

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. Y USIA
35 TAHUN G₃P₂A₀ GRAVIDA 39-40 MINGGU
DENGAN *KETUBAN PECAH DINI*
DI RSUD Dr SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Untuk menyelesaikan program studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Karsa Husada Garut

NURMITHA ARIANI

KHGB22059



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

2025

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

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

Garut, Juni 2025
Yang membuat pernyataan

(Nurmitha Ariani)
(KHGB22059)

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LAPORAN TUGAS AKHIR

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. Y
USIA 35 TAHUN G₃P₂A₀ GRAVIDA 39-40 MINGGU
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RSUD Dr SLAMET
GARUT**

NAMA : NURMITHA ARIANI

NIM : KHGB22059

Laporan Tugas Akhir ini Telah Disetujui untuk Disidangkan Dihadapan Tim
Penelaah Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR

**JUDUL :ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. Y
USIA 35 TAHUN MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH
DINI DI RSUD Dr SLAMET GARUT**

NAMA : NURMITHA ARIANI

NIM : KHB22059

Garut, Juli 2025

**Mengesahkan,
Pembimbing**

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

Penela'ah I

Penela'ah II

(Rosita Alvia, SST., M.K.M)

(Lina Humaeroh, SST., M.Kes)

**Mengesahkan,
Ketua Prodi Studi D3 Kebidanan**

(Lina Humaeroh, SST.,M.Kes)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji serta syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang maha pengasih dan maha penyayang karena atas rahmat dan hidayahnya yang telah memberikan kemudahan dan kekuatan kepada penulis hingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini tepat pada waktunya. Solawat serta salam semoga selalu tercurahlimpahkan kepada panutan kita Nabi Muhammad SAW.

Laporan tugas akhir ini berjudul “**Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny.Y Usia 35 Tahun G3P2A0 Gravida 39-40 Minggu Dengan *Ketuban Pecah Dini Di Rsud Dr Slamet Garut***”. Adapun tujuan pembuatan Laporan Tugas Akhir ini yaitu untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Kebidanan.

Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dikarenakan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, sehingga penulis mengalami hambatan, tantangan, dan kesulitan dalam penulisan ini. Namun atas segala bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak penulis mampu menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan lancar. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dr. H. Hadiat selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Engkus Kusnadi , S. Kep., M. Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.

3. Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut, sekaligus dosen penguji II yang telah menguji dan membimbing penyusunan laporan tugas akhir ini.
4. Bdn. Desy Syswiyanti, SST.,M.Kes selaku Pembimbing yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan.
5. Rosita Alvia, SST., M.K.M selaku Penguji I yang telah menguji dan membimbing penyusunan laporan tugas akhir ini.
6. Seluruh dosen, staf pengajar, dan tata usaha di STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat.
7. Kepada ibu dan seluruh bidan yang selalu memberikan ilmu dan bimbingannya serta membantu penulis dalam bentuk moral dan materi.
8. Kepada Ny.Y yang telah bersedia menjadi pasien, dan sudah dapat bekerja sama dengan baik kepada penulis sehingga dapat Yulan Yunari, S.Tr.Keb menyelesaikan laporan tugas akhir ini.
9. Kepada tuhan yang maha esa, karena atas karunia dan anugrah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan lancar.
10. Teruntuk cinta pertamaku, bapa Ajid terima kasih sudah selalu mengusahakan yang terbaik untuk kehidupan penulis, beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan sampai ke bangku kuliah. Namun beliau mampu mendidik penulis, memotivasi dan memberikan dukungan yang tiada henti sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini.

11. Teruntuk Imas Nadia, Nabila Siti Latifah, terima kasih karena selalu memberikan kasih sayang, motivasi dan dukungan yang tidak pernah berhenti sampai saat ini
12. Kepada saya sendiri Nurmitha Ariani, terima kasih karena sudah bertahan sampai berada dan berjuang untuk menyelesaikan tugas akhir ini, dan meskipun itu semua tidak mudah tetapi semua perjuangan yang telah dilalui itu akan akan berbuah hasil yang baik.
13. Kepada teman-teman seperjuangan saya rekan rekan mahasiswa prodi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang sudah berjuang bersama dari pertama sampai detik ini.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan Laporan tugas akhir ini. Oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan masukan untuk menyempurnakan laporan ini, akhir kata, penulis harap laporan ini dapat bermanfaat bagi penulis sendiri maupun institusi dan para pembaca.

Garut, juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Pengkajian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Khusus	5
1.5 Metode Pengumpulan Data	5
1.6 Waktu dan Tempat.....	6
1.6.1 Waktu.....	6
1.6.2 Tempat	6
BAB II TINJAUAN TEORI	7
2.1 Pengertian Persalinan Dengan KPD.....	7
2.2 Persalinan	8
2.2.1 Tanda Tanda Persalinan	8
2.2.2 Jenis Jenis Persalinan.....	9
2.2.3 Tahapan Persalinan	10
2.2.4 Tujuan Asuhan persalinan	14
2.3 Ketuban Pecah Dini.....	15
2.3.1 Etiologi.....	16
2.3.2 Klasifikasi Ketuban Pecah Dini	16
2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Ketuban pecah Dini	17
2.3.4 Tanda Dan Gejala.....	21
2.3.5 Komplikasi	21
2.3.6 Diagnosis.....	24

2.3.7 Prinsip Ketuban Pecah Dini	26
2.3.8 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini	27
2.3.9 Penanganan Ketuban Pecah Dini	28
2.3.10 Terminasi Kehamilan Dengan Drip Oxytocin	29
2.3.11 KPD yang tidak dianjurkan untuk di induksi	31
2.3.12 Syarat Pemberian Drip Oxytocin	32
2.4 Telaah Jurnal	32
2.4.1 Hubungan Antara Pola Seksualitas Gravida Dengan ketuban Pecah Dini.....	32
2.4.2 Hubungan Riwayat KPD Sebelumnya Dengan Terjadinya Ketuban Pecah Dini.....	34
2.4.3 Hubungan Pekerjaan Ibu Rumah Tangga Dengan Ketuban Pecah Dini35	
2.5 Kewenangan Bidan	35
2.6 Pendokumentasian.....	35
2.6.1 Pengertian Dokumentasi	35
2.6.2 Model pendokumentasian	36
2.7 SOP KASUS KPD RSUD Dr SLAMET GARUT.....	37
BAB III TINJAUAN KASUS	43
3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Ny. Y Usia 35 Tahun G3P2A0 Gravida 39-40 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr Slamet Garut	43
3.2 CATATAN PERKEMBANGAN KALA I.....	50
3.3 CATATAN PERKEMBANGAN KALA II.....	53
3.4 CATATAN PERKEMBANGAN KALA III	55
3.5 CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV	56
BAB IV PEMBAHASAN	62
4.1 Data Subjektif.....	62
4.2 Data Objektif.....	64
4.3 Analisa.....	65
4.4 Pendokumentasian.....	66
BAB V PENUTUP	68
5.1 Penatalaksanaan	68
5.2 Kesimpulan	70
5.3 Saran	71
DAFTAR PUSTAKA	73
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	75

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan data kesehatan ibu dari WHO (World Health Organization) menunjukkan bahwa kematian ibu masih menjadi masalah global yang signifikan, terutama di negara-negara berkembang. Angka kematian ibu (AKI) global diperkirakan mencapai 287.000 kematian pada tahun 2020. Pendarahan hebat, tekanan darah tinggi, infeksi terkait kehamilan, dan komplikasi aborsi yang tidak aman adalah penyebab utama kematian ibu.

Berdasarkan data sensus penduduk (2020) di Indonesia, angka kematian ibu (AKI) melahirkan mencapai 189 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi (AKB) mencapai 16,85 per 1.000 kelahiran hidup. Di Indonesia, jumlah kematian ibu terdapat 4.005 pada tahun 2022 dan meningkat menjadi 4.129 pada tahun 2023. Sementara, jumlah kematian bayi mencapai 20.882 pada tahun 2022 dan meningkat 29.945 pada tahun 2023. Penyebab kematian ibu tertinggi disebabkan adanya hipertensi dalam kehamilan atau disebut eklamsia dan perdarahan. Kemudian, kasus kematian bayi tertinggi yakni bayi berat lahir rendah (BBLR) atau prematuritas dan asfiksia (Kemenkes RI, 2024)

Dinas kesehatan provinsi Jawa Barat memaparkan jumlah kematian ibu perkabupaten/kota provinsi Jawa Barat periode bulan Januari-Juli tahun 2020 sebanyak 1.649 kasus meningkat dibandingkan tahun 2019 pada

periode yang sama yaitu sebesar 1.575. Angka kejadian kematian ibu yang melahirkan menurut dinkes Jawa Barat pada tahun 2020 sebanyak 429 jiwa (579.037 kelahiran hidup). Penyebab kematian ibu masih didominasi dengan kejadian hipertensi 28%, perdarahan 29%, dan infeksi 10% dari seluruh persalinan (Dinkes Jawa Barat).

Angka kejadian ketuban pecah dini didunia menurut (Boskabdi, 2019) di negara Brazil angka nya mencapai 3,1%, Manipur India 2,2%, China 19,2%, Mesir 5,3%, Nigeria 3,3%, Uganda 7,5%. (Wahyuni et al., 2021). Menurut (Puspitasari et al., 2023) di Indonesia, kejadian ketuban pecah dini berkisar antara 8-10% dari seluruh kehamilan. Angka kejadian ketuban pecah dini diperkirakan mencapai 3-10% dari total persalinan. Berdasarkan data di Indonesia sebanyak 65%, terjadinya ketuban pecah dini terjadi pada tahun 2020 angka kejadian ketuban pecah dini di Jawa Barat sebanyak 230 kasus dari 4834 (4,75%). Di Kabupaten Garut jumlah kasus kematian ibu berdasarkan data dari rekam medis kebidanan RSUD dr. Slamet Garut didapatkan data bahwa jumlah kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) ditahun 2021 sebanyak 41 kasus.

Menurut penelitian (Maharrani & Nugrahini, 2020) ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) sering disebut dengan premature rupture of the membrane (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada

multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm.

Menurut (Nikmathul Ali et al., 2021) Komplikasi ketuban pecah dini yang paling sering terjadi pada ibu bersalin yaitu infeksi dalam persalinan, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan postpartum, meningkatkan kasus bedah sesar, serta meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal. Penyebab terjadinya ketuban pecah dini belum diketahui secara pasti, kemungkinan faktor predisposisi seperti infeksi, kelainan letak janin, gemeli, hidramnion dan anemia adalah yang menjadi faktor utama dalam kejadian ketuban pecah dini.

Peran bidan dalam penanganan KPD yaitu mendeteksi dini untuk pencegahan dan penanganan segera, memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin secara tepat, cepat dan komprehensif karena jika ibu bersalin dengan KPD tidak mendapat asuhan yang sesuai maka risikonya akan berakibat pada ibu maupun janin. Dengan harapan setelah dilakukannya pelayanan kebidanan yang cepat dan tepat, maka kasus ibu bersalin dengan KPD dapat ditangani dengan baik, sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan kewenangan bidan sehingga AKI dan AKB di Indonesia dapat ditangani.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut : “ Bagaimana Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. Y Usia 35 Tahun Gravida 39-40 minggu dengan KPD di RSUD Dr Slamet Garut?”

1.3 Tujuan Pengkajian

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Ny. Y usia 35 Tahun G3P2A0 Gravida 39-40 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr Slamet Garut dengan metode pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1). Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny.Y usia 35 Tahun G3P2A0
Gravida 39-40 Minggu dengan ketuban pecah dini di RSUD Dr Slamet Garut.
- 2). Melakukan pengkajian data objektif pada Ny.Y Usia 35 Tahun G3P2A0 Gravida 39-40 Minggu dengan ketuban pecah dini di RSUD Dr Slamet Garut.
- 3). Menegakan analisa masalah pada Ny.Y Usia 35 Tahun G3P3A0 Gravida 39-40 Minggu dengan ketuban pecah dini di RSUD Dr Slamet Garut.
- 4). Melakukan penatalaksanaan rencana asuhan kebidanan pada Ny.Y usia 35 tahun G3P2A0 Gravida 39-40 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr Slamet Garut
- 5). Melakukan pendokumentasian hasil asuhan dalam bentuk catatan SOAP pada Ny.Y usia 35 Tahun G3P2A0 Gravida 39-40 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr Slamet Garut.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Khusus

Dalam penulisan laporan ini terdapat penjelasan teori tentang ketuban pecah dini, manfaatnya:

1) Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referesnsi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dan sebagai bahan kajian informasi serta acuan untuk melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus ketuban pecah dini .

2) Bagi Lahan Praktik

Dapat memberikan masukan kepada institusi lahan praktik terutama bagi bidan yang memberikan asuhan kebidanan untuk meningkatkan keterampilan dan kualitas pelayanan asuhan kebidanan khususnya pada kasus ketuban pecah dini

3) Bagi Penulis

Sebagai penerapan pengetahuan yang diperoleh dari proses pembelajaran selama perkuliahan dan sebagai bentuk pengalaman nyata dalam melakukan asuhan kebidanan pada kasus ketuban pecah dini

4) Bagi Klien

Diharapkan menjadi pengetahuan dan pembelajaran bagi pasien tentang ketuban pecah dini

1.5 Metode Pengumpulan Data

Penulis melakukan asuhan kebidanan secara langsung kepada pasien.

Adapun Teknik pengumpulan data yaitu dengan cara :

a) Observasi

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

b) Wawancara

Wawancara dilakukan pada Ny. Y untuk mendapatkan data subjektif

c) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada Ny. Y untuk mendapatkan data Objektif

d) Studi kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan untukn mendapatkan materi materi secara teoritis mengenai KPD.

e) Studi dokumentasi

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

1.6 Waktu dan Tempat

1.6.1 Waktu

Dilaksanakan Pada Tanggal 20 Maret 2025 sampai dengan tanggal 22 Maret 2025.

1.6.2 Tempat

Pengkajian Dilakukan di RSUD Dr Slamet Garut

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Pengertian Persalinan Dengan KPD

Persalinan merupakan proses membuka atau menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin terjadi pada kehamilan cukup (37-42 minggu). Lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2014)

Menurut (Sale et al., 2020) Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan atau sebelum inpartu pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan dan memiliki kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan.

Ketuban pecah dini (KDP) atau ketuban pecah premature (KPP) adalah keluarnya cairan dari jalan lahir/vagina sebelum proses kelahiran. Menurut (Maharrani & Nugrahini, 2020) Ketuban pecah dini atau premature rupture of the membrane (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu apabila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multi para kurang dari 5 cm.

2.2 Persalinan

2.2.1 Tanda Tanda Persalinan

Menurut (Paramitha Amelia, 2019) tanda tanda persalinan yaitu :

a. Timbulnya kontraksi uterus Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut :

- 1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- 2) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan.
- 3) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- 4) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.
- 5) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi.
- 6) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
- 7) Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks

b. Penipisan dan pembukaan serviks.

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

c. Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Lendir yang disertai darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh- pembuluh kapiler yang berada di sekitar

kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka

- d. Premature Rupture of Membrane keluarnya cairan banyak dari jalan lahir.

Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput amnion yang robek. Ketuban biasanya pecah saat pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, bahkan terkadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

2.2.2 Jenis Jenis Persalinan

Menurut (Paramitha Amelia, 2019) jenis jenis persalinan yaitu :

1. Persalinan Spontan

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

2. Persalinan Buatan

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

3. Persalinan Anjuran

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

2.2.3 Tahapan Persalinan

Menurut (Paramitha Amelia, 2019) tahapan persalinan yaitu :

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

a) Fase laten

Fase laten adalah periode waktu dari awal kontraksi uterus hingga pembukaan 3 cm. Kontraksi menjadi lebih stabil selama fase laten seiring dengan peningkatan frekuensi, durasi, dan intensitas dari mulai terjadi setiap 10-20 menit, berlangsung 15-20 detik hingga setiap 5-7 menit dan berlangsung 30-40 detik. Berlangsung selama 8 jam. Menurut Friedman, fase laten pada nulipara rata-rata selama 9 jam dan dikatakan memanjang apabila mencapai 20 jam. Durasi maksimum yang ditetapkan yaitu selama 20 jam pada primipara dan 16 jam pada multipara.

b). Fase aktif

Fase aktif adalah periode waktu dari pembukaan 4 cm hingga 10 cm. Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat yaitu tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih.

Fase aktif dibagi dalam 3 fase, yakni:

1) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

3) Fase deselerasi.

Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam, pembukaan dari 9 cm menjadi 10cm (lengkap).

Fase-fase tersebut lebih sering dijumpai pada primigravida sedangkan pada multigravida terjadi dalam waktu yang lebih pendek.

2. Kala II (Pengeluaran)

Kala II persalinan adalah tahap di mana janin dilahirkan. Pada kala II, his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Saat kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan, tekanan pada rektum dan keinginan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Dengan his dan kekuatan mencedan maksimal, kepala janin dilahirkan dengan presentasi suboksiput di bawah simfisis, dahi, muka dan dagu.

3. Kala III (Kala Uri)

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

a. Lepasnya placenta dari implantasinya pada dinding uterus

Pada kala III persalinan, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

b. Pengeluaran plasenta dari cavum uteri

Pengeluaran placenta dari cavum uteri dilakukan setelah memastikan placenta telah lepas dari perlekatannya. Beberapa cara untuk mengetahui apakah placenta telah lepas antara lain dengan:

1). Perasat Kustner

Tangan kanan meregangkan tali pusat dan tangan kiri menekan simfisis. Jika tali pusat masuk ke dalam vagina berarti placenta belum lepas dan jika tali pusat bertambah panjang berarti placenta sudah lepas.

2). Perasat Strassmann

Tangan kanan meregangkan tali pusat dan tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat berarti placenta belum lepas, tapi jika tidak terasa getaran berarti placenta telah lepas.

3). Perasat Klein

Ibu diminta meneran sehingga tali pusat tampak keluar dari vagina. Jika meneran dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina berarti placenta belum lepas, begitu pula sebaliknya.

Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal di bawah ini:

a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear (globuler) dan fundus berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).

b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld).

c) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas.

4. Kala IV

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

2.2.4 Tujuan Asuhan persalinan

Menurut (Paramitha Amelia, 2019) Tujuan dalam melakukan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal dengan asuhan kebidanan persalinan yang adekuat sesuai dengan tahapan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

Dalam memberikan setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (evidenced based midwifery). Semua Keterampilan yang diajarkan dalam pelatihan asuhan persalinan normal harus diterapkan sesuai dengan standar asuhan bagi semua ibu bersalin di setiap tahapan persalinan oleh setiap penolong persalinan dimana pun hal tersebut terjadi.

2.3 Ketuban Pecah Dini

Menurut penelitian (Wahyuni et al., 2021) Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan atau sebelum inpartu pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan dan memiliki kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan (Wahyuni et al., 2021) Ketuban pecah dini (KDP) atau ketuban pecah premature (KPP) adalah keluarnya cairan dari jalan lahir/vagina sebelum proses kelahiran.

Jadi dapat disimpulkan bahwa persalinan dengan KPD adalah proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir, yang disebabkan karena adanya cairan yang keluar dari jalan lahir ibu sebelum terdapat tanda tanda persalinan.

2.3.1 Etiologi

Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intra uterin atau tekanan disekitar rahim sehingga selaput ketuban menipis dan melemah sehingga mudah pecah. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks (Prawihardjo, 2014). Apabila jaringan ini dipacu oleh persalinan atau infeksi maka jaringan akan menipis dan sangat rentan untuk pecah disebabkan adanya aktivitas enzim kolagenolitik (Uswatun, 2021)

Menurut (Susilowati et al.,2021) faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian Ketuban Pecah Dini pada ibu hamil ialah faktor infeksi, tekanan intra uteri yang tinggi, trauma, keadaan abnormal dari fetus atau malpresentasi, sosial ekonomi, paritas, usia, dan riwayat ketuban pecah dini sebelumnya.

2.3.2 Klasifikasi Ketuban Pecah Dini

Menurut (Susilowati et al., 2021) klasifikasi KPD antara lain :

1. Berdasarkan usia kehamilan
 - a. KPD preterm: Pecahnya ketuban terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu.
 - b. KPD aterm: Pecahnya ketuban terjadi setelah usia kehamilan 37 minggu.
2. Berdasarkan waktu pecah ketuban hingga persalinan

- a. KPD dini: Pecahnya ketuban terjadi kurang dari 12 jam sebelum persalinan dimulai.
- b. KPD memanjang/berkepanjangan: Pecahnya ketuban terjadi lebih dari 12 jam sebelum persalinan dimulai

2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Ketuban pecah Dini

Menurut (Susilowati et al., 2021) Faktor yang banyak berpengaruh terhadap kejadian KPD yaitu:

1) Gemelli

Gemelli merupakan kehamilan ganda yang ditandai dengan ukuran uterus yang lebih besar dibandingkan dengan usia kehamilannya, dan dapat menyebabkan terjadinya regangan pada rahim. Hal ini akan meningkatkan tekanan di dalam rahim, sehingga dengan tekanan yang berlebihan vaskularisasi tidak berjalan dengan lancar kemudian mengakibatkan selaput ketuban kekurangan jaringan ikat kemudian terjadi selaput ketuban yang lemah dan bila terjadi sedikit pembukaan servik saja maka selaput ketuban akan mudah pecah.

2) Anemia

Anemia merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya KPD. Pada ibu dengan 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. Hal ini dikarenakan pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen

matriks ekstraseluler amnion, korion, dan apoptosis membrane jnain. Ketuban pecah dini pada kehamilan premature disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal misalnya infeksi yang menjalar dari vagina, polihidramnion inkompeten serviks solusio plasenta.

3) Vulva hygiene yang buruk

Vulva hygiene ibu yang kurang baik sehingga bisa menimbulkan adanya infeksi ascendens 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.

4) Ibu rumah tangga

Menurut (Nikmathul Ali et al., 2021) 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.

5) Disorposi

Menurut (Agustina & Yahya, 2022) 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.

6) Ibu bersalin dengan jarak kehamilan yang kurang dari 2 tahun

Menurut (Y. M. Sari & Munir, 2020). Ini merupakan jarak kehamilan yang beresiko tinggi sewaktu persalinan dikarenakan kondisi rahim ibu belum sepenuhnya kembali pulih dengan baik dan normal sehingga dapat menimbulkan pertumbuhan janin yang kurang optimal di dalam kandungan dan dapat mengakibatkan terjadinya perdarahan pada ibu hamil trimester III, hal ini juga bisa disebabkan karena dari ibu yang mengalami anemia, plasenta previa, dan infeksi yang kemudian berakibat terhadap kejadian KPD.

7) Usia >35 tahun

Menurut (Maharrani & Nugrahini, 2020) factor ini mempunyai risiko lebih tinggi terjadi KPD daripada ibu dengan risiko rendah dengan usia <20 tahun. Wanita dengan usia di atas 35 tahun akan mengalami penurunan fungsi organ yang berarti

mempunyai potensi lebih besar untuk terkena penyakit degenerative seperti tensi yang tinggi, gangguan pada sistem pembuluh darah, dan penyakit gula di mana beberapa penyakit ini secara tidak langsung juga mempengaruhi dengan tingkat kejadian KPD.

8) Hubungan seksual

Menurut penelitian yang dilakukan (Handayani et al., 2017) Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi terjadinya KPD diantaranya pola seksual yang tidak tepat yaitu frekuensi >3 kali seminggu, posisi yang salah dan penetrasi yang terlalu dalam.

Menurut (Handayani et al., 2017) Frekuensi coitus pada trimester ketiga kehamilan yang lebih dari 3 kali seminggu diyakini berperan dalam terjadinya KPD. Hal ini berkaitan dengan kondisi orgasme yang memicu kontraksi rahim oleh karena adanya paparan terhadap hormon prostaglandin didalam semen atau cairan sperma.

9) Riwayat KPD sebelumnya

Menurut (Idaman et al., 2020) riwayat KPD pada ibu bersalin yang pernah mengalami KPD sebelumnya cenderung akan mengalaminya kembali. Hal ini dikarenakan pada ibu dengan riwayat KPD akan mempengaruhi komposisi membran pada uterus sehingga menjadi rapuh yang mengakibatkan ketuban pecah dini,

tetapi semua dengan riwayat KPD berkemungkinan akan mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan berikutnya.

2.3.4 Tanda Dan Gejala

Menurut (Sale et al., 2020) Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah :

1. Keluarnya cairan merembes melalui vagina
2. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau ammonia, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
3. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering, karena cairan ini terus diproduksi sampai proses persalinan. Tetapi bila ibu duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah dibawah biasanya akan mengganjal dan menyumbat kebocoran untuk sementara.
4. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat itu merupakan tanda tanda infeksi

2.3.5 Komplikasi

Menurut (Susilowati et al., 2021) Komplikasi ketuban pecah dini yang paling sering terjadi pada ibu bersalin yaitu infeksi dalam persalinan, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan postpartum, meningkatkan kasus bedah sesar, serta meningkatkan mordibitas dan mortilitas maternal. Penyebab terjadinya ketuban pecah dini belum diketahui secara pasti,

kemungkinan faktor predisposisi seperti infeksi, kelainan letak janin, gemeli, hidramnion dan anemialah yang menjadi faktor utama dalam kejadian ketuban pecah dini.

Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan.

1. Bagi janin

a. Infeksi maternal maupun neonatal

Resiko terjadi infeksi pada kejadian ketuban pecah dini akan meningkat.

b. Persalinan premature

Setelah terjadinya ketuban biasanya segera disusun oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam seminggu.

c. Hipoksia karena kompresi tali pusat

Dengan pecahnya selaput ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia dan hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat.

d. Deformitas janin

Ketuban pecah dini yang terjadi selalu menyebabkan pertumbuhan Janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan lain.

- e. Meningkatnya seksio secarea atau gagalnya persalinan normal (Prawirohardjo,2014)

2. Bagi Ibu

a. Partus lama

Adanya inkoordinasi kontraksi otot rahim akibat dari induksi persalinan dengan oksitosin sehingga menyebabkan sulitnya kekuatan otot rahim untuk meningkatkan pembukaan janin dalam rahim. Komplikasi pada persalinan biasanya akan sering terjadi pada ibu multipara dan grandemultipara, hal ini berkaitan dengan fungsi organ reproduksi yang sudah menurun seperti pada bagian leher rahim yang berkurang keelastisannya dan hal ini dapat menyebabkan pembukaan yang lebih dini pada serviks sehingga hal lain juga bisa mengakibatkan kelainan dalam proses persalinan seperti KPD, perdarahan dan eklamsia.

Ibu bersalin dengan paritas yang tinggi akan lebih berpotensi untuk terkena beberapa komplikasi. Karena jika dilihat lebih tinggi paritas, lebih tinggi juga angka kematian maternal (Maharrani & Nugrahini, 2020)

b. Perdarahan post partum

Adanya penggunaan narkosa pada penanganan ketuban pecah dini.

a) Atonia uteri

Bila saat ketuban pecah, serviks belum matang dan belum matang dan belum membuka sehingga akan memperlambat proses persalinan dan menyebabkan kelelahan pada ibu yang berakibat lemahnya pada kontraksi uterus.

b) Infeksi nifas

Adanya infeksi intra partum akibat ketuban pecah lebih dari 6 jam. (Prawihardjo, 2014)

2.3.6 Diagnosis

Menurut (Idaman et al., 2020) Diagnosa ketuban pecah dini ditegakkan 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 warnanya, keluaran cairan tersebut his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir darah.

2. Infeksi

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

3. Pemeriksaan dengan speculum

Pemeriksaan dengan speculum akan tampak keluar cairan dari orifisium 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 forniks anterior.

4. Pemeriksaan dalam didapat cairan vagina dalam selaput ketuban sudah tidak ada lagi

Mengenai pemeriksaan dalam vagina perlu dipertimbangkan pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin karena akan meningkatnya risiko infeksi neonates (PNPK-KPD,2016)

5. Pemeriksaan penunjang

- 1) Pemeriksaan laboratorium

- a) Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). pH air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.

- b) Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

- 2). Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun, sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion (PNPK-KPD, 2016).

3). Tentukan ada tidaknya infeksi

Tanda-tanda infeksi diantaranya sebagai berikut:

- a). Suhu ibu lebih dari 38°C
- b). Air ketuban keruh dan berbau.
- c). Pemeriksaan ketuban dengan LEA (Leukosit Esterase) Leukosit darah 150.000/mm
- d) Janin yang mengalami takikardi mungkin mengalami distress intrauterine.

2.3.7 Prinsip Ketuban Pecah Dini

Prinsip ketuban pecah dini adalah sebagai berikut :

1. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan
2. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetrik berkaitan dengan penyakit kelahiran prematur dan terjadi yang karioamnionity sampai sepsis yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu.
3. Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intra uterine atau oleh kedua

faktor tersebut, berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina atau serviks.

2.3.8 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

Menurut (Ummah, 2019) Penanganan Ketuban Pecah Dini adalah sebagai berikut:

1. Pastikan diagnosis
2. Tentukan umur kehamilan
3. Evaluasi ada tidaknya infeksi maternal maupun infeksi janin.
4. Apakah dalam keadaan inpartu, terdapat adanya kegawatan janin riwayat keluarnya air ketuban berupa cairan jernih keluar dari vagina yang kadang-kadang disertai tanda-tanda lain dari persalinan.

Diagnosis Ketuban Pecah Dini premature dengan inspekulo dilihat adanya cairan ketuban dari kavum uteri. Pemeriksaan pH vagina perempuan hamil bila ada airan ketuban pHnya sekitar 7,1-7,3. Antiseptic yang alkalin akan menaikkan pH vagina.

5. Dengan pemeriksaan ultrasound adanya Ketuban Pecah Dini harus masuk Rumah Sakit untuk diperiksa lebih lanjut. Jika ada perawatan air ketuban berhenti keluar, pasien dapat pulang untuk rawat jalan. Bila terdapat persalinan dalam kala aktif, korioamnionitis, gawat janin, persalinan diterminasi.

Bila Ketuban Pecah Dini pada kehamilan premature, diperlukan penatalaksanaan yang komprehensif. Secara umum penatalaksanaan

pasien ketuban pecah dini yang tidak dalam persalinan serta tidak ada infeksi dan gawat janin, penatalaksanaannya bergantung pada usia kehamilan.

2.3.9 Penanganan Ketuban Pecah Dini

Menurut (Lindo & Wildan, 2023) penanganan KPD ada dua, yaitu perawatan aktif dan konservatif.

a. Perawatan konservatif

Jika umur kehamilan < 32 - 34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak lagi ke luar. Jika usia kehamilan 32 - 37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif beri dexametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin.

Jika usia kehamilan 32 - 37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterin). Pada usia kehamilan 32 - 37 minggu berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin, dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2hari, deksametason I.M. 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Perawatan aktif

Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 25 pg - 50 pg

intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri.

Menurut (Pecah et al., 2024) Penanganan aktif dilakukan untuk merangsang uterus berkontraksi dengan adekuat dan teratur agar mengurangi resiko persalinan berlangsung lama yang akan memberikan dampak pada kesejahteraan ibu dan janin.

2.3.10 Terminasi Kehamilan Dengan Drip Oxytocin

1. Tujuan induksi persalinan

Menurut (Lindo & Wildan, 2023) tujuan induksi adalah menyebabkan kelahiran bayi sehingga mengakhiri kehamilan. Keberhasilan induksi bergantung pada kontraksi adekuat yang efektif dalam menimbulkan dilatasi serviks yang progresif. Induksi dimaksudkan sebagai stimulasi kontraksi sebelum mulai terjadi persalinan spontan, dengan atau tanpa rupture membrane. Augmentasi merujuk pada stimulasi terhadap kontraksi spontan yang dianggap tidak adekuat karena kegagalan dilatasi serviks dan penurunan janin. Jika terjadi kegagalan his menyebabkan persalinan lambat dan lama serta menyebabkan terjadi gangguan metabolisme ke arah asidosis dan dehidrasi yang memerlukan penanganan sesuai dengan penyebabnya. Bila hanya kekuatan his yang lemah maka dapat dilakukan upaya induksi persalinan dengan metode infus oksitosin. Oksitosin dianggap

merangsang pengeluaran prostaglandin sehingga terjadi kontraksi otot rahim.

2. Risiko pemberian drip oxytocin

Menurut (Lindo & Wildan, 2023) tetania uteri yaitu his yang yang terlalu kuat dan sering, sehingga tidak terdapat kesempatan untuk relaksasi otot rahim, akibatnya yaitu, terjadinya partus presipitatus atau partus yang berlangsung dalam waktu 3 jam, yang mengakibatkan hal yang fatal seperti terjadinya persalinan tidak pada tempatnya, terjadi trauma pada janin, trauma jalan lahir ibu yang luas, dan dapat menyebabkan asfiksia.

Banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan induksi persalinan, baik faktor eksternal dari penyedia layanan kesehatan maupun faktor internal dari ibu hamil. Penelitian ini difokuskan pada faktor internal dengan tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan karakteristik ibu (umur, paritas, BMI) dengan keberhasilan induksi persalinan infus oksitosin. (Yanuarini et al., 2022)

Beberapa faktor resiko induksi persalinan yaitu :

a. Hiperstimulasi uterus

Menyebabkan kontraksi yang terlalu kuat atau terlalu sering, yang dapat menyebabkan stress pada janin.

b. Stress pada janin

Kontraksi yang terlalu kuat dan terlalu sering dapat menyebabkan stress pada janin ditandai dengan penurunan detak jantung janin.

c. Peningkatan risiko operasi caesar

Jika induksi gagal, maka akan dilakukan operasi Caesar.

d. Nyeri yang lebih hebat

Induksi persalinan mungkin lebih sakit dibandingkan dengan persalinan spontan.

e. Rupture uteri

Ibu yang mengalami operasi Caesar sebelumnya, risiko ruptur saat induksi persalinan akan meningkat.

f. Kematian janin

Kasus yang jarang terjadi, induksi persalinan dapat menyebabkan kematian janin.

2.3.11 KPD yang tidak dianjurkan untuk di induksi

1. Ketuban Pecah Dini pada usia Kehamilan <37 minggu

Induksi pada usia kehamilan dini meningkatkan risiko bayi lahir premature dan komplikasi terkait

2. Infeksi genital herpes aktif

Infeksi herpes genital dapat menular ke bayi pada proses persalinan, sehingga induksi yang dapat memperlama proses persalinan dapat meningkatkan risiko penularan pada bayi.

3. Riwayat operasi caesar dengan sayatan vertical

Meningkatkan resiko ruptur rahim saat persalinan, sehingga dapat membahayakan ibu dan janin.

4. Letak janin melintang

Dapat membahayakan ibu dan janin saat persalinan tidak normal.

5. Prolaps tali pusat

Meningkatkan resiko komplikasi pada janin

6. Plasenta previa

Plasenta previa dapat menyebabkan perdarahan yang berlebihan pada janin, sehingga induksi tidak disarankan.

2.3.12 Syarat Pemberian Drip Oxytocin

1. Tidak ada disproporsi kepala dan panggul (CPD), kepala janin harus sudah melewati panggul.
2. Kematangan serviks, leher rahim harus cukup matang untuk memungkinkan Induksi
3. Tidak ada kelainan letak janin, janin harus dalam posisi memungkinkan untuk persalinan normal.
4. Detak jantung janin dalam batas normal, yaitu antara 120-160x/menit dan tidak mengalami fetal distress.
5. Keadaan umum ibu baik, dan memungkinkan untuk dilakukan induksi persalinan.

2.4 Telaah Jurnal

2.4.1 Hubungan Antara Pola Seksualitas Gravida Dengan ketuban Pecah

Dini

Menurut penelitian yang dilakukan (Handayani et al., 2017) Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi terjadinya KPD diantaranya pola seksual yang tidak tepat yaitu frekuensi >3 kali seminggu, posisi yang salah dan penetrasi yang terlalu dalam, Ibu yang memiliki pola seksual tidak tepat berisiko mengalami KPD sebanyak 10 kali. Ibu hamil yang melakukan hubungan seksual saat trimester III dengan frekuensi berlebihan akan berisiko mengalami ketuban pecah dini karena sperma yang dihasilkan setiap berhubungan seksual mengandung prostaglandin sehingga akan terus merangsang kontraksi, ini dengan demikian semakin semakin sering berhubungan intim maka akan semakin besar kontraksi yang ditimbulkan sehingga berakibat pecahnya ketuban sebelum waktunya.

Menurut (Meihartati & Hairiyah, 2018) ibu hamil yang memasuki usia kehamilan trimester III tentunya perut semakin membesar yang akan mempengaruhi posisi kenyamanan untuk melakukan hubungan intim. Posisi yang baik dalam berhubungan pada saat kehamilan trimester III yaitu tidak menekan perut. Jika hubungan tidak tepat posisi akan menyebabkan ibu hamil merasa tidak nyaman dan tidak rileks terlebih melakukan gerakan dengan terlalu kencang yang menyebabkan ketuban pecah sebelum waktunya. Ketuban pecah dini bisa terjadi karena hubungan seksual yang tidak hati-hati seperti melakukan penetrasi penis terlalu dalam sehingga menekan perut ibu dan mengakibatkan ibu merasa sakit dengan frekuensi yang terlalu sering selama masa kehamilan dan

juga bisa terjadi bila dalam melakukan hubungan seksual tidak mengetahui kondisi kesehatan ibu dan janin yang sedang dikandung serta tidak mengetahui posisi yang benar saat melakukan hubungan seksual saat kehamilan.

2.4.2 Hubungan Riwayat KPD Sebelumnya Dengan Terjadinya Ketuban Pecah Dini

Menurut (Meiriza & Oviana, 2017) ibu yang memiliki riwayat KPD dan kembali mengalami KPD disebabkan mereka tidak berusaha belajar dari pengalaman sebelumnya untuk menghindari terjadinya KPD, seperti tidak sampai terlalu letih dalam bekerja, rajin berkonsultasi dengan petugas kesehatan, dan menjaga personal hygiene untuk menghindari terjadinya keputihan yang merupakan salah satu penyebab terjadinya KPD. Ibu yang memiliki riwayat KPD mengindikasikan bahwa telah terjadi kerusakan servik pada persalinan sebelumnya, sehingga kerusakan tersebut bertambah pada kehamilan berikutnya, terlebih karena ibu kurang bisa menjaga kesehatan dan personal hygiene.

Menurut (Idaman et al., 2020) riwayat KPD pada ibu bersalin yang pernah mengalami KPD sebelumnya cenderung akan mengalaminya kembali. Hal ini dikarenakan pada ibu dengan riwayat KPD akan mempengaruhi komposisi membran pada uterus sehingga menjadi rapuh yang mengakibatkan ketuban pecah dini, tetapi semua dengan riwayat KPD berkemungkinan akan mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan berikutnya.

2.4.3 Hubungan Pekerjaan Ibu Rumah Tangga Dengan Ketuban Pecah Dini

Ibu rumah tangga, menurut (Nikmathul Ali et al., 2021) 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.

2.5 Kewenangan Bidan

Kewenangan bidan dalam penanganan KPD sesuai dengan KEPMENKES NOMOR HK.0107/MENKES/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan di dalam bab IV mengenai daftar pokok bahasan, masalah dan keterampilan yaitu bidan mampu melakukan tatalaksana awal pada persalinan dengan penyulit obstetri Ketuban Pecah Dini.

2.6 Pendokumentasian

2.6.1 Pengertian Dokumentasi

Menurut (Hasan, 2022) dokumentasi mempunyai arti sebuah catatan otentik yang dapat dibuktikan. Dalam kebidanan, dokumentasi merupakan sebuah rangkaian kegiatan mencatat dan melaporkan asuhan kebidanan berdasarkan kenyataan yang disampaikan secara lengkap dan tepat. Dokumentasi tersebut suatu hal yang penting karena catatan asuhan yang telah diberikan kepada pasien dapat berfungsi sebagai panduan dalam menuntut

tanggung jawab maupun tanggung gugat ketika muncul permasalahan terkait dengan asuhan kebidanan yang telah diberikan.

Dokumentasi kebidanan juga digunakan sebagai informasi penting mengenai status kesehatan pasien. Oleh karena itu penting bagi bidan untuk mengetahui dan memahami tentang pendokumentasian asuhan kebidanan. Dengan wawasan dan pengetahuan tentang dokumentasi kebidanan, diharapkan bidan dapat melakukan pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan yang telah diberikan dengan jelas dan tepat.

2.6.2 Model pendokumentasian

Merupakan intisari dari proses penatalaksanaan kebidanan. Digunakan dalam dokumentasi pasien dalam rekam medis sebagai catatan kemajuan. Adapun penjelasan dari SOAP adalah sebagai berikut:

S: Subjektif, yaitu data yang didapatkan dari klien, keluarga dari hasil wawancara sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak bisa ditentukan oleh bidan, mencakup persepsi, perasaan, identitas klien tentang kasus kesehatannya, misalnya mengenai nyeri, perasaan lemah, ketakutan, kecemasan, frustrasi dan mual.

O: Objektif, yaitu data yang didapat melalui observasi dan diukur dapat diperoleh menggunakan panca indra (lihat, dengar, cium, dan

raba) selama pemeriksaan fisik. Misalnya frekuensi nadi, pernafasan, tekanan darah, oedema, berat badan, dan tingkat kesadaran.

A : Analisa, yaitu sebagai proses pengembalian keputusan dalam menentukan alternatif pemecahan masalah yang dituangkan kedalam rencana asuhan kebidanamn sebelum melakukan tindakan kebidanan.

P: Penatalaksanaan, yaitu sebuah proses penyelesaian masalah klinis membuat suatu keputusan dan memberi perawatan yang telah berakar pada tindak kebidanan.

2.7 SOP KASUS KPD RSUD Dr SLAMET GARUT

	KETUBAN PECAH DINI		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
PEMERINTAHAN KABUPATEN GARUT RSUD Dr Slamet Garut STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	KS.01.03/004/089/RSUD	01	1/3
	Tanggal Terbit	Ditetapkan oleh direktur RSUD Dr Slamet Garut  <u>dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp. OT, Spine</u> NIP. 196505171991031013	
	01 Januari 2023		

BATASAN	<p>Ketuban pecah dini adalah robeknya selaput korioamnion dalam kehamilan (sebelum onset persalinan berlangsung)</p> <p>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>
TUJUAN	<p>Sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien dengan ketuban pecah dini di ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD Dr Slamet Garut.</p>

	<p>SK Direktur RSUD Dr. Slamet Garut No..... Tentang kebijakan umum pelayanan RSUD Dr. Slamet</p>
PERSIAPAN ALAT	
PROSEDUR	<p>KRITERIA DIADNOSIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umur kehamilan > 20 minggu • Keluar cairan ketuban dari vagina • Pemeriksaan spekulum: terlihat cairan ke luar dari ostium uteri eksternum • Kertas nitrazin merah akan jadi biru • Mikroskopis: terlihat lanugo dan verniks kaseosa <p>DIAGNOSIS BANDING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fistula vesikovaginal dengan kehamilan

- Stres Inkontinensia

PEMERIKSAAN PENUNJANG

USG: menilai jumlah cairan ketuban, menentukan usia kehamilan, berat janin, letak janin, kesejahteraan janin dan letak plasenta

PENGELOLAAN

a. Konservatif

Pengelolaan konservatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun janin), pada umur kehamilan 28-34 minggu, dirawat selama 2 hari.

Selama perawatan dilakukan

1. Observasi kemungkinan adanya amnionitis/tanda-tanda infeksi

Ibu suhu $>38^{\circ}$ C takikardi ibu, leukositosis, tanda-tanda infeksi intra uterin, rasa nyeri pada rahim, sekret vagina purulent Janin takikardi janin

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)

Kriteria diagnosis amnionitis

1. Febris
2. Pengawasan tumbuhnya tanda persalinan.
3. Pemberian antibiotika po (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)

Kriteria diagnosis amnionitis

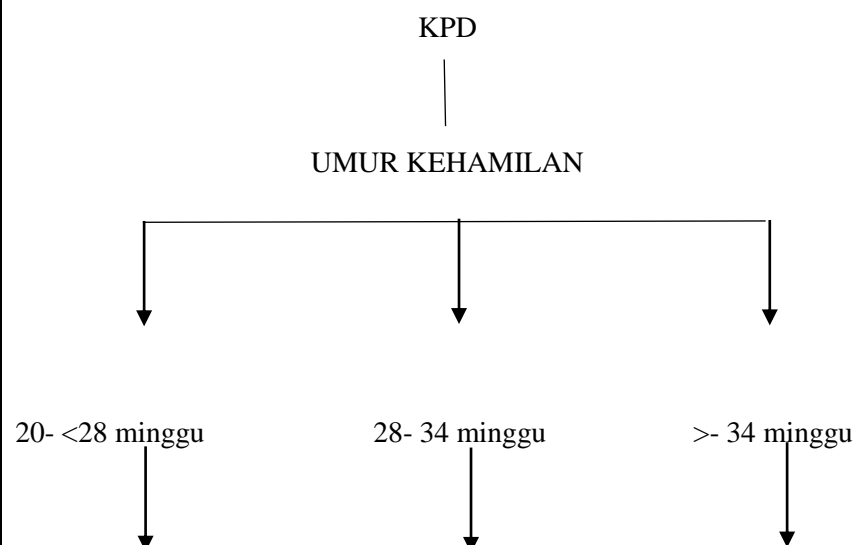
1. Febris
2. Lekositosis
3. Takikardi
4. Cairan ketuban mungkin berbau

Aktif

1. Pengelolaan aktif pada KPD dengan umur kehamilan 20-28 minggu dan 34 minggu (lihat bab terminas kehamilan)
2. Ada tanda-tanda infeksi
3. Timbulnya tanda-tanda persalinan
4. Gawat janin

PENYULIT

- Infeksi, sepsis
- Kematian janin karena infeksi atau prematuritas



BAB III
TINJAUAN KASUS

**3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Ny. Y Usia 35 Tahun G3P2A0 Gravida
39-40 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr Slamet Garut**

Tanggal pengkajian : 20 maret 2025

Waktu Pengkajian : 22.35 WIB

Pengkaji : Nurmitha Ariani

A. Data Subjektif

1. Identitas Pasien

Nama ibu/suami : Ny. Y / Tn. D

Umur : 35 tahun / 39 tahun

Suku : Sunda / Sunda

Agama : Islam / Islam

Pendidikan : SMP / SD

Alamat : Kp. Babakan / kp. Babakan

2. Keluhan utama : ibu mengatakan hamil 9 bulan mengeluh sudah keluar air air dari jalan lahir sejak tanggal 19 maret 2025 pukul 22.30 WIB (sudah 24 jam) gerakan janin masih aktif dirasakan.

3. Alasan datang : ibu datang ke puskesmas tanggal 20 maret 2025 pukul 16.00 WIB, ibu mengeluh keluar air air dari jalan lahir, tidak ada mules, dilakukan pemeriksaan pukul 16.00 WIB didapatkan hasil sudah ada pembukaan 2cm, ketuban (-) di Puskesmas pasien telah mendapatkan therapy antibiotic cefadroxil 500mg (secara oral), infus

R1 500ml (22.00 WIB) lalu dirujuk ke PONEK RSUD Dr Slamet atas indikasi KPD.

4. Riwayat menstruasi

Menarche : 13 tahun

Siklus : 28 hari

Banyak : 2-3x ganti pembalut

Lama : 6 hari

Keluhan : tidak ada

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 20 Juni 2024

TP : 27 Maret 2035

UK : 39-40 Minggu

Gerakan janin pertama kali : usia kehamilan 16 minggu

Gerakan janin sekarang : 10x (setiap 12 jam)

Tablet Fe : 90 tablet dikonsumsi 1x1

Obat Obatan lain : tidak ada

Riwayat ANC :dibidan, Posyandu, Puskemas,

belum pernah USG total periksa 9x

Imunisasi TT : TT1

Kekhawatiran kehamilan : tidak ada

6. Riwayat Kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Tahun	Usia kehamilan	BB lahir	Penolong	Tempat	Jenis kelamin	Komplikasi
2012	9 bulan	3500gr	Bidan	RS	Laki laki	Kpd
2017	9 bulan	3200gr	Bidan	PMB	Perempuan	Tidak da

7. Riwayat Kesehatan Ibu dan keluarga

Ibu, suami, dan keluarga tidak memiliki riwayat kembar, penyakit menular, penyakit menurun seperti jantung, malaria, HIV/AIDS, dan lain lain.

8. Riwayat kontrasepsi

Tahun	Jenis KB	Alasan berhenti
2012-2017	Suntik 3 bulan	Ingin berhenti kontrasepsi
2018-2022	Tidak berkb	Merencanakan kehamilan

9. Pola kebiasaan sehari hari

a. Nutrisi

Makan 2-3x/hari, jenisnya bervariasi, dalam sehari ibu makan nasi dan lauk pauknya seperti makan dengan daging ayam ada sayuranya, dan suka makan buah buahan, tidak ada pantangan dalam makanan. Minum 8 gelas/hari, kadang minum teh, terakhir makan 30 menit sebelum dibawa kerumah sakit.

Keluhan : tidak ada

b. Eliminasi

Bab 1-2x/hari, bak 5-6x hari, bab terakhir sebelum dibawa ke puskesmas, ibu terpasang kateter.

Keluhan : tidak ada keluhan

c. Istirahat

Ibu biasa tidur kurang lebih 6 jam, tidur siang 1 jam tidur terakhir 3-4 jam.

Keluhan : tidak ada

d. Aktifitas

Ibu biasa melakukan pekerjaan sehari hari yang ringan seperti menyapu, mengepel, mencuci, belanja ke pasar, mengantar anak kesekolah.

e. Personal hygiene

Ibu biasa mandi 2x/hari, keramas 2 hari sekali, ganti baju 2x sehari dan ganti celana dalam jika sudah merasa lembab.

10. Hubungan seksual

Ibu mengatakan terakhir berhubungan dengan suaminya 1 hari lalu, dan 3 jam setelahnya saat ibu tertidur keluar air air dari jalan lahir banyak tetapi tidak disertai mules. Ibu melakukan hubungan seksual 3 kali dalam seminggu.

11. Riwayat sosial

Ibu mengatakan ini pernikahan yang pertama, usia pada saat menikah 21 tahun dan suami pada usia 25 tahun. Keluarga senang dan mendukung atas kehamilan ini, pengambil keputusan suami dan keluarga.

12. Riwayat psikologi

Ibu merasa khawatir akan kondisi bayinya

B. Data Objektif

1). Keadaan Umum

a) Keadaan umum : Baik

Kesadaran : CM

b) Tanda-tanda vital

TD : 110/70mmHg R: 22x/menit

N : 88x/menit S :36,5 C

c) Antropometri

BB sebelum hamil : 63 kg

BB setelah hamil : 76 kg

Kenaikan BB : 13 kg

TB : 149cm

LILA : 25,5

IMT : 28,3 (Berat badan berlebih)

2). Pemeriksaan fisik

Kepala : tidak ada kelainan

Wajah : tidak ada oedema, tidak ada kelainan

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

Hidung : tidak ada secret

Mulut : bibir lembab, lidah bersih, tidak ada kelainan

Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid/limfe.

Payudara : simetris, puting susu menonjol, tidak ada massa,
kolostrum

sudah keluar

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, TFU 33 cm TBBJ :
3410gram

Leopold I : difundus teraba bulat, lunak,tidak melenting (bokong)

Leopold II : teraba bagian besar janin keras, datar memanjang di
sebelah kanan (punggung) dan bagian bagian kecil
disebelah kiri (ekstermitas)

Leopold III : bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting
(kepala) sudah masuk pap.

Leopold IV : divergen

Perlimaan : 4/5

His : tidak ada

Auskultasi : 150x/menit regular

Ekstermitas bawah : edema -/-,Varises -/-

Refleks patella : +/+

Genetalia :

PD :

V/v : t.a.k

Portio : tebal lunak

Pembukaan : 2cm

Ketuban : (-), berwarna jernih

Persentasi : kepala

Penurunan : Hodge I

3). Pemeriksaan Penunjang

HB : 12,4 g/dl

Protein urine : (-)

Glukosa urine : (-)

Hasil USG : dilakukan di PONEK dengan hasil ketuban negatif.

Tes lakmus : (+)

C. Analisa

G3P2A0 parturient 39-40 minggu kala I fase laten dengan KPD janin tunggal hidup intrauterine.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan kepada ibu, dan memberitahu ibu bahwa usia kehamilannya saat ini adalah 39-40 minggu dan ibu mengalami ketuban pecah dini

Evaluasi : ibu mengerti apa yang dijelaskan oleh bidan dan sudah memahaminya

2. Mengobservasi KU, TTV, His, DJJ.

Evaluasi : dilakukan, dengan hasil KU: baik, TTV dalam batas normal, his : tidak ada, DJJ : 150x/menit regular (terlampir dalam lembar observasi)

3. Berkolaborasi dengan Dr SpOg

Evaluasi : Advice Dr SpOg

Rencana CTG

Pemberian antibiotic eritromicyn 4x500mg

Rencana terminasi kehamilan

4. Memberitahu ibu bahwa harus dilakukan terminasi kehamilan

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia untuk dilakukan terminasi

5. Sesuai Advice Dr SpOg memberikan Drip Oxy 5IU dalam infus RL 500 ml dalam tetesan 22 tpm dan dievaluasi setiap 30 menit

Evaluasi : drip oxy terpasang pukul 23.00 WIB

6. Melakukan pengambilan sampel darah untuk dicek ulang

Evaluasi : telah dilakukan dan diantarkan keruang lab

7. Memberi support dan motivasi kepada ibu

Evaluasi : ibu merasa sedikit tenang dan tidak terlalu khawatir dengan kondisinya

8. Mengantarkan pasien ke Ruang Vk

Evaluasi : ibu diantarkan ke ruang vk pukul 23.30 WIB

3.2 CATATAN PERKEMBANGAN KALA I

Tanggal : 21 Maret 2025

Pukul 03.00 WIB

S : Ibu mengatakan sudah mulai merasakan mules dan mulesnya semakin sering

O : KU : Baik, kesadaran CM, TD :110/70mmhg, N:86x/menit, S:36,5C,

R:21x/menit , DJJ 149x/menit, his 3x10'35", tetesan infus : 22tpm

PD :

v/v: t.a.k

Portio : Tipis lunak

Ketuban : (-)

Persentasi : Kepala

Pembukaan : 4cm

Penurunan : Hodge II

A: G3P2A0 parturient 39-40 minggu kala 1 fase aktif dengan KPD janin tunggal hidup intrauterine.

P :

1. Memberitahu ibu bahwa pembukaan ibu sudah bertambah sudah mulai menipis serta mengajarkan ibu teknik relaksasi

Evaluasi : ibu mengerti apa yang disampaikan bidan,dan merasa senang karena pembukaannya semakin bertambah,ibu terlihat kesakitan merasakan mules yang semakin bertambah.

2. Melakukan observasi ibu dan bayi setiap 4 jam sekali (TD, suhu dan pemeriksaan dalam) dan setiap 30 menit sekali (DJJ, His, tetesan infus).

3. Memberitahu ibu untuk miring kiri

Evaluasi : ibu mengerti dan sudah melakukan apa yang diberitahukan oleh bidan,dan telah melakukan apa yang disarankan oleh bidan.

4. Memberikan nutrisi dan hidrasi kepada ibu

Evaluasi : ibu sudah diberikan makan dan hanya makan sedikit makanan ringan dan ibu sudah diberikan minum.

- Menjelaskan kepada ibu bahwa mules yang dia rasakan semakin sering itu bagus supaya mempercepat pembukaan.

Evaluasi : ibu mengerti apa yang dikatakan oleh bidan, dan mengerti bahwa keluhan yang ibu rasakan akan mempercepat pembukaan.

- Melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP

Evaluasi : dilakukan dan sudah tercatat

- Mengobservasi kemajuan persalinan

Evaluasi : hasil tertampir dalam lembar observasi

Tanggal : 21 Maret 2025

Pukul : 07.00 WIB

S : ibu mengatakan mulesnya semakin sering dan sudah keluar lendir darah

O : pemeriksaan Ku : baik, kesadaran : CM, TD : 120/70mmhg, N : 86x/menit,

S : 36,5 C, R : 21x/menit, DJJ 149x/menit, his 5x10'50", tetesan infus 22tpm

PD :

v/v : t.a.k

Portio : tipis lunak

Pembukaan : 8-9 cm

Ketuban : (-)

Persentasi : belakang kepala

Penurunan : hodge III+

A : G3P2A0 parturient 39-40 minggu kala 1 fase aktif KPD janin tunggal hidup intrauterin

P :

- Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa pembukaan ibu sudah lengkap.

Evaluasi : ibu merasa senang karena akan segera bertemu dengan bayinya

2. Mempersiapkan peralatan untuk menolong persalinan

Evaluasi : alat sudah disiapkan

3. Menjelaskan kepada ibu bahwa pembukaan sudah 8-9 cm dan mengingatkan ibu untuk jangan dulu mencedakan

Evaluasi : ibu mengerti dan senang bayinya akan segera lahir

4. Mengobservasi his,DJJ,dan tetesan infus drip oxy

Evaluasi : hasil terlampir pada lembar observasi

5. Mengobservasi kemajuan persalinan

Evaluasi : hasil terlampir dalam partograph

6. Menganjurkan ibu untuk miring kiri

Evaluasi : ibu mengerti dan sudah melakukan apa yang dianjurkan bidan

7. Memberikan nutrisi dan hidrasi kepada ibu

Evaluasi : ibu sudah diberikan makan dan hanya makan sedikit makanan ringan dan ibu sudah diberikan minum.

8. Mengajarkan ibu Teknik relaksasi

Evaluasi : ibu mengikuti anjuran bidan untuk tarik napas dalam bila ada his.

3.3 CATATAN PERKEMBANGAN KALA II

Tanggal Pengkajian : 21 Maret 2025

Pukul : 07.30 WIB

S : ibu merasa ingin BAB dan ada dorongan ingin mencedakan

O : KU : baik, DJJ 149x/menit, his 5x10'50"

PD :

v/v : t.a.k

Portio : tidak teraba

Ketuban : (-)

Persentasi : belakang kepala

Pembukaan : 10 cm

Penurunan : hodge III+

A : G3P2A0 parturient 39-40 minggu kala II dengan KPD janin tunggal hidup intrauterine

P :

1. Memberitahu hasil pemeriksaan

Evaluasi : ibu mengerti apa yang dikatakan bidan, dan senang karena sebentar lagi bayi yang ditunggu akan lahir.

2. Menyiapkan dan mendekatkan alat dan partus set

Evaluasi : alat sudah ada dan sudah siap

3. Memberi dukungan kepada ibu dan meyakinkan ibu bahwa ibu bisa bersalin dengan normal

Evaluasi : ibu semakin yakin dan semangat ingin segera menyambut kelahiran bayinya.

4. Pasien dipimpin mengedan jika ada his, jika tidak ada pasien diberikan nutrisi

Evaluasi : ibu mengerti tentang cara mengedan dan pasien sudah diberikan minum disela sela tidak ada his

5. Membantu pertolongan persalinan

Evaluasi : Bayi lahir spontan jam 08.03 wib jenis kelamin : perempuan langsung menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot aktif, apgar score 8-10.

6. Dilakukan pemotongan tali pusat dan bayi segera diserahkan keruang perinatologi

Evaluasi : Bayi dipindahkan keruang perinatologi

3.4 CATATAN PERKEMBANGAN KALA III

Tanggal Pengkajian : 21 Maret 2025

Pukul : 08.03 WIB

S : Ibu mengatakan lega karena bayinya sudah lahir dan masih merasa mules.

O : KU : Baik kesadaran : CM, TD 100/70 mmhg, N : 88x/menit , S : 36,7 C,

R : 22x/menit

Abdomen :

TFU : setinggi pusat , tidak teraba janin kedua

Kandung kemih : kosong

Kontraksi : (+)

Genetalia : terdapat tali pusat memanjang di vulva, pengeluaran darah 100 cc.

A : P3A0 kala III

P :

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan bahwa selanjutnya proses pengeluaran plasenta

Evaluasi : ibu mengerti apa yang disampaikan oleh bidan, ibu terlihat senang karena bayinya sudah lahir.

2. Melakukan pengecekan janin kedua

Evaluasi : tidak ada janin kedua

3. Memberitahu ibu akan dilakukan penyuntikan oxytocin 10IU/IM 1 menit setelah bayi lahir.

Evaluasi : telah dilakukan, dan oxytocin telah disuntikan 10IU secara IM dipaha kanan atas ibu pukul 08.04 WIB

4. Melakukan PTT

Evaluasi : plasenta lahir lengkap pukul 08.17 wib

5. Melakukan massase uterus 15 kali selama 15 detik

Evaluasi : kontraksi baik, pengeluaran darah 90cc

6. Melakukan pengecekan kelengkapan plasenta

Evaluasi : plasenta lahir lengkap

7. Melakukan pengecekan luka laserasi

Evaluasi : terdapat luka laserasi derajat II

3.5 CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV

Tanggal Pengkajian : 21 Maret 2025

Pukul : 08.18 WIB

S : Ibu mengatakan sedikit lemas tetapi merasa Bahagia.

O : KU : Baik, Kesadaran : CM, TD 100/70 mmHg, N : 90x/menit S : 36,6 C, R

21x/menit : TFU : 2 jari dibawah pusat, kontraksi : baik, perdarahan : 90cc
ada laserasi derajat II.

A : P3A0 Kala IV

P :

1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu akan dilakukan penjahitan luka
Evaluasi : ibu mengerti apa yang bidan sampaikan, dan sudah merasa senang dan lega dan senang karena ibu dan bayinya dalam keadaan sehat, serta ibu bersedia untuk dijahit lukanya
2. Dilakukan eskplorasi untuk memastikan tidak ada sisa plasenta.
Evaluasi : telah dilakukan oleh bidan dan dipastikan tidak ada sisa plasenta
3. Melakukan informed consent kepada pasien dan suami untuk pemasangan KB IUD post plasenta.
Evaluasi : ibu dan suami setuju untuk di lakukan pemasangan IUD
4. Dilakukan pemasangan IUD post plasenta.
Evaluasi : IUD terpasang
5. Informed concent untuk melakukan penjahitan luka perineum dengan derajat II.
Evaluasi : ibu setuju dan sudah dilakukan heckting dan diperineum ada luka jahitan
6. Membereskan dan membersihkan ibu dan tempat bersalin
Evaluasi : ibu sudah dalam keadaan bersih dan nyaman
7. Mengobservasi KU, TTV, TFU, kontraksi, perdarahan.
Evaluasi : telah dilakukan dengan hasil : Ku : baik,TTV : semua dalam batas normal, TFU : 2 jari dibawah pusat : kontraksi : baik, perdarahan : 90 cc

8. Mengajarkan ibu untuk massase rahimnya sendiri dan menilai kontraksi

Evaluasi : ibu mengerti dan bisa melakukannya

9. Pemenuhan dan nutrisi dan hidrasi ibu

Evaluasi : ibu sudah diberikan minum dan sudah mau makan

10. Lanjut observasi kala IV

Evaluasi : dilakukan dan dipantau dalam keadaan normal

11. Pendokumentasian

Evaluasi : dilakukan dalam bentuk SOAP.

CATATAN PERSALINAN

1 tanggal
 2 Nama Bidan
 3 Tempat Persalinan: Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakti
 Klinik Swasta Lainnya
 4 Alamat tempat persalinan
 5 Catatan: rujuk, kala I/II/III/IV
 6 Alasan merujuk
 7 Tempat rujukan
 8 Pendamping pada saat merujuk
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada
KALA I
 9 Partogram melewati garis waspada Ya Tidak
 10 Masalah lain, sebutkan
 11 Penatalaksanaan masalah tsb
 12 Hasilnya
KALA II
 13 Episiotomi:
 Ya, indikasi
 Tidak
 14 Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
 15 Gawat Janin:
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 Tidak
 16 Distosia bahu:
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 Tidak
 17 Masalah lain, sebutkan:
 18 Penatalaksanaan masalah tersebut:
 19 Hasilnya:
KALA III
 20 Lama kala III: 14 MENIT menit
 21 Pemberian Oksitosin 10 U m?
 Ya, waktu: menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan:
 22 Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 Ya, alasan:
 Tidak
 23 Penegangan tali pusat terkendali?
 Ya
 Tidak, alasan:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	08.20	100/70	88	16.5	2 Jan Lp	Keras	Kosong ±10cc
	08.55	120/70	86		2 Jan Lp	Keras	Kosong ±10cc
	08.50	110/80	80		2 Jan Lp	Keras	Kosong ±5cc
	09.05	110/70	88		2 Jan Lp	Keras	Kosong ±5cc
2	09.40	120/80	87	17.5	2 Jan Lp	Keras	Kosong ±4cc
	10.10	120/70	85		2 Jan Lp	Keras	Kosong ±5cc

Masalah kala IV:
 Penatalaksanaan masalah tersebut:
 Hasilnya:

24 Masa fundus uteri?
 Ya
 Tidak, alasan:
 25 Plasenta lahir lengkap (intact) Ya Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 26 Plasenta tidak lahir > 30 menit Ya Tidak
 Ya, tindakan:
 a.
 b.
 c.
 27 Laserasi: skala perineum
 Tidak
 28 Jika laserasi perineum, derajat 1/2 3/4
 Tindakan:
 Perjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan:
 29. Atoni uteri:
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
 30. Jumlah perdarahan: ±150 ml
 31. Masalah lain, sebutkan
 32. Penatalaksanaan masalah tersebut:
 33. Hasilnya:
BAYI BARU LAHIR:
 34. Berat badan: 3400 gram
 35. Panjang: 50 cm
 36. Jenis kelamin: L
 37. Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
 38. Bayi lahir:
 Normal, tindakan:
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan:
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
 Cacat bawaan, sebutkan:
 hipotermi, tindakan:
 a.
 b.
 c.
 39. Pemberian ASI
 Ya, waktu: jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan: Bayi dirawat di bang
 40. Masalah lain, sebutkan: perinatologi
 Hasilnya:

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan pengkajian dan asuhan pada klien Ny. “Y” dengan kasus Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr Slamet Garut pada tanggal 20 Maret 2025. Pembahasan ini berdasarkan kasus yang telah dilakukan oleh penulis. Untuk memudahkan pembahasan maka penulis akan membahas berdasarkan Langkah Langkah asuhan kebidanan yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

4.1 Data Subjektif

Hasil pengkajian yang diperoleh dari data subjektif ibu datang ke Puskesmas pada hari Kamis 20 Maret 2025 pukul 16.00 WIB, dan dilakukan anamnesa mengenai identitas dari riwayat ibu. Berdasarkan anamnesa yang didapatkan pada Ny Y umur 35 tahun G3P2A0 hamil 9 bulan, dengan HPHT 20 Juni 2024. Berdasarkan hari pertama haid terakhir, usia kehamilan Ny.Y yaitu memasuki 39-40 minggu dan termasuk kedalam kategori Aterm. Hal ini sesuai dengan teori (Prawihardjo, 2014) Bahwa usia kehamilan aterm yaitu dari usia kehamilan 37-40 minggu).

Berdasarkan hasil pengkajian, ibu mengeluh keluar cairan lumayan banyak dari jalan lahir sejak pukul 22.30 WIB tanggal 19 Maret 2025 dan ibu tidak mengalami mules sampai pukul 16.00 WIB. Tanggal 20 Maret 2025 Berdasarkan data subjektif tersebut itu merupakan tanda gejala terjadinya ketuban

pecah dini . Hal ini sesuai dengan teori (Maharrani & Nugrahini, 2020) bahwa KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan.

Berdasarkan anamnesis yang lain ibu mengatakan pukul 21.00 WIB tanggal 19 Maret 2025 melakukan hubungan suami istri. Hal tersebut dapat menjadi salah satu faktor resiko yang dapat menyebabkan ketuban pecah dini. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan (Handayani dan kawan kawan, 2017) bahwa faktor yang mempengaruhi terjadinya KPD diantaranya pola seksual yang tidak tepat yaitu frekuensi >3 kali seminggu, posisi yang salah dan frekuensi yang terlalu dalam.

Ibu mengatakan sebelumnya pada kehamilan pertama mengalami KPD, faktor tersebut juga dapat menjadi salah satu risiko terjadinya ketuban pecah dini. Hal ini sesuai dengan penelitian menurut (Idaman et al., 2020) yaitu pada ibu bersalin yang pernah mengalami KPD sebelumnya cenderung akan mengalaminya kembali.

Ibu mengatakan pekerjaan sehari harinya yaitu mengerjakan pekerjaan rumah tangga, hal tersebut juga bisa menjadi faktor penyebab terjadinya KPD. Hal ini sesuai dengan penelitian menurut (Nikmathul Ali et al., 2021) 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.

4.2 Data Objektif

Berdasarkan hasil pengkajian secara objektif yaitu melakukan pemeriksaan keadaan umum ibu dalam keadaan baik, keadaan composmentis, TTV dalam batas normal, pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan pada ibu, hal ini sesuai dengan teori bahwa data objektif dilakukan untuk mengetahui keadaan dari pasien yang dilakukan oleh tenaga Kesehatan dalam pemeriksaan atau observasi (Aisa S, 2018).

Pemeriksaan Leopold dan pemeriksaan dalam, TFU 33 cm, Leopold I teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong), Leopold II teraba jeras memanjang seperti papan disebelah kanan (punggung), dan teraba bagian kecil disebelah kiri (ekstremitas), Leopold III bagian bawah teraba bulat, keras, melenting (kepala) sudah masuk pintu atas panggul (PAP), Leopold IV Divergen, penurunan kepala 4/5, denyut jantung janin 140x/menit, his tidak ada. Dari data diatas Ny. Y memenuhi syarat untuk dilakukan terminasi kehamilan. Hal ini sesuai dengan teori (Yanuarini et al., 2022) yaitu syarat pemberian drip oxy yaitu apabila janin tidak gemeli, makrosomia, sungsang, DJJ dalam batas normal, tidak terjadi plasenta previa, pasien tidak CPD.

Pemeriksaan dalam terdapat v/v tidak ada kelainan, portio teraba, pembukaan 1-2 cm, ketuban (-), penurunan kepala Hodge I, berdasarkan pemeriksaan dalam dimana pembukaan masih 1-2 cm ibu dikatakan sebagai ketuban pecah dini. Hal ini sesuai dengan teori. Menurut (Maharrani & Nugrahini, 2020) ketuban pecah dini atau premature rupture of the membrane (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu apabila pembukaan

pada primi kurang dari 3 cm dan pada multi para kurang dari 5 cm. serta dilakukan juga pemeriksaan penunjang yaitu tes lakmus dan USG .Pada pemeriksaan lakmus didapatkan kertas merah berubah menjadi biru dan bersifat basa. Pada pemeriksaan USG didapatkan ketuban berkurang. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Lindo & Wildan, 2023) yaitu pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis ketuban pecah dini adalah dengan tes lakmus dan pemeriksaan USG.

4.3 Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif maka Analisa yang ditegaskan G3P2A0 Gravida 39-40 minggu kala 1 fase laten dengan KPD. Hal ini berdasarkan data dasar hasil pengkajian yang diperoleh dari data subjektif ibu datang ke Puskesmas pada hari kamis 20 maret 2025 pukul 16.00 WIB, setelah itu dilakukan anamnesa mengenai identitas dari riwayat ibu. Berdasarkan hasil anamnesa yang didapatkan pada Ny. Y umur 35 tahun G3P2A0 hamil 9 bulan, dengan HPHT 20-06-2024. Berdasarkan hasil pengkajian, ibu mengeluh keluar cairan lumayan banyak dari jalan lahir sejak pukul 22.30 WIB.

Data objektif menunjukkan hasil pemeriksaan terdapat v/v tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 1-2 cm, ketuban (-), penurunan kepala di hodge I. Berdasarkan pemeriksaan dalam dimana pembukaan masih 2 cm ibu dikategorikan sebagai ketuban pecah dini. Hal ini sesuai dengan teori Menurut (Maharrani & Nugrahini, 2020) ketuban pecah dini atau premature rupture of the membrane (PROM) adalah pecahnya ketuban

sebelum inpartu yaitu apabila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multi para kurang dari 5 cm.

Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang didapatkan kertas lakmus berwarna merah menjadi biru hal ini sesuai dengan teori (Hulian, 2016). Dan pada pasien dilakukan pemeriksaan USG dan didapatkan ketuban berkurang hal ini sesuai dengan penelitian (Lindo & Wildan, 2023) pada pemeriksaan Ultrasonografi (USG) dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.

4.4 Pendokumentasian

Setelah dilakukan pengkajian dari awal hingga akhir pada Ny Y penulis melakukan pendokumentasian sebagai pertanggung jawaban terhadap Tindakan yang telah dilakukan dalam pelayanan kebidanan. Dengan cara mengumpulkan data data yang didapat dari data primer yang dilakukan dengan wawancara dan observasi dan data sekunder yang dilakukan dengan melihat buku KIA dan teori teori lain yang menunjang kasus diatas, yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP. Hal ini sesuai dengan teori menurut Putu (2014) bahwa asuhan yang dilakukan harus dicatat dengan benar secara akurat dan lengkap, sebagai pertanggung jawaban terhadap tindakan yang telah dilakukan dalam pelayanan kebidanan yang telah diberikan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Penatalaksanaan

Berdasarkan analisa yang ditetapkan pada Ny Y G3P2A0 gravida 39-40 minggu kala 1 fase laten dengan KPD maka penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberitahu tentang hasil pemeriksaan ibu tentang pembukaan, mengajarkan ibu untuk mengatur nafas dengan baik dan benar, memberitahu keluarga pasien untuk memberikan ibu asupan nutrisi dan minum, dan menganjurkan mengatur posisi sesuai keinginan ibu dan melakukan observasi kemajuan persalinan.

Tindakan selanjutnya yaitu melakukan observasi kemajuan persalinan setelah dilakukan observasi kemajuan persalinan selama 6 jam didapatkan hasil tidak ada kemajuan persalinan. Tindakan selanjutnya adalah berkolaborasi dengan dokter, hal ini sesuai dengan SOP puskesmas bahwa pasien KPD >12 jam jika tidak ada kemajuan persalinan dilakukan rujukan. Adapun advice yang diberikan yaitu pemberian therapy antibiotik dan infus. Tindakan dimulai dengan pihak RS, adapun konfirmasi dari RS bahwa pasien bisa segera diantar ke RS untuk terminasi kehamilan. Tindakan yang diberikan yaitu terapi amoxicilin dan pasang infus hal ini sesuai dengan penelitian oleh kedokteran syiah kuala (2019). Dimana pada kasus hamil aterm bila ketuban sudah pecah melebihi 6-8 jam sebelum melakukan persalinan berikan terlebih dahulu antibiotic amoxicilin dan diberikan cairan infus. Maka penatalaksanaan yang dilakukan berkolaborasi dengan dokter.

Tindakan selanjutnya memberitahu ibu bahwa harus dilakukan rujukan untuk terminasi kehamilan, dan ibu serta keluarga menyetujui untuk dilakukan rujukan. Selanjutnya pihak puskesmas merujuk ibu ke RS pukul 22.00 WIB tanggal 20 maret 2025. Dan tiba di RS pukul 22.35 WIB.

Pukul 22.35 ibu dilakukan pemeriksaan lalu bidan jaga melakukan kolaborasi dengan Dr. Sp. OG dan advice dokter yaitu dilakukan terminasi kehamilan Menurut (Pecah et al., 2024) penanganan aktif dilakukan untuk merangsang uterus berkontraksi dengan adekuat dan teratur agar mengurangi resiko persalinan berlangsung lama yang akan memberikan dampak pada kesejahteraan ibu dan janin. dengan drip oksitocin 5IU dalam Rl 500ml dengan tetesan 22 tpm. Serta pemberian antibiotic eritromycin 4x500mg. pada pukul 23.30 ibu dipindahkan keruang bersalin dan dilakukan observasi kemajuan persalinan.

Berdasarkan hasil observasi kemajuan persalinan pada pukul 03.00 WIB pembukaan 4-5 cm his 3x10'35". Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberitahu ibu tentang kemajuan pembukaan, mengajarkan ibu Teknik relaksasi, memberitahu keluarga pasien untuk memberi nutrisi dan minum dan ibu dianjurkan miring kiri dan memposisikan ibu senyaman mungkin (Depkes RI, 2015)

Pada pukul 07.30 WIB pembukaan 10 cm, his 5x10'50", memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan ibu akan melakukan persalinan, ibu diposisikan senyaman mungkin, ibu memilih posisi litotomi. Ibu dipimpin mengedan dan dianjurkan untuk menarik nafas disela sela kontraksi. Untuk

mengurangi resiko robekan yang sangat besar dan tidak beraturan. Pada proses persalinan, penolong tidak memakai/menggunakan APD lengkap seperti kaca mata google, penolong hanya memakai Apd, memakai celemek, sepatu tertutup, masker, dan sarung tangan, maka dari itu persiapan penolong persalinan ini tidak sesuai APN (JNPK-KR)

Pada pukul 08.03 WIB bayi lahir spontan, langsung menangis, melakukan jepit jepit potong menggunakan klem arteri, tonus otot kuat, kulit kemerahan, bayi langsung dipindahkan keruang bayi. Melakukan pengecekan janin kedua, menyuntikan oxytocin 10IU dipaha kanan ibu secara IM, terdapat tanda tanda pelepasan plasenta, melakukan peregangan tali pusat terkendali kurang dari <15 menit plasenta lahir (Jeni, 2016).

Setelah plasenta lahir melakukan masase uterus 15 kali selama 15 detik. Tindakan selanjutnya adalah dilakukan eksplorasi untuk memastikan bahwa ada atau tidaknya selaput yang tersisa agar menghindari pendarahan. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Prawihardjo, 2014).

Bahwa bila terdapat kotiledon atau selaput yang tersisa dan Nampak perdarahan banyak baru dilakukan eksplorasi. Mengecek luka laserasi, terdapat laserasi derajat I dan dilakukan penjahitan. Membersihkan ibu dan tempat persalinan, mendekontaminasi alat, mengobservasi keadaan umum ibu, TTV, kontraksi uterus, perdarahan, dan pendokumentasian sesuaiteori (Sumarah, 2019).

5.2 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan persalinan pada Ny. Y umur 35 tahun G1P2A0 gravida 39-40 minggu inpartu kala I fase laten dengan ketuban pecah dini di RSUD dr. Slamet Garut, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Dari hasil pengkajian data subjektif pada Ny. Y didapatkan ibu mengeluh keluar air air banyak dari jalan lahir tetapi tidak disertai mules, ketuban berwarna jernih.
2. Dari hasil pengkajian data objektif pada Ny. Y diperoleh ketuban (-) berwarna jernih, pembukaan 2cm dan tek lakmus (+) seta hasil USG didapatkan hasil ketuban (-). dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik lapangan.
3. Berdasarkan pengkajian dari data subjektif dan objektif Analisa yang ditetapkan pada Ny. Y yaitu Ketuban Pecah Dini (KPD). Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik lapangan.
4. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. Y yaitu terminasi kehamilan dengan drip oxitocin dan eritromycin sesuai advice dokter Sp.OG, serta penanganan lainnya sesuai kebutuhan. Tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik lapangan.
5. Pendokumentasian asuhan pada Ny. Y dilakukan dengan metode SOAP

5.3 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 praktik maupun penyusunan LTA yang akan datang.

3. Bagi mahasiswa

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

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R. E., & Yahya, A. (2022). Pembangunan Desa Dan Tingkat Kemiskinan Kabupaten Di Indonesia. *Jurnal Litbang Sukowati : Media Penelitian Dan Pengembangan*, 6(1), 98–108.
<https://doi.org/10.32630/sukowati.v6i1.329>
- Handayani, L., Amelia, R., & Sumarni, E. (2017). Hubungan Pola Seksual Ibu Hamil dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KDP) di RSUD dr. h. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan*, 8(1), 33–44.
<https://ojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id/index.php/dksm/article/view/227>
- Hasan, H. (2022). Pengembangan Sistem Informasi Dokumentasi Terpusat Pada STMIK Tidore Mandiri. *Jurasik (Jurnal Sistem Informasi Dan Komputer)*, 2(1), 23–29. <http://ejournal.stmik-tm.ac.id/index.php/jurasik/article/view/32>
- Idaman, M., Yulia Darma, I., & Zaimy, S. (2020). Hubungan Faktor Risiko Dengan Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Kesehatan Medika Sainika*, 11(1), 111.
<https://doi.org/10.30633/jkms.v11i1.490>
- Lindo, M., & Wildan, D. R. (2023). Ketuban Pecah Dini dan Oligohidramnion pada Kehamilan Preterm. *JIKA (Jurnal Ilmu Kesehatan Abdurrab)*, 1(2), 81–87. <https://jurnal.univrab.ac.id/index.php/jika/article/view/3685/1532>
- Maharrani, T., & Nugrahini, E. Y. (2020). Hubungan Usia, Paritas Dengan Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Jagir Surabaya. *Volume VIII No.2*, 338(10), 663–670.
- Meihartati, T., & Hairiyah. (2018). Hubungan Antara Pola Seksualitas Gravida Dengan Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan*, 3(1), 76–83.
- Meiriza, W., & Oviana, A. (2017). Hubungan Paritas Dan Riwayat KPD Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Solok. *Jurnal Kesehatan Perintis*, 4(2), 113–118.
<https://jurnal.upertis.ac.id/index.php/JKP/article/view/364>
- Nikmathul Ali, R., Aprianti A Hiola, F., & Tomayahu, V. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Komplikasi Ketuban Pecah Dini (Kpd) Di Rsud Dr Mm Dunda Limboto. *Jurnal Health Sains*, 2(3), 381–393.
<https://doi.org/10.46799/jhs.v2i3.130>
- Paramitha Amelia, K. (2019). Asuhan kebidanan pada persalinan dan bayi baru lahir. *Konsep Dasar Persalinan*, 1–13.
- Pecah, K., Neonatorum, A., Fransiska, I. A., Khaerina, R., Kisid, K. M., Tinggi, S., & Kesehatan, I. (2024). *Ruang Bersalin RSUD Kota Mataram telah*. 10(1), 142–148.

- Puspitasari, I., Trisanti, I., & Safitri, A. (2023). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Ruang Ponek Rsu Kumala Siwi Kudus. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 14(1), 253–260. <https://doi.org/10.26751/jikk.v14i1.1684>
- Sale, H. O., Sutriyani, T., & Sari, D. K. (2020). *Hubungan Infeksi Keputihan Dan Kecemasan*. 37–44.
- Susilowati, E., Surani, E., Anggie Estina, R., & Studi Kebidanan Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kedokteran, P. (2021). Faktor Yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini Pada Persalinan. *Bidan Prada : Jurnal Publikasi Kebidanan STIKes YLPP Purwokerto*, 12(2), 123. <https://ojs.stikesylpp.ac.id/index.php/Prada/article/view/549>
- Ummah, M. S. (2019). No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Sustainability (Switzerland)*, 11(1), 1–14. http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsci.rbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI
- Uswatun, A. (2021). Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir Di RSUI PKU Muhammadiyah Delanggu. *INVOLUSI: Jurnal Ilmu Kebidanan*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.61902/involusi.v11i1.169>
- Wahyuni, I., Xanda, A. N., & Aditia, D. S. (2021). Asuhan Kebidanan Pada Ny. G Umur 20 Tahun G2P1A0 Usia Kehamilan 21 Minggu 3 Hari Dengan Preeklamsi Ringan. *Prosiding Kebidanan : Seminar Nasional “Bidan Tangguh Bidan Maju,”* 1(2), 654–659.
- Yanuarini, T. A., Kristianti, S., & Sari, E. L. A. (2022). Karakteristik Ibu Dalam Keberhasilan Induksi Persalinan Oksitosin Drip. *Jurnal Wiyata: Penelitian Sains Dan Kesehatan*, 9(1), 1. <https://doi.org/10.56710/wiyata.v9i1.470>

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



3.5.1 Identitas

Nama : Nurmitha Ariani
Tempat, tanggal lahir : Garut, 10 Januari 2004
Agama : Islam
Nama Ayah : Ajid
Nama Ibu : Herlina
No HP : 089516890607
Email : nurmithaariani889@gmail.com
Alamat : Kp. Cikuya RT 004/RW 007 Kec. Bungbulang Kab.
Garut. Provinsi Jawa Barat

3.5.2 Riwayat Pendidikan

- Tk Islam Cikuya lulus tahun 2011
- SDN Negeri Mekarjaya II lulus tahun 2016
- SMPN Negeri 1 BungBulang lulus tahun 2019
- SMA Negeri 7 Garut lulus tahun 2022
- Mahasiswa Stikes Karsa Husada Garut Prodi D3 kebidanan tahun 2022-
sekarang