

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. L USIA 22
TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 40-41 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

Disusun Oleh :

Dewi Dara Sartika

KHGB 22021



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

2025

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

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

Garut, Mei 2025

Yang Membuat Pernyataan

(Dewi Dara Sartika)

KHGB 22021

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY.L USIA 22
TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 40-41 MINGGU INPARTU
KALA 1 FASE LATEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI
(KPD) DI RSUDdr. SLAMET GARUT**

NAMA : DEWI DARA SARTIKA

NIM : KHGB 22021

LAPORAN TUGAS AKHIR

**Diajukan Untuk Menempuh Ujian pada Program Studi D-III Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, Mei 2025**

**Menyetujui
Pembimbing**

Eitri Hanriyani S.ST.,M.Pd

NIK.043298.1009.063

**Mengetahui
Ketua Program Studi DIII Kebidanan**

Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes

NIK. 0432981009064

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas segala limpahan rahmat, karunia serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. L USIA 22 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 40-41 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 DIII Kebidanan.

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

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Suryadi, SE., M.Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M. Kes selaku Ketua STIKesKarsa Husada Garut
4. Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut
5. Fitri Hariyani, S.ST.,M.Pd selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga laporan tugas ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
6. Seluruh dosen beserta staf Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa

Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.

7. Seluruh staf medis rumah sakit RSUD dr. Slamet Garut yang telah memberikan bimbingan selama mengikuti praktik klinik kebidanan di Rumah Sakit.
8. Ny. L beserta keluarga yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini, terimakasih atas keramahan, kebaikan serta kerjasamanya selama melakukan asuhan.
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 kerjasamanya selama melakukan asuhan.
11. Terkhususnya cinta pertama dan panutanku ayahanda Dede Sartono dan pintu surgaku ibunda Yani Andiyani 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 bungsunya ini.
12. Kepada kakak saya Yoga Purnama dan istrinya serta keponakan tercinta Dava Virendra Safwan terima kasih banyak atas dukungannya secara moril maupun materil, terimakasih juga atas segala motivasi dan dukungannya yang diberikan kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan studinya.

13. Sahabat penulis dibangku perkuliahan yang selalu kebersamai dalam 3 tahun ini yaitu Ai siti maryam dan Desi rahma purwanti yang banyak membantu penulis dalam mengerjakan laporan tugas akhir ini dan tak pernah henti saling menyemangati.

14. Dan terakhir untuk diri saya sendiri. Terima kasih Dewi Dara Sartika sudah menepikan ego dan memilih untuk kembali bangkit dan menyelesaikan semua ini. Terima kasih telah mengendalikan diri dari berbagai tekanan di luar keadaan dan tidak pernah mau memutuskan untuk menyerah.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyajikan laporan tugas akhir ini. Penulis sudah berupaya untuk menuliskan dengan baik, akan tetapi "tidak ada gading yang tidak retak", maka dengan kerendahan hati penulis sangat menerima kritik dan saran yang membangun untuk penyempurnaan penulisan dikemudian hari. Atas segala bantuan, bimbingan serta dukungan, penulis ucapkan terimakasih. Akhir kata, penulis berharap semoga laporan tugas akhir ini bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin Yarrabbal Aalamiin.

Garut Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

COVER	
LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penulisan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Metode Pengumpulan Data.....	6
1.5 Manfaat Penulisan.....	7
1.5.1 Bagi Penulis.....	7
1.5.2 Bagi Institusi Pendidikan	7
1.5.3 Bagi Pasien dan Keluarga.....	7
1.5.4 Bagi RSUD.....	7
1.6 Tempat dan Waktu	8
1.6.1 Tempat.....	8
1.6.2 Waktu	8
BAB II TINJAUAN TEORI.....	9

2.1. Ketuban Pecah Dini (KPD)	9
2.1.1. Definisi	9
2.1.2. Etiologi	9
2.1.3. Patofisiologi	15
2.1.4. Tanda dan Gejala.....	15
2.1.5. Diagnosa	16
2.1.6. Penatalaksanaan	17
2.1.7. SOP KPD di RSUD dr. Slamet Garut	19
2.1.8. Pemberian Antibiotik	24
2.1.9. Kajian Jurnal Terkait	25
2.2. Induksi Persalinan	27
2.2.1. Definisi	27
2.2.2. Indikasi Induksi Persalinan	28
2.2.3. Kontraindikasi Induksi Persalinan.....	28
2.2.4. Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Induksi	29
2.2.5. Komplikasi Induksi Persalinan	30
2.2.6. Metode Pada Induksi Persalinan.....	31
2.3. Episiotomi	39
2.3.1 Definisi	39
2.3.2 Indikasi Dilakukan Episiotomi	39
2.3.3 Jenis-jenis Episiotomi	40
2.3.4 Tujuan Episiotomi	41
2.4. Penjahitan Luka Episiotomi.....	41
2.4.1 Tujuan Penjahitan Episiotomi.....	41
2.4.2 Teknik Penjahitan	41
2.5. Metode Dokumentasi	43
BAB III TINJAUAN KASUS	45
3.1. Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin Ny. L usia 22 tahun G1P0A0 Gravida 40-41 Minggu Infartu Kala 1 Fase Laten	45
3.1.1 Data Subjektif	45
3.1.2 Data Objektif.....	49

3.1.3	Analisa.....	52
3.1.4	Penatalaksanaan.....	52
3.2.	Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin Ny. L usia 22 tahun G1P0A0 Gravida 40-41 Minggu Infartu Kala 1 Fase Aktif.....	53
3.2.1	Data Subjektif	53
3.2.2	Data Objektif	53
3.2.3	Analisa	54
3.2.4	Penatalaksanaan	54
3.3.	Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin Ny. L usia 22 tahun G1P0A0 Gravida 41-42 Minggu Infartu Kala II.....	55
3.3.1	Data Subjektif	55
3.3.2	Data Objektif.....	55
3.3.3	Analisa.....	56
3.3.4	Penatalaksanaan.....	56
3.4.	Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin Ny. L usia 22 tahun P1A0 Infartu Kala III.....	57
3.4.1	Data Subjektif	58
3.4.2	Data Objektif	58
3.4.3	Analisa.....	58
3.4.4	Penatalaksanaan.....	58
3.5.	Perkembangan Kala IV	59
3.5.1	Data Subjektif	59
3.5.2	Data Objektif.....	59
3.5.3	Analisa	60
3.5.4	Penatalaksanaa	60
	BAB IV PEMBAHASAN.....	62
4.1.	Data Subjektif	62
4.2.	Data Objektif	63
4.3.	Analisa	66
4.4.	Penatalaksanaan.....	67
4.5.	Pendokumentasian	68

4.6. Matriks	69
BAB V KESIMPULAN	71
5.1. Kesimpulan	71
5.2. Saran	72
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1 SOP RSUD dr SLAMET GARUT.....	21
Tabel 2 Matriks	71

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan dimulai. Selaput ketuban yang pecah sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut sebagai ketuban pecah dini preterm (Negara, 2021). Apabila pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm hal ini dapat terjadi saat akhir kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan (Legawati, 2018).

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2020 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia masih tinggi dengan jumlah 287.000 jiwa (WHO, 2024). AKI yang telah dipublikasikan untuk kawasan *Association of South east Asian Nations* (ASEAN) diantaranya Myanmar mencapai 178 per 100.000 kelahiran Hidup, Indonesia 126 per 100.000 kelahiran hidup, Malaysia 6 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 20 per 100.000 kelahiran hidup, dan Singapura 10 per 100.000 kelahiran hidup *United Nations Children's Fund* (UNICEF) (Rahmadani, 2020).

Berdasarkan data dari Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tahun 2020 tercatat sebanyak 4.627 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut meningkat 10,25% dibandingkan dengan tahun sebelumnya hanya sebesar 4.221 kasus kematian. Faktor yang dapat menyebabkan kematian ibu ini diantaranya

adalah pendarahan 60-70%, pre-eklamsia dan eklamsia 10-20%, dan infeksi 10-20%. Infeksi pada kehamilan 23% dapat disebabkan oleh kejadian ketuban pecah dini (Ayu et al., 2019)

Dalam proses persalinan terdapat komplikasi yang mengakibatkan kematian ibu yaitu perdarahan 60%, Infeksi 25%, Gestosis 10%, penyebab lain 5%. Infeksi yang banyak dialami oleh ibu sebagian besar merupakan akibat dari adanya komplikasi/penyakit kehamilan, seperti koriamnionitis, infeksi saluran kemih, dan sebanyak 65% adalah karena ketuban pecah dini (KPD) yang banyak menimbulkan infeksi pada ibu dan bayi (Ayu, Febrianti, & Octaviani, 2019).

Menurut World Health Organization (WHO) angka kejadian KPD di dunia pada tahun 2017 sebanyak 50-60% (Wulandari et al., 2019). Tahun 2020 prevalensi KPD di dunia mencapai 2-10% dan KPD mempengaruhi sekitar 5-15% dari kehamilan dengan insidensi tertinggi berada di Afrika (Byonanuwe, 2020).

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 4.834 (4,75%) kebanyakan kasus kematian ibu disebabkan pada saat persalinan juga masa nifas (Wulandari dkk., 2019).

Menurut Salman dalam Suryani 2021, Insiden ketuban pecah dini pada kehamilan aterm kemungkinan terjadinya KPD bervariasi antara 6-19%. Sedangkan pada kehamilan preterm kemungkinan insiden adalah 2% dari semua kehamilan. Hampir semua KPD pada kehamilan preterm akan lahir

sebelum aterm atau persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah. Sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematuritas. KPD berhubungan dengan penyebab kejadian prematuritas dengan insiden 30-40% (Tahir, 2021).

Menurut Marmi dalam Liberty 2021, Komplikasi akibat KPD adalah infeksi dalam persalinan dan nifas, partus lama, meningkatnya tindakan operatif obstetric atau secsio sesarea (SC). Hasil SDKI tahun 2017 menunjukkan bahwa KPD lebih dari 6 jam sebelum persalinan meningkatkan angka persalinan melalui proses bedah caesar sebanyak 19%. KPD juga memberi risiko pada janin yaitu kejadian prematuritas, sindrom distress pernafasan, hipotermia, adanya masalah pemberian makan pada neonatal), oligohidroamnion, morbiditas dan mortalitas perinatal (Barokah, 2022).

Insiden KPD di Indonesia berkisar 4,5%-6% dari seluruh kehamilan, sedangkan di luar negeri insiden KPD antara 6%-12%. Kebanyakan studi di India mendokumentasikan insiden 7-12% untuk PROM yang 60-70% terjadi pada jangka waktu lama. Data di Jawa barat penyebab kematian ibu yaitu karena perdarahan sebanyak 248 orang (31%), hipertensi dalam kehamilan 229 orang (29,3%), partus lama 5 orang (0,64%), abortus 1 orang (0,12%) dan penyebab lain – lain sebanyak 254 orang (32,5%) termasuk penyebabnya adalah infeksi akibat ketuban pecah dini.

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

dan didapatkan pada tahun 2022 dari bulan Januari-Juli ada 10 kasus KPD, 5 kasus Perdarahan, Emboli Ketuban 1 kasus dan Sepsis 2 kasus (Nurfauziah, 2023).

Menurut penelitian Indrawati & Suhartini (2023) menunjukkan hasil faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini yaitu melakukan hubungan seksual saat hamil dengan frekuensi > 3x seminggu, posisi coitus yaitu suami diatas dan penetrasi penis yang sangat dalam. Sebaiknya terakhir melakukan hubungan seksual pada ibu hamil trimester III > 6 jam sebelum proses persalinan karena untuk menghindari pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya akibat penetrasi penis yang sangat dalam.

Dalam penelitian Metty (2021) memaparkan bahwa kelelahan yang dilihat dari jumlah jam selama berdiri, intensitas tuntutan fisik dan mental dan stressor lingkungan, berkaitan dengan peningkatan risiko ketuban pecah dini, dimana ketika lelah akan meningkatkan produksi hormon oksitosin oleh hipofise posterior yang merupakan pemicu terjadinya kontraksi dini. Kontraksi yang semakin lama semakin sering akan menyebabkan selaput ketuban tidak lagi mampu menahan kehamilannya.

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang berperan sangat penting dalam pelayanan kebidanan di tengah masyarakat. Dalam rangka membantu menurunkan AKI dan AKB, maka bidan diuntut untuk dapat melakukan pengawasan pada seorang wanita hamil secara menyeluruh dan bermutu sehingga komplikasi dapat ditemukan sedini mungkin. Untuk itu bidan dalam menjalankan fungsinya diuntut untuk mampu mendeteksi dini

tanda gejala komplikasi pada kehamilan, dan memberikan pertolongan persalinan yang bersih dan aman, memberikan pertolongan kegawatdaruratan dalam kebidanan salah satunya penanganan pada ibu dengan kasus Ketuban Pecah Dini (KPD) sesuai dengan kewenangannya.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk membuat laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny.L Usia 22 Tahun G1P0A0 Gravidita 40-41 minggu infartu kala 1 fase laten Dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana penatalaksanaan Asuhan Kebidanan yang dilakukan pada ibu bersalin Ny.L usia 22 tahun G1P0A0 gravida 40-41 minggu dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut”.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan persalinan pada Ny.L usia 22 tahun G1P0A0 gravida 40-41 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini di ruang VK RSUD dr. Slamet Garut

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian data subjektif pada ibu bersalin Ny.L Usia 22 Tahun G1P0A0 Gravidita 40-41 minggu Dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut.

- 2) Melakukan pengkajian data objektif pada ibu bersalin Ny.L Usia 22 Tahun G1P0A0 Gravida 40-41 minggu Dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut.
- 3) Menegakkan Analisa pada ibu bersalin Ny.L Usia 22 Tahun G1P0A0 Gravida 40-41 minggu Dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melakukan Penatalaksanaan pada ibu bersalin Ny.L Usia 22 Tahun G1P0A0 Gravida 40-41 minggu Dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut.
- 5) Melaksanakan Pendokumentasian hasil pengkajian pada ibu bersalin Ny.L Usia 22 Tahun G1P0A0 Gravida 40-41 minggu Dengan KPD di Ruang Bersalin (VK) RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Metode Pengumpulan Data

Asuhan kebidanan ini disusun dalam bentuk studi kasus yang di dapat berdasarkan keadaan dan situasi yang nyata dan bertuju pada pemecahan masalah 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.

1.5 Manfaat Penulisan

1.5.1 Bagi Penulis

Sebagai sarana laporan tugas akhir bagi penulis untuk mengaplikasikan teori yang diperoleh selama perkuliahan dalam rangka menambah wawasan khususnya asuhan kebidanan, mempelajari kesenjangan yang terjadi dilapangan terutama dalam penanganan ketuban pecah dini.

1.5.2 Bagi Insitusi Pendidikan

Hasil asuhan kebidanan ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa dalam melaksanakan asuhan kebidanan.

1.5.3 Bagi Pasien Dan Keluarga

Meningkatkan pengetahuan tentang ketuban pecah dini sehingga dapat menerapkan dan melakukan pencegahan pada kehamilan selanjutnya.

1.5.4 Bagi RSUD

Meningkatkan kualitas dalam melakukan asuhan kebidanan sesuai dengan standar kebidanan, sehingga pelayanan kebidanan menjadi berkualitas, terutama dalam hal pelayanan Ibu dersalin dengan ketuban pecah dini.

1.6 Tempat Dan Waktu

1.6.1 Tempat

Tempat dilakukannya asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny.L Usia 22 Tahun G1P0A0 Gravida 40-41 minggu dengan KPD di ruang bersalin (VK) RSUD dr. Slamet Garut.

1.6.2 Waktu

Waktu Pelaksanaan penelitian dilakukan pada bulan Februari 2025

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Ketuban Pecah Dini

2.1.1 Definisi

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan setelah satu jam ditunggu belum ada tanda-tanda persalinan. (Kennedy et al., 2019).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan setelah menunggu selama satu jam belum muncul tanda-tanda persalinan aktif. KPD dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm. KPD merupakan salah satu keadaan kegawatdaruratan dalam bidang obstetri karena kondisi ini menimbulkan risiko untuk ibu dan anak (Mardiyanti dan Hardiati 2023).

Ketuban pecah dini juga dikenal sebagai premature rupture of membranes (PROM), adalah kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum adanya tanda persalinan. Jika PROM terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu, kondisi ini disebut sebagai preterm premature rupture of membranes (PPROM) (Indrasuari, Pariartha, dan Wijaya 2023).

2.1.2 Etiologi

Etiologi dan Penyebab dari Ketuban Pecah Dini (KPD) saat ini belum diketahui dan belum dapat ditentukan secara pasti, tetapi banyak

sumber yang menyebutkan beberapa faktor- faktor yang berhubungan erat dengan penyebab terjadinya ialah infeksi. Infeksi yang menyerang langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi yang terjadi pada cairan ketuban, dapat menyebabkan KPD. Ketuban pecah dini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, pada umumnya KPD dapat terjadi karena lemahnya membrane secara fisiologis karena adanya kontraksi uterus. Riwayat KPD akan menjadi faktor risiko utama terjadinya KPD atau persalinan premature pada kehamilan berikutnya. Faktor lain yang berhubungan dengan KPD adalah Serviks yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh kelainan pada serviks uteri akibat persalinan, curetase. Tekanan intra uterin yang tinggi atau meningkat secara berlebihan (over distensi uterus) contohnya taruma, hidramnion, gemeli, trauma hubungan seksual, trauma pemeriksaan dalam, amnosintesis, dapat menyebabkan KPD karena biasanya disertai dengan infeksi, kemudian kelainan letak janin misalnya sungsang sehingga tidak terdapat bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul yang menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah. Faktor lain yang dapat menyebabkan ketuban pecah dini berkaitan dengan riwayat kelahiran prematur, merokok, pendarahan selama kehamilan, riwayat KPD sebelumnya, polihidramnion, kerusakan selaput ketuban kehamilan kembar, stres vetal, serviks yang pendek, stres maternal, distensi uteri, serta infeksi pada kehamilan seperti bakteri vaginosis. Ada beberapa faktor risiko terjadinya KPD berdasarkan faktor predisposisi adalah dilatasi serviks, overdistensi uterus, infeksi

koriodesidual, perdarahan dalam kehamilan, amniosinteis, persalinan preterm. Beberapa faktor yang menjadi kemungkinan dari faktor predisposisi tersebut adalah serviks inkompetensia, merokok, infeksi, faktor multiparitas, usia wanita kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun, keadaan sosial ekonomi, riwayat KPD sebelumnya trauma, kelelahan ibu saat bekerja (Yusri et al., 2020). Dan beberapa faktor penyerta yang dapat menyebabkan KPD adalah :

1) Pekerjaan

Kejadian ketuban pecah sebelum waktunya dapat disebabkan oleh kelelahan akibat aktivitas kerja yang berat. Oleh karena itu, ibu hamil disarankan untuk menghindari melakukan pekerjaan yang berat. Pola pekerjaan ibu hamil berpengaruh terhadap kebutuhan energi mereka. Aktivitas fisik yang berlebihan saat hamil dapat menyebabkan kelelahan yang berpotensi melemahkan korion amnion sehingga mengakibatkan KPD (Saifuddin dalam Fahimah 2020)

2) Paritas

Kehamilan pada paritas kedua dan ketiga dianggap lebih aman dalam masa reproduktif, karena dinding rahim belum mengalami banyak perubahan, dan serviks belum sering mengalami pembukaan sehingga mampu menopang selaput ketuban dengan baik. Sebaliknya, ibu dengan riwayat paritas tinggi lebih berisiko mengalami KPD. Hal ini disebabkan oleh vaskularisasi pada rahim mengalami gangguan yang menyebabkan

jaringan ikat selaput ketuban menjadi lebih rapuh sehingga mudah mengalami pecah secara spontan (Saifuddin dalam Fahimah 2020).

3) Umur Ibu

Umur dibagi menjadi 3 kategori, yaitu 35 tahun. Usia reproduksi yang dianggap aman untuk kehamilan dan persalinan adalah usia 20-35 tahun. Pada usia ini, organ reproduksi sudah matang dan siap untuk proses kehamilan. Kehamilan yang terjadi pada usia 35 tahun juga memiliki risiko kesehatan yang lebih tinggi baik bagi ibu maupun bayinya (Sarwono dalam Fahimah 2020).

4) Riwayat KPD Sebelumnya

Wanita yang memiliki riwayat KPD sebelumnya memiliki risiko 2-4 kali lebih tinggi mengalami KPD kembali. Patogenesis KPD secara singkat melibatkan penurunan kandungan kolagen dalam membran ketuban, yang memicu terjadinya KPD dan juga ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya atau menjelang persalinan memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami KPD pada kehamilan berikutnya dibanding dengan wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh komposisi membran ketuban yang menjadi rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya (Sarwono dalam Fahimah 2020).

5) Anemia

Anemia selama kehamilan dapat membuat ibu hamil kurang mampu menghadapi kehilangan darah dan membuatnya rentan terhadap infeksi. Selain itu, anemia juga dapat menyebabkan hipoksia pada janin dan meningkatkan risiko persalinan prematur. Meskipun tampaknya janin dapat menyerap berbagai nutrisi dari ibunya, anemia dapat mengurangi kemampuan metabolisme tubuh, sehingga pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim terganggu. Salah satu dampak anemia pada kehamilan meningkatnya risiko KPD (Sarwono dalam Fahimah 2020).

Menurut WHO dalam penelitian Rahmawati dan Ratulohain (2022) anemia berdasarkan hasil pemeriksaan dapat digolongkan menjadi :

- (1) HB > 11 gr/dL, tidak anemia
- (2) HB 10,0-10,9 gr/dL anemia ringan
- (3) HB 7,0-9,9 gr/dL anemia sedang
- (4) HB <7 gr/dL anemia Berat

6) Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda adalah kondisi di mana terdapat dua janin atau lebih. Kehamilan kembar memberikan risiko lebih tinggi baik bagi janin maupun ibu. Salah satu risikonya adalah KPD, pada kembar dua 50% dan kembar tiga meningkat hingga 90% (Prawirohardjo dalam Fahimah 2020).

Hamil ganda dapat meningkatkan ketegangan rahim yang dapat menyebabkan selaput ketuban pecah sebelum waktunya. Kehamilan ganda menyebabkan distensi uterus yang berlebihan, yang dapat meningkatkan ketegangan rahim secara signifikan. Hal ini disebabkan oleh volume yang lebih besar dari isi rahim dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil, tanpa pertahanan di bagian bawah rahim. Akibatnya, selaput ketuban menjadi tipis dan mudah pecah. Penyebabnya meliputi peningkatan massa plasenta dan produksi hormon yang dapat membuat ketegangan rahim meningkat, sehingga selaput ketuban dapat pecah sewaktu-waktu (Fahimah 2020).

7) Persentasi Janin

Pada tahap kehamilan akhir, janin tumbuh dengan cepat sehingga jumlah air ketuban relatif berkurang. Posisi bokong dengan kedua tungkai yang terlipat cenderung lebih besar dari pada kepala, menyebabkan bokong dipaksa menempati ruangan yang lebih luas di fundus uterus, sementara kepala berada di ruang yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Posisi sungsang ini dapat menyebabkan ketegangan rahim meningkat, yang dapat menyebabkan selaput ketuban pecah sebelum waktunya (Fahimah, 2020).

Malpresentasi janin dapat meningkatkan risiko terjadinya KPD. Malpresentasi janin atau kelainan letak janin dapat membuat ketuban bagian yang terendah langsung menerima tekanan intra uteri yang

dominan yaitu letak sungsang. Letak janin dalam rahim dipengaruhi oleh adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus yang tersedia.

8) Makrosomia

Kehamilan dengan makrosomia, di mana berat badan neonatus >4000 gram. Ini dapat menimbulkan distensi uterus yang berlebihan dan meningkatkan tekanan intra uterin yang dapat menekan selaput ketuban. Akibatnya, Selaput ketuban menjadi teregang, tipis, dan kekuatan membrannya menurun, sehingga meningkatkan risiko terjadinya KPD (Prawirohardjo dalam Fahimah 2020).

2.1.3 Patofisiologi

Proses terjadinya KPD dimulai dengan terjadi pembukaan serviks secara prematur, yang kemudian diikuti devaskularisasi kulit ketuban. Devaskularisasi ini menyebabkan nekrosis, sehingga jaringan ikat yang menopang ketuban makin berkurang. Selain itu, melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik dan kolagenase. Akibatnya, ketuban pecah secara spontan (Putri Alfionita dan Lestari 2022).

2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda-tanda KPD meliputi keluarnya cairan ketuban yang merembes melalui vagina, dengan aroma yang berbeda seperti berbau amis dan tidak seperti bau amoniak. Cairan ini dapat berwarna pucat, putih keruh, jernih, kuning, hijau atau kecoklatan. Produksi cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi hingga kelahiran. Saat ibu hamil duduk atau

berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah bisa menutup atau menyumbat kebocoran untuk sementara waktu. Gejala lain yang dapat terjadi termasuk demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, dan peningkatan denyut jantung janin (Sefin 2022).

2.1.5 Diagnosa

Untuk menegakan diagnosa pada pasien KPD harus secara tepat karena diagnosa merupakan salah satu tindakan awal sebelum melakukan intervensi oleh karena itu diperlukan diagnosa yang cepat, benar, dan tepat. Diagnosis pasien dengan ketuban pecah dini (KPD) ditegakkan berdasarkan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetri, dan pemeriksaan penunjang. Riwayat kesehatan menunjukkan adanya kebocoran air ketuban dari jalan lahir (-). Tidak ada riwayat pendarahan, dan pasien mengeluhkan keputihan yang gatal namun tidak berbau. Diagnosa KPD harus ditegakkan dengan cara :

- 1) Anamnesa
- 2) Inspeksi
- 3) Pemeriksaan dengan spekulum
- 4) Pemeriksan dalam dan
- 5) Pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan ultrasonografi (USG). Pemeriksaan spekulum dilakukan untuk memeriksa pengeluaran cairan ketuban dari vagina. Bila diperiksa dengan speculum, ketuban pecah dini akan ditemukannya kebocoran atau pengeluaran cairan dari Orifisium Uteri Eksternum

(OUE) rahim, jika cairan belum tampak keluar maka, fundus rahim akan ditekan dan pasien diminta untuk batuk, atau mengejan, maka akan tampak cairan yang keluar dari ostium uteri dan akan berkumpul di fornix anterior. Pada pemeriksaan dalam jika didapatkan adanya cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi maka pemeriksaan Vaginal Toucher (VT) perlu dipertimbangkan, terutama pada kehamilan yang belum cukup bulan dalam melakukan persalinan pemeriksaan dalam sangat dibatasi untuk dilakukan, karena pada saat melakukan pemeriksaan dalam akan masuk ke dalam segmen bawah rahim dan di sana terdapat flora vagina yang normal dan bisa secara cepat flora vagina tersebut terinfeksi mikroorganisme sehingga menjadi patogen. Sehingga pemeriksaan dalam pada kasus ketuban pecah dini dilakukan pada saat sudah dalam persalinan atau pada saat sudah dilakukannya induksi persalinan. Berdasarkan pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan ultrasonografi. Pada pemeriksaan Ultrasonografi (USG) dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri (Yusri et al., 2020)

Pemeriksaan lain untuk mendukung penegakan diagnosa ketuban pecah dini dengan menggunakan tes lakmus (nitrazin test).(Aristina & Diana, 2023).

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Putri Alfionita dan Lestari (2022) penanganan dari KPD bisa dilakukan dengan 2 cara yaitu:

1) Konservatif

- a) Rawat di rumah sakit.
- b) Berikan Antibiotika (Ampisilin 4 x 500 mg atau Eritromisin bila tak tahan Ampisilin) dan Metrodinazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
- c) Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai tidak keluar lagi.
- d) Pada usia kehamilan 32-34 minggu dapat diberikan Steroid (Deksametason IM 5 mg setiap 6 jam, 4 kali sehari) untuk memacu kematangan paru janin. Jika memungkinkan, periksa kadar lesitin dan sphingomyelin tiap minggu.
- e) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, dan tes busa negatif, pemberian deksametason disarankan, sambil memantau tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Dapat dilakukan terminasi pada usia kehamilan 37 minggu.
- f) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason dan induksi sesudah 24 jam.
- g) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi.
- h) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin)

2) Aktif

- a) Kehamilan >37 minggu, dapat diinduksi dengan oksitosin. Bila gagal lakukan seksio sesarea. Dapat pula diberikan Misoprostol 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- b) Jika terdapat tanda-tanda infeksi, pemberian antibiotik dosis tinggi dianjurkan dan persalinan harus segera diakhiri. Jika pembukaan serviks mencapai 3 cm, induksi persalinan dapat dilakukan dengan tujuan melahirkan secara pervaginam.



2.1.7 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

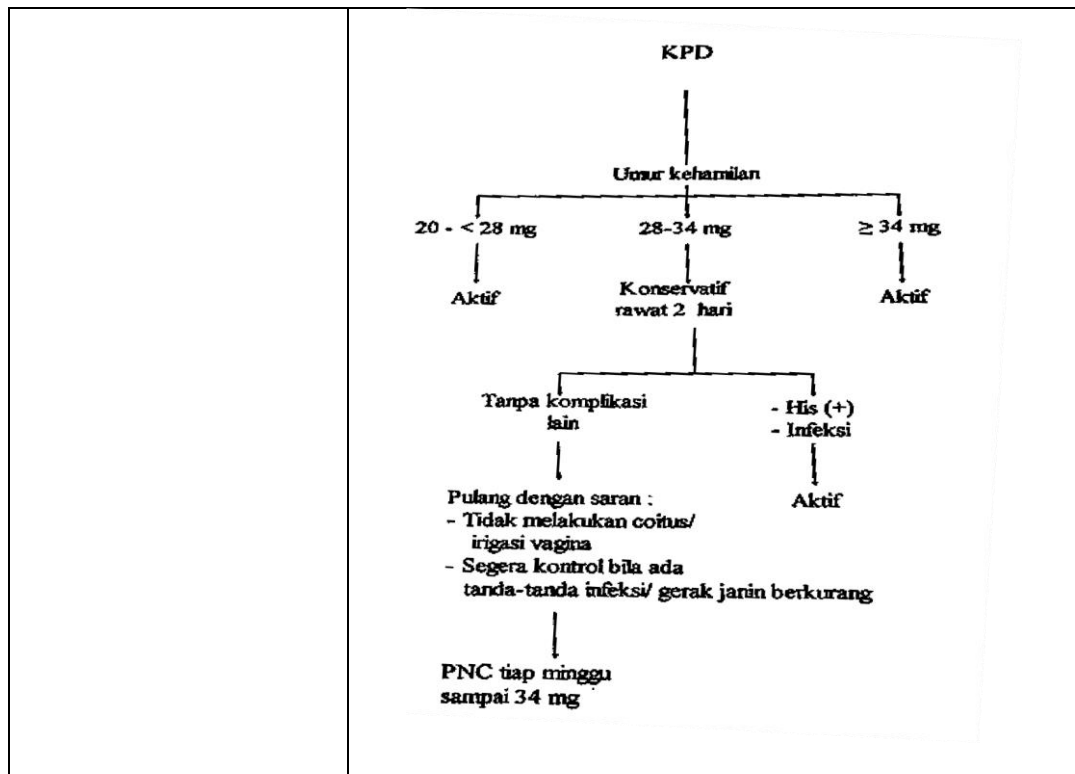
- (2) bila ps <5 : lakukan pematangan serviks
- 2) Ketuban pecah dini pada kehamilan preterm
 - a) Berikan Antibiotik
 - b) Untuk kehamilan <34 minggu di berikan dexamethasone 1x6 mg/im
 - 3) Berikan tokolitik, nipedipine 1 (2x30 mg secara oral), II (3x20 mg secara oral) selama 2 hari
 - 4) Observasi 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

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: 50%; text-align: center;">No.Revisi: 01</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Halaman 1/3</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">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: 01	Halaman 1/3
No.Revisi: 01	Halaman 1/3		
<p>TUJUAN</p>	<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>		

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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi kemungkinan adanya amnionitis/tanda-tanda infeksi <p>Ibu suhu 38° C takikardi ibu, leukositosis, tanda-tanda infeksi intra 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.

	<p>3. Pemberian antibiotika p.o (Sefadroksil 2x500 mg. Eritromisin 4x500 mg) selama 3-5 hari atau antibiotika spektrum luas lain yang sensitif.</p> <p>4. Ultrasonografi untuk menilai kesejahteraan janin</p> <p>5. Bila ada indikasi untuk melahirkan janin, dilakukan pematangan paru, dan proteksi otak janin (Lihat Bab Persalinan Kurang bulan)</p> <p><i>Kriteria diagnosis amnionitis</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Febris2. Lekositosis3. Takikardi4. 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 infeksi3. Timbulnya tanda-tanda persalinan4. Gawat janin <p>PENYULIT</p> <p>Infeksi, sepsis</p> <p>Kematian janin karena infeksi atau prematuritas</p>
--	--



Sumber: RSUD dr. Slamet Garut

2.1.8 Pemberian Antibiotik

- 1) Premature Rupture of Membranes (PROM) pada kehamilan aterm (≥ 37 minggu)

Tidak direkomendasikan penggunaan antibiotik rutin jika tidak ada infeksi, karena tidak terbukti mengurangi risiko maternal atau neonatal, namun antibiotik profilaksis GBS (Group B Streptococcus) digunakan intrapartum berdasarkan status GBS. Beberapa pedoman, seperti NICE dan Safer Care Victoria, merekomendasikan pemberian antibiotik jika terjadi PROM yang berlangsung lebih dari 18–24 jam:

- a) Pedoman Safer Care Victoria (2018) : mulai antibiotik oral sejak 18 jam pasca-ROM, dan antibiotik intrapartum jika persalinan belum terjadi.

b) Pedomean National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2021): Induksi dilakukan tepat dilakukan sekitar 24 jam setelah PROM.

2) Preterm Premature Rupture of Membranes (PROM) (20–34 minggu):

- a) Mulai segera (setelah diagnosis), tidak menunggu 18-24 jam
- b) Ampisilin 2 g IV q 6 jam + eritromisin 250 mg IV q 6 jam × 48 jam
- c) Lanjut amoksisilin 250 mg PO q 8 jam + eritromisin 333 mg PO q 8 jam × 5 hari (total 7 hari).

Regimen ini terbukti memperpanjang laten persalinan & menurunkan sepsis neonatal, chorioamnionitis, dan NIV. ACOG Practice Bulletin (2020) dan SMFM (2023) merekomendasikan antibiotik latensi untuk semua PPROM \geq 24 minggu, dan dapat dipertimbangkan mulai 20 minggu.

2.1.9 Kajian Jurnal Yang Berkaitan Dengan KPD

1) Hubungan faktor aktivitas fisik dengan terjadinya ketuban pecah dini (KPD)

Hasil penelitian di UPT Puskesmas Ciomas yang menyatakan bahwa aktivitas berat (43,75%) merupakan faktor risiko terjadinya KPD. Sehingga peneliti menarik kesimpulan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara aktivitas fisik tinggi dengan terjadinya ketuban pecah dini di UPT Puskesmas Ciomas. Semakin banyaknya aktivitas fisik yang dilakukan oleh ibu hamil semakin banyak pula kalori yang dikeluarkan, sehingga kelelahan pada ibu hamil tidak dapat dihindari. Kelelahan

dalam bekerja tersebut dapat menyebabkan kontraksi dini dan lemahnya korion amnion sehingga timbul ketuban pecah dini. Oleh karena itu, jika sudah memasuki usia kehamilan di Trimester III dan mulai sering merasa cepat lelah, ibu hamil sebaiknya meminta bantuan pasangan atau orang terdekat untuk membantu melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat, agar komplikasi yang ditimbulkan dari dampak aktivitas fisik tinggi ini dapat dihindari. (Mutia, 2023)

2) Hubungan Pola Seksual Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD)

Menurut penelitian Juwita (2017) menunjukkan hasil bahwa 177 Jurnal Keperawatan Muhammadiyah 2023 faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini yaitu melakukan hubungan seksual saat hamil dengan frekuensi $> 3x$ seminggu, posisi coitus yaitu suami diatas dan penetrasi penis yang sangat dalam.

Sebaiknya terakhir melakukan hubungan seksual pada ibu hamil trimester III > 6 jam sebelum proses persalinan karena untuk menghindari pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya akibat penetrasi penis yang sangat dalam.

3) Hubungan Faktor kelainan Letak Janin Dengan KPD

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin dengan kelainan letak janin. Hasil uji statistic chi-square di peroleh nilai p value $0,04 > 0,05$ yang artinya ada hubungan kelainan letak dengan kejadian ketuban pecah dini dengan hasil OR 0,19 artinya persalinan letak normal lebih tidak beresiko

mengalami kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin dibandingkan dengan persalinan sungsang pada ibu bersalin. Penelitian ini sejalan dengan penelitian jurnal penelitian Darul Azhar 2017 yang di lakukan dengan total sampling 210 , p value 0,03 menunjukkan bahwa adanya hubungan kelainan letak dengan kejadian ketuban pecah dini. (Sakriawati & Rahmawati, 2020).

4) Hubungan Faktor Stress Psikososial Dengan KPD

Peneliti berasumsi bahwa beban pekerjaan rumah tangga yang serba dilakukan sendiri baik oleh ibu pekerja ataupun ibu IRT menjadi faktor pemicu terjadinya stres psikososial sehingga akan merangsang sekresi prostaglandin yang menyebabkan kontraksi uterus, lalu bisa berdampak pada pecahnya ketuban secara dini. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tania (2020), dimana dari hasil uji analisa multivariat dapat disimpulkan bahwa stresor beban pekerjaan merupakan faktor risiko yang paling berpengaruh terhadap terjadinya kejadian ketuban pecah dini pada klien di rumah sakit muhammadiyah Palembang dengan nilai (p value sebesar 0,002).(Mutia, 2023) .

2.2. Induksi

2.2.1. Definisi

Induksi persalinan adalah suatu upaya agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang timbulnya his. Dalam ilmu kebidanan, ada kalanya suatu kehamilan terpaksa diakhiri karena adanya suatu indikasi. Indikasi dapat

datang dari sudut kepentingan hidup ibu dan atau janin. Hasil induksi persalinan bergantung pula pada keadaan serviks. Sebaiknya induksi persalinan dilakukan pada serviks yang sudah atau mulai matang (ripe atau favourable), yaitu kondisi serviks sudah lembek, dengan pendataran sekurang-kurangnya 50% dan pembukaan serviks satu jari (Nanny, 2018).

2.2.2. Indikasi Induksi Persalinan

Penyakit hipertensi dalam kehamilan termasuk preeklamsi dan eklamsi

- 1) Postmaturitas
- 2) Ketuban pecah dini
- 3) Kematian janin dalam kandungan
- 4) Diabetes militus pada kehamilan 37 minggu
- 5) Penyakit ginjal berat
- 6) Hidramnion yang besar (berat)
- 7) Cacat bawaan seperti anensefalus
- 8) Keadaan gawat janin atau gangguan pertumbuhan janin
- 9) Primigravida tua
- 10) Perdarahan antepartum
- 11) Indikasi non media, sosial dan ekonomi (Panay, 2019).

2.2.3. Kontraindikasi Induksi Persalinan

- 1) Malposisi dan malpresentasi janin
- 2) Insufisiensi plasenta
- 3) Disporposi sefalopelvik

- 4) Cacat rahim, misalnya pernah mengalami seksio sesarea, enukleasi rahim
- 5) Grande multipara
- 6) Gemelli
- 7) Distensi rahim yang berlebihan misalnya pada hidramnion
- 8) Plasenta previa (Panay, 2019)

2.2.4. Faktor yang mempengaruhi keberhasilan Induksi

Keberhasilan induksi persalinan pervaginam ditentukan oleh beberapa faktor berikut yaitu:

- 1) Kedudukan bagian terendah

Semakin rendah kedudukan bagian terendah janin, kemungkinan keberhasilan induksi akan semakin besar, oleh karena dapat menekan pleksus franken-houser.

- 2) Penempatan (presentasi)

Pada letak kepala, lebih berhasil dibandingkan dengan kedudukan bokong. Kepala lebih membantu pembukaan dibandingkan dengan bokong.

- 3) Kondisi serviks

Serviks yang kaku, menjurus kebelakang sulit berhasil dengan induksi persalinan. Serviks lunak, lurus atau ke depan lebih berhasil dalam induksi. Penilaian serviks menggunakan Bishop Score. Nilai Bishop Score < 5 keberhasilan induksi lebih rendah

Keberhasilan induksi persalinan :

- a) Skor bishop 0-4 = angka keberhasilan induksi persalinan 50-60%
- b) Skor bishop 5-9 = angka keberhasilan induksi persalinan 80-90%
- c) Skor bishop >9 = angka keberhasilan induksi persalinan mendekati 100 %

4) Paritas

Di bandingkan dengan primigravida, induksi pada multipara akan lebih berhasil karena sudah terdapat pendataran serviks

5) Umur penderita dan umur anak terkecil

Ibu dengan umur yang relatif tua (35 tahun) dan umur anak terakhir yang lebih dari lima tahun kurang berhasil. Kekakuan serviks menghalangi pembukaan, sehingga lebih banyak dikerjakan tindakan operasi.

6) Umur kehamilan

Pada kehamilan yang semakin mendekati aterm, induksi persalinan per vaginam akan semakin berhasil (Panay N, 2019)

2.2.5. Komplikasi Induksi Persalinan

1) Terhadap ibu

- a) Kegagalan induksi
- b) Kelelahan ibu dan krisis emosional
- c) Inersia uteri dan persalinan lama
- d) Tetani uteri (tamultous labor) yang dapat menyebabkan solusio plasenta, ruptus uteri dan laserasi jalan lahir lainnya.

- 2) Terhadap janin
 - a) Trauma pada janin oleh tindakan
 - b) Prolaps tali pusat
 - c) Infeksi intrapartum pada janin (Rosdianah, 2019)

2.2.6. Metode Pada Induksi Persalinan

Induksi persalinan adalah suatu usaha mempercepat persalinan dengan tindakan rangsangan kontraksi uterus. Induksi persalinan dapat bersifat mekanis, atau secara kimiawi (medikamentosa).

- 1) Secara Medis
 - a) Infus Oksitosin

Oksitosin adalah suatu hormone yang diproduksi di hipotalamus dan diangkut lewat aliran aksoplasmik ke hipofisis posterior yang jika mendapatkan stimulasi yang tepat hormon ini akan dilepas ke dalam darah. Impuls neural yang terbentuk dari perangsangan papilla mammae merupakan stimulus primer bagi pelepasan oksitosin sedangkan distensi vagina dan uterus merupakan stimulus sekunder. Estrogen akan merangsang produksi oksitosin sedangkan progesterone sebaliknya akan menghambat produksi oksitosin. Selain di hipotalamus, oksitosin juga disintesis di kelenjar gonad, plasenta dan uterus mulai sejak kehamilan 32 minggu dan seterusnya. Konsentrasi oksitosin dan juga aktivitas uterus akan meningkat pada malam hari (Rosdianah, 2019). Syarat-syarat pemberian infuse oksitosin:

Agar infus oksitosin berhasil dalam menginduksi persalinan dan tidak memberikan penyulit baik pada ibu maupun janin, maka diperlukan syarat-syarat sebagai berikut :

- (1) Kehamilan aterm
- (2) Ukuran panggul normal
- (3) Tak ada CPD
- (4) Janin dalam presentasi belakang kepala
- (5) Serviks telah matang (portio lunak, mulai mendatar dan sudah mulai membuka)

Teknik infus oksitosin berencana

- (1) Semalam sebelum drip oksitosin, hendaknya penderita sudah tidur pulas
- (2) Pagi harinya penderita diberi pencahar
- (3) Infus oksitosin hendaknya dilakukan pagi hari dengan observasi yang haik
- (4) Disiapkan cairan RL.500 cc yang diisi dengan sintosinon 5 IU
- (5) Cairan yang sudah mengandung 5 IU sintosinon dialirkan secara intravena melalui aliran infus dengan jarum abocath no 18G
- (6) Jarum abocath dipasang pada vena di bagian volar bawah
- (7) Tetesan dimulai dengan 6 IU (1 mU = 2 tetes) permenit dinaikkan 4 mU setiap 30 menit. Tetesan maksimal diperbolehkan sampai kadar oksitosis 30-40 mU. Bila sudah

mencapai kadar ini kontraksi rahim tidak muncul juga, maka berapapun kadar oksitosin yang diberikan tidak akan menimbulkan kekuatan kontraksi. Sebaiknya infus oksitosin dihentikan

- (8) Penderita dengan infus oksitosin harus diamati secara cermat untuk kemungkinan timbulnya tetania uteri, tanda-tanda rupture uteri membatat, maupun tanda-tanda gawat janin
- (9) Bila kontraksi rahim timbul secara teratur dan adekuat maka kadar tetesan oksitosin dipertahankan. Sebaiknya bila terjadi kontraksi rahim yang sangat kuat, jumlah tetesan dapat dikurangi atau semata dihentikan.
- (10) Infus oksitosin ini hendaknya tetap dipertahankan sampai persalinan selesai yaitu sampai 1 jam sesudah lahirnya plasenta (Panay, 2019)

b) Prostaglandin

Pemberian prostaglandin dapat merangsang otot-otot polos termasuk juga otot-otot rahim. Prostaglandin yang spesifik untuk merangsang otot rahim ialah PGE₂ dan PGP₂ alpha. Pemakaian prostaglandin sebagai induksi persalinan dapat dalam bentuk infus intravena (Nalador) dan pervaginam (prostaglandin vagina suppositoria).

Pada kehamilan aterm, induksi persalinan dengan prostaglandin cukup efektif untuk memperpendek proses

persalinan, menurunkan angka seksio sesaria dan menurunkan angka apgar skor yang kurang dari 4. Selain melunakkan serviks, prostaglandin juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan curah jantung 30%. Juga merelaksasi otot polos gastrointestinal dan bronchial

c) Cairan hipertonik intra uteri

Pemberian cairan hipertonik intramniotik dipakai untuk merangsang kontraksi rahim pada kehamilan dengan janin mati. Cairan hipertonik yang dipakai dapat berupa cairan garam hipertonik 20, urea dan lain-lain. Kadang-kadang pemakaian urea dicampur dengan prostaglandin untuk memperkuat rangsangan pada otot-otot rahim. Cara ini dapat menimbulkan penyakit yang cukup berbahaya, misalnya hipernatremia, infeksi dan gangguan pembekuan darah

d) Misoprostol

Misoprostol adalah analog prostaglandin E₁ sintetik yang tidak mahal yang dijual dengan tujuan untuk mencegah terjadinya tukak lambung atau duodenum akibat pemakaian. Banyak penelitian mendukung pemakaian misoprostol per vaginam cukup efektif sebagai obat untuk pematangan serviks dan induksi persalinan.

Misoprostol dapat diberikan secara oral, vaginal, atau sublingual. Misoprostol dapat diberikan secara oral, vaginal, atau sublingual

Pemberian pervaginal dengan menempatkan tablet pada fornix posterior vagina. Misoprostol vaginal dengan dosis lebih dari 25 ug setiap 4 jam lebih efektif, tetapi lebih sering menyebabkan hiperstimulasi uterus. Oleh karena itu lebih dianjurkan pemberian dengan dosis 25 mg dengan interval pemberian 4-6 jam (Rosdianah, 2019).

e) Antagonis reseptor progesteron

Antagonis reseptor progesterone antara lain RU (Mifepristone) dan ZK (Onapristone) terlihat merangsang pematangan serviks dan menurunkan kebutuhan oksitosin saat persalinan (Nanny, 2018).

2) Secara manipulatif

a) Amniotomi

Amniotomi cara artifisial dilakukan dengan memecahkan ketuban baik di bagian bawah depan (fore water) maupun bagian belakang (hindwater) dengan suatu alat khusus (Drew-smith catheter) atau dengan omnihook yang sering dikombinasikan dengan pemberian oksitosin. Sampai sekarang belum diketahui dengan pasti bagaimana pengaruh amniotomi dalam merangsang timbulnya kontraksi rahim. Beberapa teori mengemukakan bahwa:

- (1) Amniotomi dapat mengurangi beban rahim sebesar 40% sehingga tenaga kontraksi rahim dapat lebih kuat untuk membuka serviks.
- (2) Amniotomi menyebabkan berkurangnya aliran darah di dalam rahim kira-kira 40 menit setelah amniotomi dikerjakan, sehingga berkurangnya oksigenasi otot-otot rahim dan keadaan ini meningkatkan kepekaan otot rahim.
- (3) Amniotomi menyebabkan kepala dapat langsung menekan dinding serviks dimana di dalamnya terdapat banyak saraf-saraf yang merangsang kontraksi rahim.

Bila setelah amniotomi dikerjakan 6 jam kemudian, belum ada tanda-tanda permulaan persalinan, maka harus diikuti dengan cara-cara lain untuk merangsang persalinan, misalnya dengan infus oksitosin. Pada amniotomi perlu diingat akan terjadinya penyulit- penyulit sebagai berikut:

- (1) Infeksi intrauteri
- (2) Prolapsus funikuli
- (3) Gawat janin
- (4) Tanda-tanda solusio plasenta (bila ketuban sangat banyak dan dikeluarkan secara tepat)

Teknik amniotomi:

Jari telunjuk dan jari tengah kanan dimasukkan ke dalam jalan lahir sampai sedalam kanalis servikalis. Setelah

kedua jari berada dalam kanalis servikalis, maka posisi jari diubah sedemikian rupa, sehingga telapak tangan menghadap ke arah atas. Tangan kiri kemudian memasukkan pengait khusus ke dalam jalan lahir dengan tuntunan kedua jari yang telah ada di dalam. Ujung pengait diletakkan di antara jari telunjuk dan jari tengah tangan yang di dalam (Panay, 2019).

- b) Melepas selaput ketuban dari bagian bawah rahim (stripping of the membrane)

Yang dimaksud dengan stripping of the membrane ialah melepaskan ketuban dari dinding segmen bawah rahim secara menyeluruh setinggi mungkin dengan jari tangan. Cara ini dianggap cukup efektif dalam merangsang timbulnya his. Beberapa hambatan yang dihadapi dalam melakukan tindakan ini ialah serviks yang belum dapat dilalui oleh jari, bila didapatkan persangkaan plasenta letak rendah, tidak boleh dilakukan. Bila kepala, belum cukup turun dalam rongga panggul (Nanny, 2018).

- c) Pemakaian rangsangan listrik

Dengan dua electrode, yang satu diletakkan dalam serviks, sedangkan yang lain ditempelkan pada dinding perut, kemudian dialirkan listrik yang akan member rangsangan pada serviks untuk menimbulkan kontraksi rahim. Bentuk alat ini bermacam-macam, bahkan ada yang ukurannya cukup kecil sehingga dapat

dibawa-bawa dan ibu tidak perlu tinggal di rumah sakit. Pemakaian alat ini perlu dijelaskan dan disetujui oleh pasien.

d) Rangsangan pada putting susu (breast stimulation)

Sebagaimana diketahui rangsangan putting susu dapat mempengaruhi hipofisis posterior untuk mengeluarkan oksitosin sehingga terjadi kontraksi rahim. Dengan pengertian ini maka telah dicoba dilakukan induksi persalinan dengan merangsang putting susu. Pada salah satu putting susu, atau daerah areola mammae dilakukan masase ringan dengan jari si ibu. Untuk menghindari lecet pada daerah tersebut, maka sebaiknya pada daerah putting dan areola mammae di beri minyak pelican. Lamanya tiap kali melakukan masase ini dapa 30 menit sampai 1 jam, kemudian istirahat beberapa jam dan kemudian dilakukan lagi, sehingga dalam 1 hari maksimal dilakukan 3 jam. Tidak dianjurkan untuk melakukan tindakan ini pada kedua payudara bersamaan, karena ditakutkan terjadi perangsangan berlebihan. Menurut penelitian di luar negeri, cara induksi ini memberi hasil yang baik. Cara-cara ini baik sekali untuk melakukan pematangan serviks pada kasus-kasus kehamilan lewat waktu (Winkjosastro, 2017).

e) Dilator higroskopik

Dilator higroskopik bergantung pada penyerapan air untuk menyebabkan serviks membengkak dan membesar secara paksa.

Ada beberapa jenis dilator higroskopik seperti laminaria (rumput laut kering), dilapan (poliakrilonitril), dan lamisel (magnesium sulfat dalam alcohol) (Rosdianah, 2019).

f) Balon kateter Foley

Dengan balon kateter Foley yang dipasang di dalam segmen bawah uterus melalui kanalis servikalis, diisi cairan (dapat sampai 100 cc pada Foley no.24), diharapkan akan mendorong selaput ketuban di daerah segmen bawah uterus sampai terlepas (bukan untuk dilatasi serviks). (Panay, 2019)

2.3. Episiotomi

2.3.1 Definisi

Episiotomi merupakan suatu tindakan insisi pada perineum untuk melebarkan jalan lahir, proses insisi dilakukan pada saat puncak kontraksi untuk mengurangi nyeri pada saat insisi dilakukan (Atin Rosiani, 2018).

2.3.2 Indikasi dilakukan Episiotomi

Episiotomi dikerjakan atas indikasi:

- 1) Fasilitasi untuk persalinan dengan tindakan atau instrumentasi
- 2) Mencegah robekan perineum yang kaku atau diperkirakan tidak mampu beradaptasi terhadap perenggangan yang berlebihan (makrosomia)
- 3) Mencegah kerusakan jaringan pada ibu dan bayi pada kasus letak/persentasi abnormal (bokong, muka, UUK di belakang). Dengan menyediakan tempat persalinan yang lebih aman.

- 4) Prinsip tindakan episiotomi adalah: pencegahan kerusakan pada jaringan lunak akibat daya regang yang melebihi kapasitas adaptasi atau elastisitas jaringan tersebut (Atikah, 2021).

2.3.3 Jenis-Jenis Episiotomi

Menurut Fatimah & Lestari (2019) Jenis-jenis insisi episiotomi pada perineum ada empat, yaitu:

1) Medial

Episiotomi garis tengah atau median sayatan dibuat pada garis tengah yang dimulai dari bagian ujung bawah introitus vagina atau garis tengah komisura posterior hingga mencapai batas atas otot spingter ani dan tidak sampai terkena serabut spingter ani.

Keuntungan dari episiotomi medialis adalah pendarahan yang timbul dari luka episiotomi akan lebih sedikit karena daerah tersebut relatif mengandung sedikit pembuluh darah, penjahitan akan kembali lebih mudah karna sayatannya bersifat simetris dan anatomis, tidak mempengaruhi keseimbangan otot kanan dan kiri pelvis dan tidak terlalu sakit pada saat masa nifas dan jarang terjadi dipareuni. Sedangkan kerugian episiotomi medialis yaitu dapat memicu terjadinya ruptur perineum tingkat III inkomplet atau komplet sehingga kehilangan darah akan lebih banyak serta lebih susah untuk dijahit.

2) Insisi lateral

Sayatan insisi lateral dilakukan kearah lateral, dimulai searah jarum jam angka 3 atau 9. Jenis episiotomi ini sekarang tidak lagi

dilakukan karena banyak menimbulkan komplikasi dan rasa nyeri yang mengganggu.

3) Insisi mediolateral

Insisi ini tergolong aman dan mudah dilakukan, sehingga paling sering diterapkan. Jenis episiotomi ini dibuat dengan sayatan berupa garis tengah ke arah samping menjauhi anus yang dilakukan untuk menjauhi otot spingter ani, sehingga ruptur perineum tingkat III bisa dicegah.

4) Insisi J

Insisi ini memiliki keuntungan insisi medial dan memberikan akses yang lebih baik daripada pendekatan mediolateral. Insisi lateral dibuat tangensial ke bagian anus yang berwarna coklat.

2.3.4 Tujuan Episiotomi

Tujuan episiotomi dilakukan untuk meningkatkan diameter lubang keluar vagina untuk memfasilitasi lewatnya kepala janin dan idealnya mencegah robekan perineum (Goh, 2018)

2.4. Penjahitan Luka Episiotomi

2.4.1. Tujuan dari penjahitan perlukaan perineum /episiotomi

- 1) Untuk mendekatkan jaringan-jaringan agar proses penyembuhan bisa terjadi. Proses penyembuhan itu sendiri bukanlah hasil dari penjahitan tersebut tetapi hasil dari pertumbuhan jaringnya.
- 2) Untuk menghentikan perdarahan. Setelah menentukan jenis laserasi yang terjadi, siapkanlah peralatan yang diperlukan untuk penjahitan.

Menjahit laserasi yang lebih dari satu atau dua jahitan tanpa anestesi bukanlah tindakan asuhan sayang ibu. Pangastuti, N. (2021)

2.4.2. Teknik Penjahitan

Menurut Pangastuti, N. (2021) teknik penjahitan robekan perineum akibat episiotomy ada beberapa teknik di antaranya adalah:

1) Teknik Interrupted

Teknik simple interrupted sutures pada dasarnya adalah teknik penjahitan yang menyatukan daerah-daerah jaringan luka yang berdekatan. Jarak dari titik tusukan ke tepi luka harus sama dengan jarak dari jarum titik keluar dari ke margin luka. Kedalaman tusukan juga harus sama pada kedua tepi luka.

2) Teknik Continuous

- a) Jahitan pertama di puncak robekan hemostasis
- b) Robekan di jahit continuous, non locking sampai hymenal remnant.
- c) Lalu masukkan jarum kekulit di daerah fourchette
- d) Penjahitan otot perineum continuous non locking
- e) Ujung imperior subkutikuler
- f) Harus ada asisten
- g) Benang tidak boleh kendur (pengencangan oleh operator, asisten hanya memegang)
- h) Pengambilan jarum siap pakai.

3) Teknik Subkutikuler

Awal penjahitan benang disimpul didalam dan diakhir jahitan benang tidak disimpul (tidak dapat dilakukan untuk perineum). Jarak dan kedalaman masing-masing jahitan sama dikedua sisi masuknya jarum pada satu sisi sejajar dengan keluarnya jarum dari sisi yang lain.

2.5. Metode Dokumentasi

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah menggunakan data primer dan data sekunder. Data Primer diperoleh hasil wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta dokumentasi menggunakan SOAP dengan pola pikir manajemen Varney, sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari buku KIA. (Waluyo et al., 2024)

1) S (Data Subjektif)

Subjective menggambarkan dokumentasi hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis dengan auto atau allow anamnesa. Contoh : berupa identitas pasien, alasan datang, keluhan dll.

2) O (Data Objektif)

Objektif menggambarkan dokumentasi hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan kebidanan.

3) A (Assessment/Analisa)

Assessment menggambarkan dokumentasi hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu indentifikasi.

- a) Diagnosis/masalah
 - b) Antisipasi diagnosis/ kemungkinan masalah
 - c) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/kolaborasi, dan atau perujukan
- 4) P (Planning/Penatalaksanaan)
- Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi berdasarkan assessmen

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin Ny. L usia 22 tahun G1P0A0

Gravida 40-41 Minggu Infartu Kala 1 Fase Laten

Tanggal : 5 Februari 2025

Jam : 10.03 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Dewi Dara Sartika

3.1.1 Data Subjektif

1) Identitas Pasien

Ibu		Suami
Nama	: Ny. L	Tn. E
Umur	: 22 Tahun	25 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/Bangsa	: Sunda/Indonesia	Sunda/Indonesia
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Karyawan Swasta
Alamat	:Kp.Sangkali 1/5 Sindangratu,Wanaraja, Kab.Garut	

2) Alasan Datang

Alasan datang pasien datang ke Ponek pukul 10.03 WIB rujukan dari klinik z dirujuk ke RSUD dr. Slamet Garut atas indikasi ketuban

pecah dini (KPD) sejak 13 jam yang lalu dan pembukaan tidak bertambah.

3) Keluhan Utama

Ibu datang ke klinik tanggal 4 februari 2025 pukul 21.00 WIB mengeluh keluar air-air sedikit dari jalan lahir berwarna jernih sejak pukul 20.30 WIB belum ada lendir bercampur darah dan mengeluh mules tetapi tidak sering dan gerakan janin masih dirasakan. Sebelumnya ibu mengaku telah beraktivitas seharian jalan-jalan bersama suami untuk mengurangi stres sehingga ibu sampai kelelahan. Diberikan amoxilin 1x500 mg/oral pada jam 03.00 WIB di klinik. Dilakukan pemasangan infus RL dan DC 1 jam sebelum persiapan rujukan ke RSUD dr. Slamet Garut. Ibu dirujuk atas indikasi pembukaan yang tidak bertambah.

4) Riwayat Obstetri

a) Menstruasi

HPHT : 1 Mei 2024

TP : 8 Februari 2025

Ibu mengaku pertama kali menstruasi pada usia 12 tahun dengan siklus 29 hari, lama menstruasi 5-7 hari, banyaknya darah ganti pembalut 3x sehari, tidak ada keluhan

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Ini merupakan kehamilan pertamanya dengan usia kehamilan 40 - 41 minggu, ibu tidak pernah mengalami keguguran. Selama

hamil ibu rutin memeriksa kehamilannya ke klinik sebanyak 6x dan 3x di dokter SPOG, pertama kali merasakan gerakan janin saat usia kehamilan 4 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 Kesehatan Ibu dan Keluarga

Menurut ibu dan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit berat, menular, menahun seperti DM, TBC, HIV/AIDS, asma, hipertensi, jantung.

5) Riwayat KB

Ibu mengaku belum pernah ber KB

6) Riwayat Pernikahan

Ibu mengatakan ini pernikahan pertama

7) Pola Kebutuhan Sehari-Hari

a) Pola 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 09.30 WIB.

b) Pola Eliminasi

Pola eliminasinya : BAB 1-2 x Sehari, BAK 6-8x sehari, BAB dan BAK tidak ada keluhan.

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

c) Pola Istirahat

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

d) Aktivitas

Ibu hanya mengerjakan pekerjaan ringan

e) Personal Hygiene

Mandi : 1-2x/hari

Keramas 3x seminggu

8) Riwayat Seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual seminggu 3x, terakhir hubungan seksual malam sebelum dibawa ke klinik.

9) Psikososial

a) Respon keluarga terhadap kehamilan

Suami dan keluarga senang atas kehamilannya

b) Pengambil keputusan dalam keluarga

Ibu mengatakan yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah suami

3.1.2 Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

b) Antropometri

TB : 150 cm

BB Sebelum Hamil : 55 kg

BB Sesudah Hamil : 66 kg

Kenaikan BB : 11 kg

LILA : 26 cm

IMT : 25

c) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 120/80 mmHg

Nadi : 89x/menit

Respirasi : 22x/menit

Suhu : 36,6 °C

Spo2 : 98%

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala : Warna rambut hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak nyeri tekan

b) Muka : Bersih, tidak oedema, tidak pucat

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

- d) Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik
- e) Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat.
- f) Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik.
- g) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak nyeri tekan.
- h) Dada/Payudara : Payudara simetris, tidak ada benjolan, susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, kolostrum belum ada
- i) Abdomen
- Inspeksi : Tidak ada bekas luka operasi
- Palpasi : TFU : 32 cm
- Leopold I : Di fundus teraba bagian lunak, bulat, tidak Melenting.
- Leopold II : Dibagian kanan ibu teraba bagian keras memanjang seperti papan dan dibagian skiri ibu terdapat bagian-bagian terkecil janin.
- Leopold III : Teraba bulat,keras,melenting sudah masuk PAP

Leopold IV : Divergent 3/5

His : 3x'10'25"

Auskultasi : DJJ : 145x/menit reguler

j) Ekstremitas

Atas : Tangan simetris, kuku bersih, tidak pucat, tidak oedema, jari lengkap

Bawah : Simetris, tidak oedema, kuku bersih dan tidak pucat, jari lengkap, tidak varices, refleks patella
+/+

k) Genitalia

Pemeriksaan dalam : Vulva/vagina : T.a.k

Portio :Tebal lunak

Pembukaan : 2 cm

Selaput Ketuban : (-) ada rembesan

Presentasi :Belakang kepala

Posisi :UUK kiri depan

Penurunan kepala : Hodge II-III

Moulase : Tidak ada

3) Pemeriksaan Penunjang

HB : 11,8 g/dl

Triple Eliminasi : Non Reaktif

Glukosa Urine : Negatif

Protein Urine : Negatif

Lakmus : (+)

3.1.3 Analisa

G1P0A0 Gravida 40-41 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan KPD, janin tunggal hidup intra uterin.

3.1.4 Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan 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 10.600/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 teh

8) Mengobservasi kemajuan persalinan dan TTV.

Evaluasi: Sudah dilakukan observasi terlampir pada partograf

9) Melaksanakan pendokumentasian.

Evaluasi : Sudah dilakukan

3.2 Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin Ny. L usia 22 tahun G1P0A0

Gravida 40-41 Minggu Infartu Kala 1 Fase Aktif

Tanggal : 5 Februari 2025

Jam : 12.00 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Dewi Dara Sartika

3.2.1 Data Subjektif

Ibu mengatakan mules semakin sering

3.2.2 Data Objektif

1) Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2) Tanda-tanda Vital

TD : 110/70 mmHg

N : 92x/menit

R : 23x/menit

S : 36,6 °C

Spo2	: 97%
3) Auskultasi	
DJJ	: 145x/menit reguler
4) Palpasi	
His	: 4x10'45"
5) Genitalia	
V/V	: Tidak ada kelainan
Portio	: Tipis lunak
Pembukaan	: 8 cm
Selaput ketuban	: (-) warna jernih
Molase	:0
Presentasi	: Belakang kepala
Penunjuk	: UUK
Penurunan	: Hodge III

3.2.3 Analisa Data

G1P0A0 Gravida 40-41 minggu inpartu kala I fase Aktif dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterin

3.2.4 Penatalaksanaan

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah di berikan
Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan TD : 110/80 mmhg, N : 82x/m, S: 36,70C , R : 20x/m, pembukaan : 8
- 2) Memberikan dukungan psikologis dan memberitahui ibu untuk relaks
Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran

3) Menganjurkan ibu untuk miring kiri

Evaluasi: ibu bersedia melakukan anjuran

4) Mengobservasi kemajuan persalinan dan TTV.

Evaluasi: Sudah dilakukan observasi, hasil terlampir pada partograf

5) Mempersiapkan peralatan dan bahan untuk proses persalinan

Evaluasi: sudah dilakukan

6) Menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisinya.

Evaluasi: ibu minum air putih dan makan roti.

7) Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi: sudah dilakukan

3.3 Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin Ny. L usia 22 tahun G1P0A0

Gravida 41-42 Minggu Infartu Kala II

Tanggal : 5 Februari 2025

Jam : 13.30 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Dewi Dara Sartika

3.3.1 Data Subjektif

Ibu mengatakan mulesnya semakin kuat dan ada dorongan ingin mencedan

3.3.2 Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Emosional : Stabil

TTV

TD : 110/70 mmHg

R : 24x/menit

N : 82x/menit

S : 36,7 °C

DJJ : (+) 140x/menit, reguler

HIS : 5x10'50"

Pemeriksaan Dalam

Portio : Sudah tidak teraba

Pembukaan : 10 cm (Lengkap)

Selaput Ketuban : (-)

Molase : 0

Presentasi : Belakang kepala

Penunjuk : Ubun-ubun kecil depan

Penurunan : H IV

3.3.3 Analisa

G1P0A0 Gravida 40-41 minggu inpartu kala II dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterin

3.3.4 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 bisa mengedan dan ibu menarik nafas disela-sela kontraksi.

- 3) Memberitahu ibu akan dilakukan tindakan episiotomi untuk memperluas jalan lahir bayi karena perinium kaku.

Evaluasi: dilakukan episiotomi medialis yang sebelumnya tidak diberikan anastesi

- 4) Memimpin mengedan, melakukan pertolongan persalinan

Evaluasi : Jam 13.40 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 perinatologi

Evaluasi : Sudah dilakukan

- 6) Memfasilitasi IMD.

Evaluasi: Tidak dilakukan IMD

3.4 Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin Ny. L usia 22 tahun P1A0 Infartu

Kala III

Tanggal : 5 Februari 2025

Waktu : 13.42 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Dewi Dara Sartika

3.4.1 Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa senang atas kelahiran bayinya, ibu masih merasa mules

3.4.2 Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Emosional : Stabil

2) Pemeriksaan Fisik

Abdomen : TFU : sepusat, tidak teraba janin kedua

Kontraksi : Baik

Kandung kemih : kosong

Genetalia : Terdapat tali pusat memanjang di vulva
pengeluaran darah \pm 100 cc

3.4.3 Analisa

P1A0 Kala III

3.4.4 Penatalaksanaan

1) Memberitahu ibu tindakan yang akan dilakukan.

Evaluasi : ibu memahami dan bersedia dilakukan tindakan

2) Menyuntikan oxytocin 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 13.50 WIB

- 4) Melakukan masase uterus.

Evaluasi: Kontraksi baik.

- 5) Melakukan pengecekan plasenta

Evaluasi : Plasenta lengkap

- 6) Mengajarkan masase uterus pada ibu.

Evaluasi: Ibu bisa melakukan masase uterus

3.5 Perkembangan Kala IV

Tanggal : 5 Februari 2025

Jam : 13.50 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Dewi Dara Sartika

3.5.1 Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa lelah

3.5.2 Data Obejektif

- 1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Keadaan Emosional : Stabil

- 2) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi	: 88x/menit
Respirasi	: 22x/menit
Suhu	: 36,7°C
Spo2	: 98%

3) Pemeriksaan Fisik

Abdomen : kontraksi keras, TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong.

Genetalia : terdapat luka laserasi derajat 2 (kulit dan otot-otot perineum di bagian dalam vagina) pengeluaran darah ±80 cc

3.5.3 Analisa

P1A0 kala IV dengan laserasi derajat II

3.5.4 Penatalaksanaan

1) Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu baik-baik saja.

Evaluasi: Ibu mengetahui keadaan ibu baik-baik saja.

2) Melakukan penjahitan luka episiotomi

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 pada jam kedua)

Evaluasi: Hasil terlampir di partograf.

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 dan mengerti menghabiskan porsi dari menu yang disediakan.

- 7) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini.

Evaluasi: Ibu sudah bisa 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) Mengajarkan ibu cara melakukan perawatan payudara dan luka jahitan.

Evaluasi: Ibu mengerti bagaimana cara melakukan perawatan payudara.

- 10) Melakukan pendokumentasian dan melengkapi partograf

Evaluasi: Dokumentasi Terlampir

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan pengkajian dan asuhan kebidanan pada klien Ny. L dengan kasus ketuban pecah dini di RSUD dr Slamet Garut pada tanggal 5 Februari 2025. Pembahasan ini berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan oleh penulis. Ada pun hal ini penulis dapat menjabarkan dengan bentuk pendokumentasian SOAP yang digunakan sebagai berikut :

4.1. Data Subjektif

Hasil pengkajian yang di peroleh dari data subjektif, HPHT: 1 Mei 2024 dan berdasarkan perhitungan HPHT Tapsiran persalinannya adalah 28 Februari 2025 ini berdasarkan perhitungan HPHT dengan rumus TPL yaitu (Tanggal di +7 dan bulan di -3 dan tahun di +1) dan usunya 39-40 minggu berdasarkan perhitungan rumus usia kehamilan (Tanggal kunjungan – HPHT kali $4 \frac{1}{3}$).

Ibu datang ke klinik pukul 21.00 WIB mengeluh keluar air-air sedikit dari jalan lahir berwarna jernih sejak pukul 20.30 WIB . Menurut Kennedy et al. (2019), salah satu tanda utama dari ketuban pecah dini (KPD) adalah keluarnya cairan ketuban melalui vagina tanpa adanya tanda persalinan aktif. Ibu mengeluh mules tetapi tidak sering dan gerakan janin masih dirasakan. Sebelumnya ibu mengaku telah beraktivitas seharian yaitu sebelum terjadi pecah ketuban ibu telah jalan- jalan bersama suaminya seharian penuh untuk mengurangi rasa stress pada ibu sehingga ibu sampai kelelahan. Aktivitas

fisik berlebih juga dikaitkan dengan peningkatan risiko ketuban pecah dini sesuai dengan teori Saifuddin dalam Fahimah, 2020 kejadian ketuban pecah sebelum waktunya dapat disebabkan oleh kelelahan akibat aktivitas kerja yang berat. Aktivitas fisik yang berlebihan saat hamil dapat menyebabkan kelelahan yang berpotensi melemahkan korion amnion sehingga mengakibatkan KPD.

Pada saat pengkajian ibu mengatakan melakukan pola hubungan seksual sebanyak 3x dalam seminggu, Menurut teori yang dikemukakan oleh Alfionita & Lestari (2022) hubungan seksual selama kehamilan trimester akhir, terutama jika dilakukan terlalu sering atau dengan penetrasi yang dalam, dapat meningkatkan risiko pecahnya selaput ketuban. Hal ini disebabkan oleh efek stimulasi mekanik pada serviks serta kandungan prostaglandin dalam cairan semen yang dapat merangsang kontraksi uterus dan melemahkan integritas membran ketuban. Selain itu, Fahimah (2020) menjelaskan bahwa pola hubungan seksual yang terlalu sering, terutama pada kehamilan aterm, berhubungan dengan meningkatnya tekanan lokal pada serviks dan segmen bawah uterus. Hal ini dapat mempercepat maturasi serviks dan meningkatkan kemungkinan pecahnya ketuban sebelum waktunya.

4.2. Data Objektif

Pengkajian data objektif dilakukan pada tanggal 5 Februari 2025 pukul 10.03 WIB di ruang VK RSUD dr. Slamet Garut hasil pemeriksaan tanda tanda vital menunjukkan keadaan umum ibu saat pengkajian tampak

baik, dengan kesadaran *compos mentis*, tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi napas: 22x/menit, nadi: 89x/menit, suhu tubuh: 36,6°C, saturasi oksigen: 98%. Semua nilai tanda vital berada dalam batas normal. Tidak terdapat demam, takikardi, ataupun tanda-tanda infeksi. Hal ini menunjukkan tidak adanya infeksi intrauterin. Sesuai dengan teori Putri Alfionita & Lestari (2022) infeksi intrauterin pada kasus ketuban pecah dini (KPD) ditandai oleh suhu $\geq 38^{\circ}\text{C}$, nadi $>100\text{x/menit}$, dan leukositosis. Oleh karena itu, data ini menunjukkan bahwa ibu belum mengalami infeksi.

Pemeriksaan obstetric Leopold I TFU 32 cm, teraba bokong, pada leopold II teraba punggung kiri, leopold III kepala sudah masuk PAP dan leopold IV divergen, DJJ 142 x/mnt. Sesuai dengan teori Barokah (2022) dan Kemenkes RI (2023) Pada usia kehamilan aterm (≥ 37 minggu), TFU 30–34 cm masih dianggap normal apabila tidak ada keluhan klinis lain. TFU yang lebih rendah bisa terjadi bila air ketuban berkurang, seperti pada kasus ketuban pecah dini (KPD).

Pemeriksaan dalam tidak ada kelainan pada vulva, uretra, maupun dinding vagina, portio lunak dan tebal, pembukaan serviks: 2 cm, ketuban (-) jernih, presentasi: belakang kepala (kepala merupakan bagian terbawah), posisi: UUK kiri depan, penurunan kepala: hodge II–III, molase: tidak ada. Pemeriksaan dalam ini mengonfirmasi bahwa ibu berada pada kala I fase laten. Selaput ketuban yang sudah tidak ada dan rembesan cairan jernih sesuai dengan gejala klinis ketuban pecah dini. sesuai dengan teori (sefin, 2022) disebutkan bahwa cairan ketuban yang merembes secara terus-menerus

dan tidak disertai kontraksi awal adalah salah satu tanda utama KPD.

Hasil pemeriksaan penunjang menunjukkan bahwa hasil lakmus test positif. Sejalan dengan Aristina & Diana, 2023 pemeriksaan untuk mendukung penegakan diagnosa ketuban pecah dini dengan menggunakan tes lakmus (nitrazin test). Adapun pemeriksaan pendukung lainnya yaitu dengan pemeriksaan ultrasonografi (USG) merupakan salah satu pemeriksaan penunjang penting pada kasus Ketuban Pecah Dini (KPD). Pemeriksaan USG berfungsi untuk menilai jumlah cairan ketuban, usia kehamilan, letak janin, dan kesejahteraan janin. Hal ini sejalan dengan SOP RSUD dr. Slamet Garut dan Yusri et al.(2020) yang juga mencantumkan USG sebagai bagian dari pemeriksaan penunjang untuk membantu menegakkan diagnosis dan menentukan penatalaksanaan. Namun, pada kasus ini terdapat kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan. Dalam pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. L, pemeriksaan USG tidak dilakukan meskipun pasien datang dengan indikasi KPD. Hal ini disebabkan karena pelayanan di ruang bersalin lebih mengacu kepada SOP rumah sakit yang berfokus pada stabilisasi kondisi ibu dan janin secara klinis melalui pemeriksaan fisik langsung, observasi gejala klinis, serta hasil pemeriksaan dalam. Kesenjangan ini dapat terjadi karena keterbatasan sumber daya, kebijakan pelayanan, atau pertimbangan klinis tertentu oleh tim medis yang menangani.

4.3. Analisa

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif ditetapkan bahwa analisa ibu mengalami KPD. Menurut Kennedy et al. (2019), Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum terjadi tanda-tanda persalinan. Bila terjadi pada usia kehamilan ≥ 37 minggu, kondisi ini disebut *term PROM (Premature Rupture of Membranes)* dan memerlukan manajemen segera untuk mencegah infeksi dan komplikasi lainnya.

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah kondisi pecahnya kantung ketuban sebelum persalinan dimulai. KPD dapat terjadi pada akhir kehamilan atau jauh sebelum persalinan dimulai, dan jika terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu, maka disebut KPD prematur . Kondisi ini dikenal sebagai komplikasi serius pada kehamilan karena dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas bagi ibu dan bayi, terutama jika berlangsung lebih dari 12 jam sebelum persalinan dimulai.(Yusri et al., 2020).

Penyebab ibu mengalami KPD yaitu lelah karena beraktivitas seharian sebelum cairan ketuban mulai keluar. Aktivitas tersebut kemungkinan meningkatkan tekanan intra abdomen dan stres mekanik pada selaput ketuban. Menurut Saifuddin dalam Fahimah (2020), aktivitas berat, kelelahan, dan stres mekanik dapat menyebabkan ketegangan pada selaput ketuban, yang memperbesar risiko robekan dini terutama jika membran amnion sudah menipis mendekati aterm. Dan ibu mengaku berhubungan seksual terakhir kali adalah malam sebelum ke klinik, yang berarti hanya beberapa jam sebelum terjadi KPD. Menurut Putri Alfionita & Lestari

(2022), hubungan seksual dapat memicu pelepasan prostaglandin dari semen serta stimulasi mekanis pada serviks, yang berkontribusi pada pematangan serviks dan pecahnya ketuban, terutama bila sudah terjadi penurunan kepala dan serviks mulai lunak.

4.4. Penatalaksanaan

Berdasarkan analisa yang ditetapkan pada Ny. L maka penatalaksanaan yang dilakukan adalah melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotic Eritromisin 4×250 mg oral diberikan untuk mencegah infeksi naik ke intrauterin. Menurut WHO (2022) dan Panay (2019) menyatakan bahwa pada KPD ≥ 12 jam, antibiotik profilaksis sangat direkomendasikan untuk mencegah infeksi.

Ny. L dipindahkan ke ruang bersalin untuk mendapatkan drip oksitosin 0,5 ml dilarutkan kedalam 500 ml RL hal tersebut sesuai dengan protap RSUD dr. Selamat Garut yaitu jika terdapat indikasi ketuban pecah dini (KPD) pada usia kehamilan ≥ 37 minggu (aterm), his belum adekuat setelah >12 jam, tidak ada tanda infeksi, janin tunggal, hidup, presentasi kepala, masuk PAP dan dilakukan tindakan pasien dipindahkan ke ruang bersalin , lalu 0,5 ml oksitosin dilarutkan ke dalam 500 ml RL, diberikan melalui infus drip.

Induksi persalinan dapat dilakukan dengan oksitosin intravena pada kehamilan aterm, jika belum terdapat kontraksi uterus setelah 12 jam ketuban pecah, tanpa adanya tanda infeksi. Oksitosin bekerja pada otot polos uterus untuk merangsang kontraksi efektif dan mempercepat proses persalinan.

(Sari & Munir, 2019; Alfionita & Lestari, 2022).

Pada saat kepala janin mulai crowning dan ditemukan perineum yang kaku, dilakukan tindakan episiotomi medialis untuk mencegah ruptur perineum spontan derajat tinggi. Tindakan ini sesuai dengan teori Panay (2019) dan praktik obstetri yang merekomendasikan episiotomi pada primigravida dengan perineum kaku atau dalam kondisi obstetrik tertentu.

Penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. L telah berhasil sesuai tujuan. Asuhan yang diberikan telah sesuai dengan teori kebidanan, protap rumah sakit, serta praktik kebidanan.

4.5. Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. L di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, yang dilakukan dari hasil pengkajian data subjektif dan objektif dan ditegakkanlah analisisnya, lalu dilakukan penatalaksanaan. Pendokumentasian ini sesuai dengan standar SOAP dan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 4 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Kebidanan serta teori Manajemen Kebidanan Varney. (Waluyo, A., et al. 2024).

4.6. Matriks

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planing/ Intervensi		Evidence Based
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
1.	Ke tuban Pecah Dini	Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan setelah satu jam ditunggu belum ada tanda-tanda persalinan. (Kennedy et al., 2019).	1. Aktivitas Fisi k berlebih dan hubungan seksual trimester akhir dapat memicu KPD melalui stimulasi serviks dan tekanan intrauterin. (Mutia, 2023) 2. Hubungan seksual di akhir kehamilan	1. Ny. L melakukan aktivitas sehari-han yaitu jalan-jalan bersama suaminya untuk mengurangi stres sehingga ny. L kelelahan 2. Hubungan seksual terakhir malam sebelum	1. Pemberian Antibiotik Profilaksis: Berdasarkan SOP RSUD dr. Slamet Garut, antibiotik diberikan pada pasien KPD aterm >12 jam untuk mencegah infeksi naik ke intrauterin. Didukung oleh WHO (2022) dan Putri Alfionita (2022). 2. Induksi Persalinan: SOP menyarankan	1. Konsultasi dan kolaborasi dengan dokter 2. Pasang infus RL 3. Memberikan obat antibiotik eritromisin 4x250 mg oral 4. Drif oksitosin 5 IU dalam cairan RL 20 tpm 5. Membatasi pemeriks aan dalam 6. Observasi kemajuan persalinan 7. Melakukan penolong an persalinan	1. WHO (2022): Manajemen aktif KPD aterm mencegah infeksi. 2. Kennedy et al. (2019): KPD ditangani sesuai usia kehamilan dan kondisi ibu. 3. Alfionita & Lestari (2022): Antibiotik dan induksi pada KPD >12 jam. 4. Varney (2008): Proses asuhan kebidanan dengan pendekatan sistematis. 5. Permenkes No. 4 Tahun 2018: Standar pendokumentasi an dan pelayanan

			<p>dapat merangsang prostaglandin → pematangan serviks dan pecahnya ketuban (Alfionita & Lestari, 2022).</p> <p>3. Penurunan kepala janin meningkatkan tekanan lokal pada membran ketuban (Kennedy et al., 2019).</p>	<p>ketuban pecah. Ibu berhubung an seksual 3x dalam seminggu</p> <p>3. Kepala janin sudah masuk PAP, serviks lunak, pembukaan 2 cm.</p>	<p>penggunaan oksitosin drip untuk mempercepat proses persalinan jika tidak ada his spontan setelah KPD >12 jam. Mengacu pada Panduan Nasional (Saifuddin, 2020) dan Varney (2008).</p>	kebidanan.
--	--	--	---	---	--	------------

BAB V

KESIMPULAN

5.1. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan persalinan pada Ny. L umur 22 tahun G1P0A0 gravida 40-41 minggu 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. Usia 22 Tahun G1P0A0 Gravida 40-41 minggu Dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 2) Dari hasil pengkajian data objektif pada Ny. Usia 22 Tahun G1P0A0 Gravida 40-41 minggu Dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut terdapat kesenjangan antara teori dan praktik lapangan.
- 3) Berdasarkan pengkajian dari data subjektif dan objektif Analisa yang di tetapkan pada Ny. L yaitu G1P0A0 gravida 40-41 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini di RSUD dr. Slamet Garut ketuban pecah dini (KPD). Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik lapangan.
- 4) Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. L Usia 22 Tahun G1P0A0 Gravida 40-41 minggu dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan.
- 5) Pendokumentasian asuhan pada Ny. L dibuat dalam bentuk 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 laporan tugas akhir yang akan datang.

3) Bagi pelayanan kesehatan

Diharapkan untuk bisa meningkatkan mutu pelayanan yang sesuai dengan standar yang berlaku untuk penanganan ketuban pecah dini.

4) Bagi mahasiswa

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

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). *ACOG Practice Bulletin No. 217: Prelabor rupture of membranes. Obstetrics & Gynecology*, 135(3), e80–e97.
- Aristina, A., & Diana, R. (2023). Pemeriksaan Lakmus sebagai Diagnosis KPD. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 11(2), 112–118.
- Ayu, A., Febrianti, D., & Octaviani, R. (2019). Infeksi pada ketuban pecah dini. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(1), 45–53.
- Barokah, A. (2022). *Komplikasi persalinan dan penanganannya*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Fahimah, N. (2020). *Faktor risiko ketuban pecah dini pada ibu hamil*. Bandung: Pustaka Kesehatan.
- Goh, M. (2018). Teknik episiotomi dan penjahitannya. *International Journal of Obstetrics*, 9(3), 130–137.
- Indrasuari, M., Pariartha, I., & Wijaya, N. (2023). Ketuban pecah dini: Definisi dan penanganan. *Jurnal Kedokteran Universitas Udayana*, 12(1), 51–60.
- Juwita, E. (2017). Hubungan pola seksual dengan kejadian ketuban pecah dini. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 13(2), 177–182.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2020*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI.
- Kennedy, H., Martin, C., & Grant, A. (2019). *Varney's Midwifery* (6th ed.). Boston: Jones and Bartlett Learning.

- Mardiyanti, A., & Hardiati, R. (2023). Ketuban pecah dini sebagai kegawatdaruratan obstetri. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 6(1), 14–21.
- Mutia, M. (2023). Aktivitas fisik dan ketuban pecah dini. *Jurnal Kebidanan Bina Husada*, 10(1), 61–68.
- Nanny, S. (2018). *Induksi persalinan: Indikasi dan teknik*. Bandung: Alfabeta.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). *Preterm labour and birth (NICE Guideline NG25)*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Panay, N. (2019). *Panduan praktik klinis kebidanan*. Surabaya: Cakra Media.
- Prawirohardjo, S. (2020). *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2023). *Profil kesehatan Jawa Barat tahun 2022*. Bandung: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Putri, A., & Lestari, S. (2022). Penatalaksanaan KPD berdasarkan pendekatan evidence-based. *Jurnal Ilmiah Bidan*, 8(3), 125–132.
- Rahmadani, R. (2020). Angka kematian ibu di ASEAN dan implikasinya di Indonesia. *Jurnal Demografi Kesehatan*, 4(1), 34–40.
- Rosdianah, R. (2019). Metode induksi persalinan dan efeknya terhadap ibu dan janin. *Jurnal Kebidanan dan Neonatus*, 5(2), 55–63.
- Safer Care Victoria. (2018). *Clinical guidance: Care of women with prelabour rupture of membranes at term*. Melbourne: Department of Health and Human Services, Victoria.

- Sakriawati, I., & Rahmawati, T. (2020). Hubungan letak janin dengan KPD. *Jurnal Kebidanan Syifa*, 5(1), 47–53.
- Sari, N., & Munir, H. (2019). Efektivitas oksitosin dalam penanganan KPD. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 11(2), 88–94.
- Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). (2023). SMFM Consult Series #64: Management of preterm premature rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(1), B2–B12.
- Tahir, T. (2021). Ketuban pecah dini dan prematuritas. *Jurnal Obstetri dan Ginekologi Indonesia*, 12(1), 13–19.
- Waluyo, S., Anggraini, E., & Pertiwi, A. (2024). Pendokumentasian SOAP dalam praktik kebidanan. *Jurnal Administrasi Kebidanan*, 9(1), 22–30.
- World Health Organization (WHO). (2022). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.
- Wulandari, I., Mulyadi, E., & Lestari, D. (2019). Ketuban pecah dini dan angka kematian ibu. *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak*, 5(2), 40–48.
- Yusri, S., Rahayu, T., & Sari, L. (2020). Penatalaksanaan ketuban pecah dini: Tinjauan literatur. *Jurnal Bidan Sejahtera*, 7(3), 101–108.

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 5 Februari 2021
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : II / III / IV
6. Alasan merujuk : 490
7. Tempat rujukan : D-500 Dr. Sumart Gant
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogra n melewati garis waspada : Y (1)
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.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : 10 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
 Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

EMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan	
13.00	110/70	88	36.7	2 jari & pusat	Baik	Korong	+ 10 cc
14.05	120/80	89		1 jari & pusat	Baik	Korong	+ 10 cc
14.20	120/80	80		2 jari & pusat	Baik	Korong	+ 10 cc
14.35	110/70	82		2 jari & pusat	Baik	Korong	+ 10 cc
15.05	100/70	80	36.6	2 jari & pusat	Baik	Korong	+ 10 cc
15.55	100/80	88		2 jari & pusat	Baik	Korong	+ 10 cc

- masalah kala IV :
- penatalaksanaan masalah tersebut :
- hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya,
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
 Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1/2/3/4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : + 100 ml
31. Masalah lain, sebutkan :
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan : 4.100 gram
35. Panjang : 44 cm
36. Jenis kelamin : W/P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada peryulit
38. Bayi lahir :
 Mergal, 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 :
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain, sebutkan :

LEMBAR BIMBINGAN KTI















Nama Mahasiswa : Dewi Dara Satrika

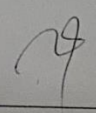
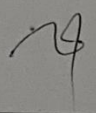
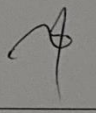
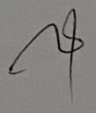
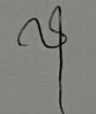
Nama Pembimbing : Fitri Haningtyas, S.S., M.Pd

NIM : KHGB 22021

NIDN :

Judul KTI :

No	Hari/Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 7 Mei 2025	Konsul Judul BAB I BAB II BAB III	BAB I Tambahkan sumber BAB II Perbaiki spasi BAB III Perbaiki keuhm utama		
2.	Jum'at 9 Mei 2025	Konsul Revisi BAB I BAB II BAB III	Perjelas keuhm utama pada bab III		
3.	Rabu 21 Mei 2025	Konsul Revisi BAB I BAB III	Tambahkan peran badan		
4.	Senin 26 Mei 2025	Konsul BAB II	Tambahkan kajian jurnal		
5.		Konsul BAB IV	Sesuaikan dengan teori bab II		
6.		Konsul bab IV	Perjelas protap		
7.		Konsul BAB V	Revisi		

8.		Kontri bab iv revisi	Tambahkan Asuhan selanjut nya		
9.		Kontri bab iv dan V	Acc BAB I-V		
10.			Lengkapi lampiran		
11.					
12.			Acc sidang		
13.					
14.					
15.					

Garut 2025

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

BIODATA DIRI



1. Identitas diri

Nama : Dewi Dara Sartika

Tempat Tanggal Lahir : Garur, 14 Agustus 2003

Agama : Islam

Email : dewi.askep3@gmail.com

Alamat : Kp. Cikaak RT/RW 03/02, Des. Sindangsari, Kec. Cisompet Kab.
Garut

2. Identitas Orang Tua

a. Nama Ayah : Dede Sartono

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 8 Februari 1975

Pekerjaan : Buruh

Pendidikan Terakhir : SD

b. Nama Ibu : Yani Andiyani

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 7 Desember 1979

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Pendidikan Terakhir : SD

3. Riwayat Pendidikan

- a. TK/Paud Rekawinaya 2007-2010
- b. SDN 03 Cisompet 2010-2016
- c. SMPN 01 Cisompet 2016-2019
- d. SMK Kes.Bhakti Kencana Garut 2019-2022
- e. STikes Karsa Husada Garut 2022-2025