5 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 PD 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 (Linda and Wildan, 2023)

2.7.6 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 sepsis cesarea atau gagal persalinan normal. (Prima et al., 2020)

2.7.7 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 Penisilin 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 aktif. (Sari, 2021)

2. Penanganan Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit

a. Konservatif

- 1) Penilaian KPD (Anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang). penanganannya melibatkan penilai usia gestasi, tanda tandas 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 neonatolog 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 v abel dan im 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 nifedipin, MgSo₄, Dexametason dan induksi sesudah 24 jam. Dan jika ada infeksi berikan antibiotik dan lakukan induksi.
- b. Aktif
- 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)

2.7.8 Jurnal Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketuban Pecah Dini

1. Hubungan aktivitas 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).

2.8 Pendokumentasian

2.8.1 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 bukti 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).

2.8.2 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 Subyektif)

Data subyektif merupakan langkah pertama pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subyektif 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 subyektif 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 bukti 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. (Ropitasari, 2022)

2.8.3 Standar Operasional Prosedur (SOP) KPD di RSUD dr. Slamet Garut

- 1) Ketuban pecah dini pada kehamilan Aterm
 - a) Berikan antibiotik profilaksis : amoxicilin 3x500 mg atau golongan cephalosporin 2x1 gr.iv
 - b) Lakukan admission test bila hasilnya patologis segera dilakukan terminasi kehamilan
 - c) Observasi temperatur rectal tiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ segera terminasi
 - d) Bila temperature rectal tidak meningkat, observasi selama 6 jam setelah 6 jam belum ada tanda-tanda infartu dilakukan terminasi kehamilan

- e) Batasi pemeriksaan dalam, hanya berdasarkan indikasi
- f) Bila di lakukan terminasi, evaluasi pelvic score (ps) dan pada presentasi kepala.
 - (1) bila ps >5 : lakukan oxytosin drip
 - (2) bila ps <5 : lakukan pematangan serviks
 - 2) Ketuban pecah dini pada kehamilan preterm
 - a) Berikan Antibiotik
 - b) Untuk kehamilan <34 minggu di berikan dexamethasone 1x6 mg/im
 - 3) Berikan tokolitik, nipedipine 1 (2x30 mg secara oral), II (3x20 mg secara oral) selama 2 hari
 - 4) Observasi temperatur rectal tiap 3 jam, bila ada kecendrungan meningkat $\geq 37,60C$ segera terminasi.
 - 5) Bila temperatur rectal tidak meningkat, observasi lakukan induksi setelah 24 jam.
- 6) Batasi pemeriksaan dalam, hanya berdasarkan indikasi
- 7) Bila di lakukan terminasi, evaluasi pelvic score (ps) dan presentasi pada presentasi kepala
- 8) Bila ps >5 : lakukan oxytosin drip
- 9) Bila ps <5 : lakukan pematangan serviks

2.8.4 Tanda Persalinan/His

Tanda his (kontraksi) persalinan asli memiliki karakteristik yang berbeda dengan his palsu (Braxton Hicks). His persalinan asli akan menjadi semakin kuat, teratur, dan frekuensinya meningkat seiring berjalannya waktu.

Berikut adalah perbedaan antara his persalinan asli dan his palsu:

Ciri-ciri his persalinan asli

1. Pola yang teratur: Kontraksi datang secara berkala dan intervalnya semakin pendek seiring waktu.
2. Intensitas meningkat: Rasa sakit atau tekanan yang ditimbulkan oleh kontraksi akan semakin kuat dan tidak mereda meski Anda berganti posisi atau beristirahat.
3. Lokasi nyeri: Nyeri biasanya dimulai dari punggung bawah, lalu menjalar ke bagian depan perut. Anda mungkin juga merasakan tekanan pada panggul.
4. Durasi semakin lama: Seiring berjalannya persalinan, setiap kontraksi akan berlangsung lebih lama, misalnya dari 30 detik menjadi 45–60 detik atau lebih.
5. Disertai tanda lain: His asli sering kali disertai dengan tanda persalinan lain, seperti keluarnya lendir bercampur darah dari vagina atau pecahnya ketuban.

Ciri-ciri his palsu (Braxton Hicks)

1. Pola tidak teratur: Kontraksi datang dan pergi secara acak, tidak mengikuti pola tertentu.
2. Tidak bertambah kuat: Kontraksi tidak memburuk seiring waktu dan bisa mereda jika Anda mengubah posisi atau melakukan aktivitas.
3. Lokasi nyeri: Nyeri umumnya hanya terasa di bagian depan perut atau di perut bagian bawah.
4. Tidak menyebabkan perubahan serviks: His palsu tidak menyebabkan pembukaan pada leher rahim.

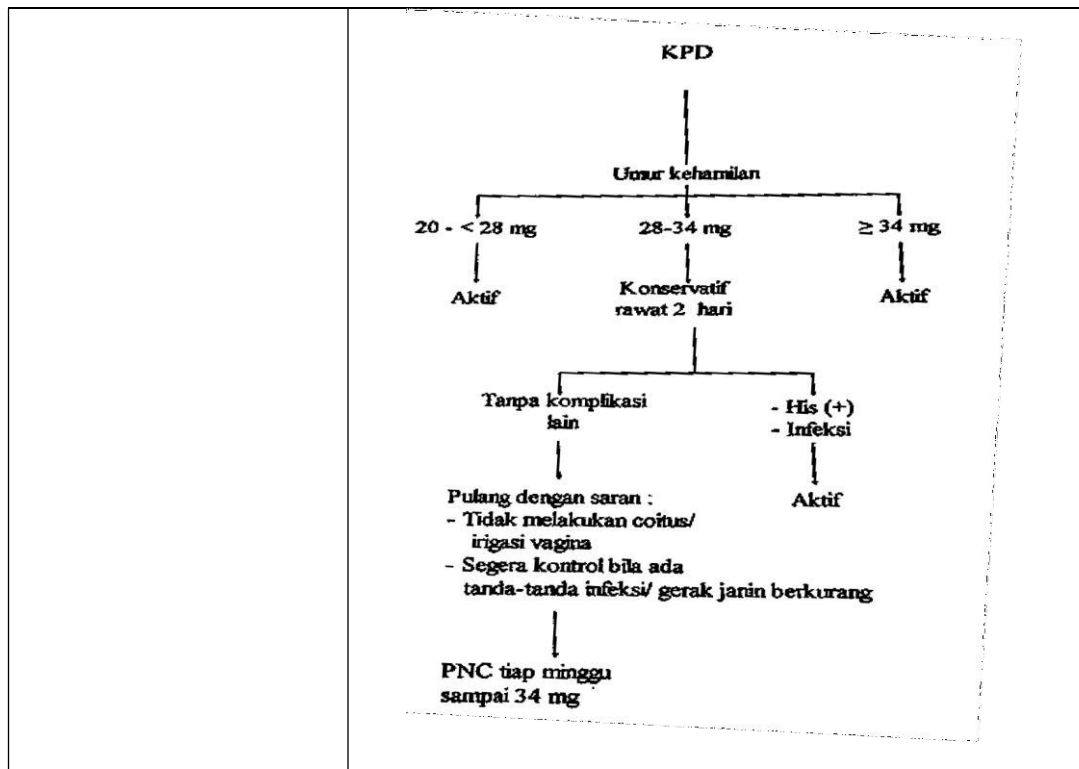
5. Mereda dengan aktivitas: His palsu bisa hilang saat Anda berjalan kaki atau beristirahat.

Tabel 2.1 SOP KPD di RSUD dr.Slamet Garut

 <p>PEMERINTAHAN KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET</p> <p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p> <p>BATASAN</p>	<p style="text-align: center;">KETUBAN PECAH DINI</p> <p>No. Dokumen : KS.01.03/004/089/RSUD</p> <p>Tanggal Terbit : 01 Januari 2023</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">No.Revisi:</td> <td style="width: 30%;">Halaman</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">1/3</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr.Slamet Kabupaten Garut</p> <div style="text-align: center;">  <p>dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp. OT, Spine NIP. 196505171991031013</p> </div> <p>Ketuban pecah dini adalah robeknya selaput korioamnion dalam kehamilan (sebelum onset persalinan berlangsung) dibedakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -PPROM (Preterm Premature Rupture of Membranes) <p>Ketuban pecah pada saat usia kehamilan 37 minggu</p> <ul style="list-style-type: none"> -PROM (Premature Rupture of Membranes) <p>Ketuban pecah saat usia kehamilan \geq 37 minggu</p>	No.Revisi:	Halaman	01	1/3
No.Revisi:	Halaman				
01	1/3				
<p>TUJUAN</p>	<p>Sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien dengan ketuban pecah dini di</p>				

	ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr. Slamet Garut.
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut
PERSIAPAN ALAT	
PROSEDUR	<p>KRITERIA DIAGNOSIS</p> <p>Umur kehamilan > 20 minggu</p> <p>Keluar cairan ketuban dari vagina</p> <p>Pemeriksaan spekulum: terlihat cairan ke luar dari ostium uteri eksternum</p> <p>ertas nitrazin merah akan jadi biru</p> <p>Mikroskopis: terlihat lanugo dan verniks kaseosa</p> <p>DIAGNOSIS BANDING</p> <p>Fistula vesikovaginal dengan kehamilan</p> <p>Stres inkontinensia</p> <p>PEMERIKSAAN PENUNJANG</p> <p>USG menilai jumlah cairan ketuban, menentukan usia kehamilan, berat janin, letak janin, kesejahteraan janin dan letak plasenta</p> <p>PENGELOLAAN</p> <p>a. Konservatif</p> <p>Pengelolaan konservatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun janin), pada umur kehamilan 28-34 minggu, dirawat selama 2 hari.</p> <p>Selama perawatan dilakukan</p> <p>1. Observasi kemungkinan adanya amnionitis/tanda-tanda infeksi</p> <p>Ibu suhu 38° C takikardi ibu, leukositosis, tanda-tanda infeksi intara uterin, rasa nyeri pada rahim, sekret vagina purulen</p>

	<p>Janin takikardi janin</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pengawasan timbulnya tanda persalinan. 3. Pemberian antibiotika p.o (Sefadroksil 2x500 mg. Eritromisin 4x500 mg) selama 3-5 hari atau antibiotika spektrum luas lain yang sensitif. 4. Ultrasonografi untuk menilai kesejahteraan janin 5. Bila ada indikasi untuk melahirkan janin, dilakukan pematangan paru, dan proteksi otak janin (Lihat Bab Persalinan Kurang bulan) <p><i>Kriteria diagnosis amnionitis</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Febris 2. Lekositosis 3. Takikardi 4. Cairan ketuban mungkin berbau <p><i>Aktif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengelolaan aktif pada KPD dengan umur kehamilan 20 28 minggu dan 34 minggu (lihat bab terminasi kehamilan) 2. Ada tanda-tanda infeksi 3. Timbulnya tanda-tanda persalinan 4. Gawat janin <p>PENYULIT</p> <p>Infeksi, sepsis</p> <p>Kematian janin karena infeksi atau prematuritas</p>
--	---



Sumber: RSUD dr. Slamet Garut

4.2 Matriks

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planing/Intervensi		<i>Evidence Based</i>
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
	KPD (Ketuban Pecah Dini)	Ketuban pecah dini adalah ketuban pecah sebelumnya waktunya. Berdasarkan waktu terjadinya, KPD dibedakan menjadi dua yaitu premature rufture of membranes (PROM) dan preterem premature ruftur of membranes (PPROM). PROM terjadi pada usia gestasi 37 minggu dan disebut juga KPD aterm. PPRM atau disebut juga KPD preterm terjadi sebelum	Penyebab terjadinya KPD belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan terjadi factor predisposisi adalah infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban, factor multigravida paritas, pekerjaan disporposi kepala panggul, berat badan janin, usia kehamilan, gemelli, riwayat abortus dan persalinan preterm sebelumnya. (Ramadhan 2023)	Didapatkan pemeriksaa n tes lakmus berubah warna merah muda menjadi biru.	1.Penilaian KPD meliputi anamnesa, 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

		usia gestasi 37 minggu. Resiko infeksi ibu dan anak meningkat (Nurhayani et al, 2021)					
--	--	---	--	--	--	--	--

2.9 Telaah Jurnal

Dari penelitian (wiwit vitania at all, 2024) dengan judul buku ajar asuhan kebidanan pada persalinan dan bbl (jilid 1) persakinan terbagi menjadi 2 yaitu persalinan spontan dan persalinan buatan, proses hasil pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) melalui jalan lahir yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, proses persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar misalnya SC, vakum.

Sedangkan factor-faktor penyebab KPD menurut (Handayani et all, 2023) ibu dengan usia <20 tahun atau terlalu muda mempunyai resiko lebih tinggi terjadi KPD. Hal ini dikarenakan organ reproduksinya belum bekerja dengan baik, dimana Rahim belum bias menahan kehamilan dengan baik, selaut ketuban belum matang dan mudah mengalami robekan sehingga dapat menyebabkan terjadinya KPD, kehamilan gemeli bias terjadi karna jumlahnya berlebih isi Rahim yang lebih besar dan kantung selaput ketuban relative kecil sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah, kehamilan yang terlalu sering dapat mempengaruhi embryogenesis yang menyebabkan ketuban lebih tipis dan mudah pecah sebelum waktunya, preterm usi kehamilan 28-36 minggu karna adanya pembesaran uterus kontrasi Rahim dan gerahan janin bias menyebabkan ketuban mudah pecah, infeksi pagina bias disebabkan oleh banyak hal salah satunya karna adanya bakteri yang tumbuh di area vagina ibu itu bisa disebabkan oleh vagina ibu kurang baik, aktifitas ibu, CPD, disebabkan karna konsisi kepala bayi lebih besar daripada panggul ibu, disorposi kepala panggu dapat menyebabkan terjadinya KPD, inkompetensi serviks, hubungan seksual, perilaku merokok.

Pada penderita KPD menurut (donna harrya nividha, 2023) dapat terjadi infeksi pada ibu dan bayi, kelahitan premature dengan berbagai komplikasi (seperti kesulitan bernapas, hipotermia, gagal ginjal), solusio plasenta, prolaps talipusat, hingga kematian janin atau bayi baru lahir.

Hal ini menunjukkan bahwa pasien dengan KPD dapat disertai dengan komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan, dapat terjadi infeksi maternal maupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden scsio cesarea atau gagalnya persalinan normal.

Temuan hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa gejala yang muncul dari KPD adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering, bila duduk atau berdiri. Kepala janin yang sudah terletak dibawah 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.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Persalinan Kala 1 Fase Laten Pada Ny. L

Tanggal : 22 Maret 2025

Jam : 15.30 WIB

Tempat : Ruang Bersalin

Pengkaji : Susi Sulistiawati

A. Data Subjektif

1. Identitas

Identitas	Ibu	Suami
Nama	: Ny. L	: Tn. Y
Umur	: 22 Tahun	: 25 Tahun
Agama	: Islam	: Islam
Suku/Bangsa	: Sunda/Indonesia	: Sunda/Indonesia
Pendidikan	: SD	: SMP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	: Pedagang
Alamat	: Kp. Citangtu	: Kp. Citangtu

2. Alasan Datang

Pasien datang ke Ponek pukul 15.30 WIB rujukan dari Puskesmas dirujuk ke RSUD dr. Slamet Garut atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) sejak 17 jam yang lalu.

3. Keluhan Utama

Ibu datang ke Puskesmas pukul 08,30 WIB mengeluh keluar air-air sedikit dari jalan lahir berwarna jernih sejak tanggal 21 Maret 2025 pada pukul 22.00 WIB. Tanggal 22 Maret 2025 pukul 08,30 WIB air yang keluar dari jalan lahir bertambah banyak dan berwarna jernih belum ada lendir bercampur darah dan mengeluh mules tetapi tidak sering dan gerakan janin masih dirasakan. Diberikan amoxilin 1x500 mg/oral pada jam 08.45 WIB Dilakukan pemasangan infus RL dan DC 1 jam sebelum persiapan rujukan ke RSUD dr. Slamet Garut Jam rujuk pukul 15.00 WIB.

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

HPHT :17-06-2024

TP : 24-03-2025

Ibu mengaku pertama kali menstulasi pada usia 13 tahun dengan siklus 28 hari, lama menstulasi 5-7 hari, banyaknya darah ganti pembalut 2x sehari, tidak ada keluhan.

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ini merupakan kehamilan pertamanya dengan usia kehamilan 39 – 40 minggu, ibu tidak pernah mengalami keguguran. Selama hamil ibu rutin memeriksa kehamilannya ke bidan sebanyak 6x dan 3x di posyandu, pertama kali merasakan gerakan janin saat usia kehamilan 5 bulan, tidak ada penyulit selama kehamilan.

Status TT : ibu mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2x, yang pertama sebelum menikah dan yang kedua usia kehamilan 6 bulan. Selama hamil ibu mengkonsumsi tablet Fe kurang lebih 90 Tablet.

c. Riwayat Persalinan Sekarang

Ny. L datang ke poned pada tanggal 22 Maret 2025 pukul 15.30 WIB, ibu merupakan rujukan dari PKM Cimaragas atas indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD). Ibu mengeluh keluar air-air sedikit dari jalan lahir yaitu cairannya yang keluar berwarna jernih dan berbau amis sejak pukul 22.00 WIB pada tanggal 21 Maret 2025

d. Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit berat, menular, menahun seperti DM, TBC, HIV/AIDS, asma, hipertensi, jantung

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit berat, menular, menahun seperti DM, TBC, HIV/AIDS, asma, hipertensi, jantung.

f. Riwayat KB

Ibu mengatakan belum pernah pakai KB apapun

g. Riwayat Pernikahan

Ini merupakan pernikahan yang pertama bagi ibu dan suaminya, menikah pada usia 18 tahun dan suami usia 21 tahun, lamanya kurang lebih sudah 1 tahun

h. Pola Kebutuhan sehari-hari

1) Nutrisi

Ibu biasanya makan 2-3x sehari dengan menu bervariasi, tidak ada makanan yang dipantang, ibu minum kurang lebih 7-8 gelas per hari, jenis air putih dan kadang air teh manis, ibu mengatakan makan nasi dan sayur dalam porsi kecil, minum air putih dan teh manis sebelum pergi ke rumah sakit pada pukul 14.00 WIB.

2) Eliminasi

Pola eliminasinya : BAB 1x sehari. BAK 6-8x sehari, BAB dan BAK tidak ada keluhan

Ibu mengatakan BAB terakhir kemarin sore, dan BAK terakhir sebelum ke rumah sakit.

3) Istirahat

Ibu mengatakan istirahat malam kurang lebih 6 jam, terkadang ibu tidur siang kurang lebih 1 jam. Sebelum datang ke RSUD tidur terlebih dahulu selama 1 jam.

4) Aktivitas

Ibu hanya mengerjakan pekerjaan ringan

5) Personal Hygiene

Mandi 2x sehari, keramas 3x seminggu

6) Riwayat hubungan seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual seminggu 3x, terakhir hubungan seksual malam sebelumnya.

i. Psikososial

1. Respon keluarga terhadap kehamilan

Suami dan keluarga senang atas kehamilannya

2. Pengambil keputusan dalam keluarga

Ibu mengatakan yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah suami.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Antropometri

Tinggi Badan : 144 cm

Berat Badan sebelum hamil : 55 kg

Berat Badan Sekarang : 70 kg

Kenaikan berat badan : 15 kg

IMT : LILA : 27 cm

Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Respirasi : 20x/m

Nadi : 92x/m

Suhu : 36,6

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala
- 1). Muka : Normal tidak oedema
 - 2). Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih, fungsi penglihatan baik.
 - 3). Mulut : bibir lembab, lidah bersih, tidak ada caries gigi, tidak ada stomatitis.
 - 4). Hidung : bersih, tidak ada polip, fungsi penciuman baik.
- b. Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan limfe
- c. Payudara : puting susu menonjol, areola kehitaman, tidak ada benjolan atau masa, sudah ada pengeluaran kolostrum
- d. Abdomen : tidak ada luka bekas operasi
- TFU : 30 cm
 - Leopold 1 : pada bagian pundus teraba lunak (bokong)
 - Leopold 2 : teraba bagian Panjang keras di bagian kanan ibu, teraba bagian-bagian kecil di bagian kiri (puka)
 - Leopold 3 : teraba bagian bulat keras melenting (kepala), sudah masuk PAP
 - Leopold 4 : divergen, 3/5
 - TBBJ : (TFU-11) x 155

: (30-11) x 155
 : 19x155=2945 gram
 DJJ : 137x/menit, regular
 His : 2x10`30”
 Kandung Kemih : kosong

e. Ekstremitas

1). Atas : tidak ada oedema, kuku tidak pucat,
 terpasang infus RL tetesan infus 20 tpm.
 2). Bawah : tidak ada oedema, tidak ada varises, reflex
 patella (+/+)

f. Genetalia

1). Inspeksi : terpasang DC, jumlah urine 150cc

2). Pemeriksaan luar

Vulva vagina : tidak ada kelainan

Perineum : tidak ada luka

Pemeriksaan Dalam

Portio : tebal lunak

Pembukaan : 2 cm

Ketuban : negative (-) warna jernih

Presentasi : Kepala

Penurunan Kepala : Hodge II-III

3). Pemeriksaan penunjang

HB : 13,1 g/dl

Tes Lakmus : (+)

C. Analisa

G1P0A0 Gravida 39-40 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterine

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa akan melakukan pemeriksaan

Evaluasi :ibu bersedia

2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV . TD: 110/80 mmhg, N : 96

x/m, S: 36,6 °C

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

3. Melakukan pengambilam sampel darah.

Evaluasi : pengambilan sampel darah telah dilakukan dan meminta keluarga itu mengantarkan ke laboratorium, hasil test laboratorium normal tidak menunjukan adanya kelainan dan infeksi (jumlah leukosit 10.400/mm).

4. Menganjurkan ibu untuk rileks dan tenang.

Evaluasi: Ibu melakukan tarikan napas dari hidung dan dikeluarkan dari mulut.

5. Melakukan kolaborasi dengan dokter SPOG untuk pemberian antibiotik

Eritromicin 4× dalam 250 mg/oral

Evaluasi : Sudah di berikan pada jam 10.05 WIB

6. Melakukan perencanaan pemberian drip oksitosin 0,5 ml dilarutkan

kedalam infus RL 500 ml 20 tpm

Evaluasi : oksitosin telah di berikan pukul 10.30 WIB

7. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

Evaluasi : Ibu hanya minum air the

8. Melepaskan DC (Dower Catheter)

Evaluasi : DC (Dower Catheter)sudah terlepas

9. Melaksanakan pendokumentasian.

Evaluasi : Sudah dilakukan

3.2 Catatan Perkembangan

Tanggal : 22 Maret 2025

Jam : 15.50 WIB

Tempat : Ruang bersalin (VK)

Pengkaji : Susi Sulistiawati

A. Data Subjektif

Ibu mengeluh merasa mules

B. Data Objektif

1. Keadaan Umum : Baik

Keadaran : Composmentis

Keadaan emosional : Stabil

2. Tanda-Tanda Vital

Td : 120/80 mmHg

R : 21x/menit

- N : 82x/menit
- S : 36,7
3. Auskultasi
- DJJ : (+) 137x/menit, regular
4. Palpasi
- His : 2x10`30”
5. Genetalia
- V/V : tidak ada kelainan
- Portio : tebal lunak
- Pembukaan : 2 cm
- Ketuban : (-) warna jernih
- Presentasi : kepala
- Penurunan : hodge II-III

C. Analisa

G1P0A0 Gravida 39-40 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterine

D. Penatalaksanaan

- Meninformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan
Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan TD : 120/80 mmHg, N: 82x/menit, S: 36,7, R : 21x/menit, Pembukaan : 2 cm
- Memberikan dukungan psikologis dan memberitahu ibu untuk relaks
Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran
- Menganjurkan ibu untuk miring kiri

Evaluasi : ibu bersedia melakukannya

4. Melakukan pemasangan CTG

Evaluasi : terpasang

5. Memberikan antibiotic

Evaluasi : sudah diberikan

6. Mengobservasi kemajuan persalinan dan TTV

Evaluasi : sudah dilakukan observasi terlampir

3.3 Asuhan Persalinan Fase Aktif

Tanggal : 22 Maret 2025

Jam : 19.30 WIB

Tempat : Ruang Bersalin (VK)

Pengkaji : Susi Sulistiawati

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasakan mules semakin sering

B. Data Objektif

1. Keadaan Umum : baik

Kesadaran : composmentis

Keadaan emosional : Stabil

2. Tanda-Tanda Vital

TD : 110/80 mmHg

R : 20x/menit

N : 82x/menit

S : 36,7

3. Auskultasi

DJJ : (+) 137x/menit, regular

4. Palpasi

His : 4x10`45”

5. Genetalia

V/V : tidak ada kelainan

Portio : tipis lunak

Pembukaan : 8 cm

Ketuban : (-) warna jernih

Molase 0

Presentasi : Belakang Kepala

Penunjuk :UUK

Penurunan : Hodge III +

C. Analisa

G1P0A0 Gravida 39-40 minggu inpartu kala 1 fase Aktif dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterine

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan

Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan TD : 110/80mmHg, N : 82x/menit S: 36,7, R: 20x/menit, Pembukaan 8

2. Memberikan dukungan psikologis dan memberitahui ibu untuk relaks

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukannya

3. Pemberian antibiotic

Evaluasi : sudah diberikan

4. Menganjurkan ibu untuk miring kiri

Evaluasi : ibu bersedia melakukannya

5. Mengobservasi kemajuan persalinan dan TTV

Evaluasi : sudah dilakukan observasi,

6. Mempersiapkan peralatan dan bahan untuk proses persalinan

Valuasi : sudah dilakukan

7. Menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisinya

Evaluasi : ibu minum air putih dan roti

8. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : sudah dilakukan

3.4 Asuhan Persalinan Kala II

Tanggal : 22 Maret 2025

Jam : 20.30 WIB

Tempat : Ruang Bersalin (VK)

Pengkaji : Susi Sulistiawati

A. Data Subjektif

Ibu mengeluh mules semakin sering dan kuat, ada ingin BAB

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : composmentis

Emosional : Stabil

Tanda-Tanda Vital

TD : 110/70 mmHg

R : 24x/menit

N : 82x/menit

S : 36,7

DJJ : (+) 140x/menit, regular

Hs : 5x10`50”

Pemeriksaan Dalam

Portio : sudah tidak teraba

Pembukaan : 10 cm (Lengkap)

Ketuban : (-) jernih

Molase 0

Presentasi : Belakang Kepala (Fontal Posterior)

Penunjuk : Ubun-Ubun belakang

Penurunan : Hodge IV

C. Analisa

G1P0A0 Gravida 39-40 minggu inpartu kala II dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterine

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa ibu akan bersalin

Evaluasi: ibu mengerti dan ibu dalam posisi setengah duduk

2. Memberitahukan cara mengedan dan menarik nafas disela-sela kontraksi
Evaluasi : ibu bias mengedan dan ibu menarik nafas disela-sela kontraksi
3. Memberitahu ibu akan melakukan tindakan episiotomy untuk memperluas jalan lahir bayi karena perinium kaku
Evaluasi : dilakukan episiotomy medialis yang sebelumnya tidak diberikan anastesi
4. Memimpin mengedan, melakukan pertolongan persalinan
Evaluasi : jam 20.50 WIB bayi lahir spontan langsung menangis JK : Laki-Laki, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan
5. Melakukan penatalaksanaan bayi baru lahir, mengeringkan bayi dengan segera kecuali muka dan telapak tangan, dan langsung dibawa oleh petugas perinatology, apgar skor 7/10
Evaluasi : sudah dilakukan
6. Memfasilitasi IMD
Evaluasi : tidak dilakukan IMD

3.5 Asuhan Persalinan Kala III

Tanggal : 22 Maret 2025
Jam : 20.52 WIB
Tempat : Ruang Bersalin (VK)
Pengkaji : Susi Sulistiawati

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa senang atas kelahirannya, ibu masih merasa mules

B. Data Objektif

K/u baik, TFU sepusat, kontraksi baik, palpasi tidak ada janin kedua, adanya semburan darah, kandung kemih kosong, tampak tali pusat di vulva, uterus membesar dan tali pusat memanjang

C. Analisa

P1A0 inpartu kala III

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu tindakan yang akan dilakukan

Evaluasi : ibu memahami dan bersedia

2. Menyuntikan oxytosin 10 IU/IM

Evaluasi : sudah disuntikan dalam 1 menit

3. Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT)

Evaluasi : sudah ada tanda pelepasan plasenta, plasenta lahir spontan
jam 21.05 WIB

4. Melakukan masase uterus

Evaluasi :kontraksi baik

5. Melakukan pengecekan plasenta

Ealuasi : plasenta lengkap

6. Mengajarkan masase uterus pada ibu

Evaluasi : ibu bisa melakukan masase uterus

3.6 Asuhan Persalinan kala IV

Tanggal : 22 Maret 2025
Jam : 21.10 WIB
Tempat : Ruang Bersalin (VK)
Pengkaji : Susi Sulistiawati

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan sangat lelah dan senang atas kelahirannya

B. Data Objektif

K/u baik, TD : 110/70mmHg, N : 84x/menit, R : 20x/menit, S : 36,6

TFU : sepusat, kontraksi uterus baik, terdapat luka *episiotomi* perineum derajat II, pengeluaran darah pervaginam ± 100 cc

C. Analisa

P1A0 inpartu kala IV dengan laserasi derajat 2

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu baik-baik saja
Evaluasi : ibu mengetahui keadaan ibu baik-baik saja
2. Melakukan penjahitan luka episiotomy
Evaluasi : telah dilakukan penjahitan tanpa anastesi
3. Membersihkan dan merapikan ibu
Evaluasi : ibu dalam keadaan bersih
4. Memantau tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, TFU, kontraksi uterus, perdarahan, dan kandung kemih (15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit padajam kedua)

Evaluasi : hasil terlampir di patrograf

5. Memberitahukan KIE tanda bahaya post partum (nifas)

Evaluasi : ibu mengerti tanda bahaya nifas

6. Memfasilitasi ibu untuk makan dan minum untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya

Evaluasi : ibu mengerti menghabiskan porsi dari menu yang disediakan

7. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini

Evaluasi : ibu sudah bias miring kiri, miring kanan, dan duduk

8. Mengajarkan ibu perawatan luka jahitan dan menganjurkan ibu untuk selalu membersihkan jalan lahirnya saat cebok

Evaluasi : ibu mengerti cara perawatan kebersihan jalan lahir

9. Menganjurkan ibu cara melakukan perawatan payudara dan luka jahitan

Evaluasi : ibu mengerti bagaimana cara melakukan perawatan payudara

10. Melakukan pendokumentasian dan melengkapi partograph

Evaluasi : Dokumentasi terlampir

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan pengkajian pada Ny. L, maka penulis akan membahas beberapa hal yang berkaitan dengan auhan pada Ny. L dengan Ketuban Pecah Dini yang telah dilakukan di ruangan bersalin RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 22 Maret 2025. Pembahasan ini berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan oleh penulis.

4.1 Data Subjektif

Hasil pengkajian yang di peroleh dari data subjektif, HPHT dan berdasarkan perhitungan HPHT tapsiran persalinannya adalah ini berdasarkan perhitungan HPHT dengan rumus TP yaitu dan usianya 39-40 minggu berdasarkan (Tanggal kunjungan – HPHT)

Ibu mengeluh keluar air-air sedikit dari jalan lahir yaitu cairannya yang keluar berwarna jernih dan berbau amis sejak pukul 22.00 WIB pada tanggal 21 Maret 2025 hal ini sesuai dengan teori (Crellin HB, Singh V, 2024) yang menjelaskan mengenai karakteristik air ketuban mengandung berbau khas ketuban (amis).

Ibu mengeluh mules tapi tidak sering pada pukul 22.00 WIB hal ini sesuai dengan teori (Dharmayanti, 2022) tentang tanda-tanda persalinan salah satunya adalah rasa sakit perut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus kadang-kadang disebut “*false labor pains*” serviks menjadi lembek mulai mendatar dan sekresinya bertambah dan bias bercampur darah (*bloody show*).

Ny. L datang ke poned pada tanggal 22 Maret 2025 pukul 15.30 WIB, ibu merupakan rujukan dari PKM Cimaragas atas indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD). KPD adalah Ketuban Pecah Dini sebelum terjadinya tanda-tanda inpartu dimana pembukaan <3 cm. Pada primipara 5 cm pada multipara. (purwaningtyas 2017)

Pada waktu evaluasi, ibu menyebutkan bahwa ia berhubungan seksual sebanyak 3 kali dalam seminggu, yang mungkin menjadi penyebab terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Menurut teori (Handayani, 2017), ada beberapa faktor yang berkontribusi pada KPD, di antaranya pola seks yang tidak sesuai, seperti frekuensi lebih dari 3 kali dalam seminggu, posisi yang tidak benar, dan penetrasi yang terlalu dalam.

Ny. L mengungkapkan malam tadi telah berhubungan intim dengan pasangannya. Menurut (Darmayanti pada tahun 2022), salah satu faktor penyebab KPD adalah trauma yang berkaitan dengan intercourse, sebab di dalam sperma pria terdapat prostaglandin yang dapat menyebabkan otot rahim berkontraksi dan membuat leher rahim terbuka. Ini sejalan dengan teori yang ada dan tidak menunjukkan adanya kekurangan.

4.2 Data Objektif

Hasil dari data objektif dilakukan pemeriksaan tanda-tanda tekanan darah 110/80 mmHg, respirasi: 23x/menit, nadi: 99x/menit, suhu : 36,6'C keadaan suhunya normal dan tidak ada tanda tanda infeksi ini sesuai dengan teori tanda tanda infeksi adalah bila suhu ibu lebih dari 38'C (Putri A, & Lestari S , 2022) Pada saat dilakukan pemeriksaan pembukaan 2 cm, ketuban (-) warna jernih. Menurut teori (Barokah, 2022). Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah kondisi di mana selaput

ketuban robek sebelum ada indikasi persalinan dan setelah satu jam tidak terjadi kontraksi, serta pembukaan masih kurang dari cm yang bisa terjadi pada usia kehamilan yang cukup atau kurang dari cukup (Wiknjosastro, 2018). Selama pemeriksaan genital pada ibu, ditemukan adanya cairan ketuban setelah dilakukan tes dengan kertas lakmus, warna kertas lakmus yang awalnya merah berubah menjadi biru. Berdasarkan teori, untuk menentukan pecahnya selaput ketuban dapat dilakukan dengan adanya cairan ketuban di area vagina, jika cairan tidak terdeteksi, dapat dicoba dengan merangsang bagian bawah atau meminta pasien untuk batuk atau mengejan, identifikasi cairan ketuban dapat dilakukan menggunakan tes lakmus (tes nitrazin) yang menunjukkan perubahan dari merah menjadi biru. Dalam konteks ini, tidak ada perbedaan antara teori dan praktik. (Suroyo, 2018)

4.3 Analisa

Berdasarkan evaluasi data subjektif dan objektif, ditentukan bahwa analisis ibu menunjukkan terjadinya KPD. KPD merujuk pada pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan. Selaput ketuban dapat pecah sebelum persalinan pada primipara ketika pembukaan kurang dari 3 cm dan pada multipara di bawah 5 cm. Ini dapat terjadi dalam kehamilan aterm maupun preterm. Dalam situasi ini, terdapat peningkatan risiko infeksi bagi ibu dan bayi. Ketuban pecah dini menjadi isu krusial dalam kebidanan dan bisa menyebabkan infeksi pada ibu dan anak, serta dapat memperburuk angka sakit dan kematian baik pada ibu maupun bayi (Purwaningtyas, 2017).

Ketuban pecah dini ini diartikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum munculnya tanda-tanda awal persalinan dan diharapkan menunggu selama satu jam

sebelum terjadinya inpartu. Ketuban pecah dini merujuk pada kondisi pecahnya ketuban sebelum proses persalinan dimulai pada berbagai fase kehamilan (Arma, dkk 2018). Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum munculnya gejala-gejala persalinan, sambil menunggu satu jam tanpa terjadinya inpartu, dengan pembukaan serviks kurang dari 4 cm, yang bisa terjadi pada usia kehamilan yang cukup lama atau lebih cepat. Situasi ini dapat muncul pada tahap akhir kehamilan ataupun sebelum mencapai usia kehamilan 37 minggu. KPD yang berlangsung lama adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktu persalinan yang dijadwalkan. (Wiknoiosastro, 2018).

Faktor yang memicu terjadinya KPD pada ibu adalah cedera yang dialami akibat aktivitas seksual, di mana sperma pria mengandung prostaglandin yang dapat memicu kontraksi uterus dan mengakibatkan pembukaan leher rahim. Pemeriksaan internal serta amniosentesis juga dapat berkontribusi pada kejadian KPD. Hal ini bisa berkaitan dengan hidramnion, kehamilan ganda, lahir prematur, insufisiensi serviks, infeksi, dan amnionitis. (Nugroho, 2019).

4.4 Penatalaksanaan

Berdasarkan evaluasi yang ditentukan pada Ny. L, langkah-langkah yang diambil adalah bekerja sama dengan dokter untuk memberikan antibiotik amoxicillin secara suntik guna mencegah terjadinya infeksi. Masalah utama dalam bidang obstetri ini juga dapat berpotensi menyebabkan infeksi pada ibu dan anak serta dapat meningkatkan rasa sakit dan angka kematian pada ibu maupun bayi (Purwaningtyas, 2017).

Ny. L dipindahkan ke ruang bersalin untuk mendapatkan drip oksitopsin 0,5 ml dilarutkan kedalam 500 ml RL hal tersebut sesuai dengan protap RSUD dr. Selamat Garut Purwaningtyas, 2017) yang mengatakan bahwa apabila kehamilan >37 minggu diberikan induksi dengan oksitosin untuk melahirkan bayi yang menyebabkan kontraksi ritmis pada uterus, meningkatkan frekuensi kontraksi yang telah ada, dan meningkatkan tonus otot-otot uterus sehingga mampu menghasilkan kontraksi yang adekuat untuk membuka serviks dan mendorong janin turun (descent) (Prawirohardjo, Saifuddin, 2017). Tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik.

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. L didokumentasikan dalam bentuk SOAP yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subyektif , pengkajian data objektif yang didapatkan dari hasil pengkajian berupa pemeriksaan fisik secara langsung pada Ny. L Kemudian data-data tersebut di interpretasikan untuk menentukan Analisa dan dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan kasus yang dialami Ny.L. 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 kebidanan. manajemen penatalaksanaan.

Kala I Fase Laten Ny. L berlangsung dari jam 15.30 WIB s.d jam 15.50 asuhan yang diberikan amoxsilin 1x dalam 500mg/oral dan diberikan drip oksitosin 0,5ml dilarutkan kedalam infus RL 500ml 20 tpm.

Tidak ada kesenjangan

Kala I Fase Aktif Ny. L berlangsung dari jam 19.30 s.d 20.30 WIB asuhan yang diberikan yaitu pemantauan pembukaan, TTV dan DJJ.

Berlangsung

Tidak ada kesenjangan.

Kala II Ny. L berlangsung dari jam 20.30 s.d 20.52 WIB asuhan yang diberikan penatalaksanaan bayi baru lahir, mengeringkan bayi dengan segera kecuali muka dan telapak tangan, dan langsung dibawa oleh petugas perinatologi.

Tidak melakukan IMD

Kala III Ny. L berlangsung selama 20.52 WIB s.d 21.10 WIB asuhan yang diberikan yaitu pemberian oksitosin 10 IU dan Methylergometrine 0,2mg. Keluarkan Plasenta dengan memutar berlawanan arah jarum jam.

Tidak ada kesenjangan

Kala IV Ny. L berlangsung selama 21.10 WIB asuhan yang diberikan yaitu melakukan Hecting, pemantauan ketat terhadap TTV, kontraksi rahim, perdarahan dan kandung kemih.

Ada kesenjangan tidak diberikan anastesi terlebih dahulu.

BAB V

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan persalinan pada Ny. L umur 22 tahun G1P0A0 gravida inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini di RSUD dr. Slamet Garut. dapat disimpulkan sebagai berikut:

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

5.2 Saran

1. Bagi penulis

Diharapkan agar penulis dapat meningkatkan ilmu pengetahuan wawasan dan keterampilan mengenai ilmu kebidanan, sehingga mampu memberikan asuhan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar lebih intensif dalam memberikan bimbingan baik tempat praktek maupun penyusunan LTA yang akan datang.

3. Bagi pelayanan kesehatan

Diharapkan untuk bisa meningkatkan mutu pelayanan yang sesuai dengan standar yang berlaku untuk penanganan Ketuban Pecah Dini, untuk diberikan anestesi

4. Bagi mahasiswa

Mahasiswa waktu melaksanakan asuhan kebidanan persalinan patologis khususnya ketuban pecah dini saat praktek agar menerapkan asuhan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan sesuai dengan kewenangan yang diberikan kepada bidan dan sesuai dengan protokol yang ditetapkan ditempat mahasiswa praktek, sistem pendokumentasian di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, sehingga mahasiswa mendapatkan pengalaman, keterampilan dan dapat meningkatkan pengetahuan dalam melaksanakan asuhan kebidanan kepada klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Ana Setyowati, S.A (2022).`Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan`, *buku ajar davis kebidanan*. 160 .
- Atika,N. (2022)`Inivasi Metode Core (Connecting Organizing,Reflecting Dan Extending) DAlam Pendampingan Ibu Hamil Trimester III Untuk Peningkatan Kualitas 280 Hari Pertama di Wilayah Kerja Upt. Puskesmas Kecamatan Unter Iwes`. *Journal of Innovatoin Research and Knowledge*.
- Aurelia. (2023). Jenis persalinan. *Hardines*, Jenis Persalinan, dan Baby Blues Syndrome: Antara Keterkaitan dan Perbedaan`, *Jurnal Ilmu Kebidanan*.
- Dinkes jabar. (2022). *AKI AKB jawa barat*, pp. 1-2.
- Donna harrya novidha. (2023). *buku ajar asuhan kebidanan dan bbl fisiologis dan fatologis e1 kebidanan*. jakarta : mahakarya citra utama.
- Dwi novidiantoko. (2022).
- Hailek G, A. d. (2023). Karakteristik memanjang. *Perpustakaan universitas bida sehat*, 88-100.
- Handayani et all. (2023). kesehatan masyarakat. *faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini (KPD)*.
- Khayati, W. d. (2023). Jenis persalinan terhadap keberhasilan inisiasi mentusu dini. *midwevery*, 37-45.
- Lisnawati. (2023). *Relationship between gravidity and low birth weigh in kendari city hospital'*, *Indonesian Journal of Contemporary Multidisciplinary Research*.
- Atika n, a. (2020). penerapan teknik pijat efflerauge sebagai upaya pengurangan rasa nyeri persalinan kala 1 fase aktif, *andrew's disrase of the skin clinical dermatology.*, pp. 6-33.
- Nurafifah . (2021). *COMPREHENSIF MIDWIFERY CARE IN MRS*. *kesehatan masyarakat jurnal kesehatan siliwangi*.
- Nurzulia. (2022). `*asuhan persalinan*`, *Angewandte Chemi International Edition*, pp, 5-24 .
- Nuzulia A. (2022).`Pengaruh pemberian pijat oksitosin terhadap volume perdarahan pada persalinan normal kala IV`,*keperawatan madira cindeka*.

- Ropitasari. (2022). *buku ajaran dokumentasi kebidanan*. yogyakarta.
- Rozikhan et all. (2020).`Hubungan Paparan Asap Rokok Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Ringinarum Kabupaten Kendal', *Midwifery Care Journal*.
- Sajidah, A. E. (2023). Pengaruh pijat oksitosin terhadap lama persalinan kala I. *Jurnal Nusing*, 256-263.
- Saraswati E. (2021). pengaruh posisi semi fowler dengan bantal panas dan posisi lateral saat meneran pada ibu intrapartum terhadap berlangsung persalinan kala II di Rsud kota keidiri. *jurnal ilmiah kesehatan*.
- Sari K. (2021). asuhan kebdanan komprehensif pada Ny."A" Usia 23 Tahun Dngan Ketuban Pecah Dini Di PMB Dillah Sobirin, Amd.Keb Pakis Malang Universitas Muhammadiyah Gersik.
- Sulistianingsih, A. d. (2023). *Asuhan Persalinan dan bayi baru lahir*. eureka media aksara.
- WHO. (2025). *angka kematian ibu* , 1-2.
- wiwit vitania at all. (2024). *buku ajar asuhan kebidanan pada persalinan dan bbl (jilid 1)*. pekalongan: pt.nasya expanding manajemen .
- Wulansari wt all. (2023). jurnal yang berhubungan dengan ketuban pecah dini. *ketuban pecah dini*.
- Wijayanti,E. (2023) `Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. A Dengan Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang`. *Seminar Nasional Kebidanan*.
- Lindo,M. and Wildan, D.R. (2023) `Ketuban Pecah Dini dan Oligohidramnion pada Kehamilan Preterm`, JIKA (Jurnal Ilmu Kesehatan Abdurrah).
- Ramadhan, A. (2023) `Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Kpd (Ketuban Pecah Dini) pada ibu bersalin DI Pmb Desita,S.Sit Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen`, *Jurnal of Healthcare Technology and Medicine*.