

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. S
USIA 25 TAHUN G₂P₁A₀ PARTURIEN 37-38 MINGGU
DENGAN KPD DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi DIII Kebidanan

Disusun oleh:

HILDA ANUGRAH HILMANA

KHGB23009



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN**

2026

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Laporan Tugas Akhir ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ahli Madya Kebidanan, baik dari Institut Kesehatan Kara Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini murni gagasan, rumusan dan analisa 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 dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, 17 Juni 2026

Yang Membuat Pernyataan

Hilda Anugrah Hilmana
KHGB23009

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LAPORAN TUGAS AKHIR

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. S USIA
25 TAHUN G₂P₁A₀ PARTURIEN 37-38 MINGGU
DENGAN KPD DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : HILDA ANUGRAH HILMANA

NIM : KHGB23009

Laporan Tugas Akhir ini Disetujui Untuk Disidangkan Dihadapan Tim penguji
Program studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 17 Juni 2026

Menyetujui,
Pembimbing



Rosita Alvia, SST., M.K.M
NIP. 042039 0412 106

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. S USIA 25
TAHUN G₂P₁A₀ PARTURIEN 37-38 MINGGU DENGAN
KPD DI RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : HILDA ANUGRAH HILMANA

NIM : KHGB23009

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji Program
Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 22 Juni 2026

Mengesahkan,

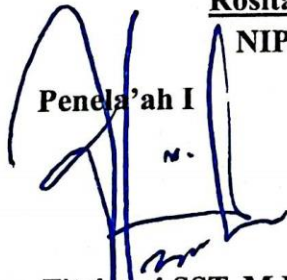
Pembimbing



Rosita Alvia, SST., M.K.M

NIP. 042039 0412 106

Penela'ah I



Bdn. Dian Fitriyani, SST., M.Keb

NIP. 042039 0823 180

Penela'ah II



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes

NIP. 042039 1009 064

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII-Kebidanan



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes

NIP. 042039 1009 064

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur bagi Allah SWT. Berkat Rahmat dan kasih sayang-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul “ **ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. S USIA 25 TAHUN G₂P₁A₀ PARTURIEN 37-38 MINGGU DENGAN KPD** ”. Shalawat serta salam semoga senantiasa terlimpah curah kepada baginda Nabi Muhammad SAW beserta para keluarganya, para sahabatnya hingga para umatnya yang semoga mendapatkan syafaatnya di yaumul akhir nanti. Aamiin

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 segenap ketulusan hati, penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, M.Si., selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
5. Lina Humaeroh, SST, M.Kes., selaku Ketua Program Studi Diploma III Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

6. Rosita Alvia,SST.,M.K.M., selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga Laporan Tugas ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
7. Seluruh dosen dan staf pengajar Program Studi Diploma III Kebidanan yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan kepada penulis selama masa perkuliahan.
8. Ny. S beserta keluarga yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini, terimakasih atas keramahan, kebaikan serta memberikan kepercayaan penuh kepada penulis.

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

Garut, 17 Juni 2026

Penulis

LEMBAR PERSEMBAHAN

Dengan mengucap Alhamdulillahirabbil'alamiin, segala puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan nikmat yang begitu besar, menganugerahkan kekuatan lahir dan batin, membekali saya dengan ilmu pengetahuan, serta mengajarkan saya arti cinta dan kasih sayang dalam setiap langkah kehidupan. Atas izin, karunia, dan kemudahan yang Engkau berikan, tugas akhir ini akhirnya dapat terselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya. Shalawat serta salam senantiasa tercurah limpahkan kepada Nabi besar Muhammad SAW.

Rasa syukur dan bahagia ini saya persembahkan kepada orang-orang yang saya cintai dan berarti dalam hidup saya karena menjadi penyemangat atas segala perjuangan selama ini sehingga menjadi alasan terkuat dalam proses penyelesaian tugas akhir ini:

1. Yang paling utama, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada kedua orang tua tercinta. Dua orang yang berjasa dalam hidup penulis. Terima kasih atas segala doa yang tak pernah putus, pengorbanan yang tak pernah terhitung, serta kasih sayang yang tak pernah berkurang sejak penulis lahir hingga detik ini. Setiap tetes keringat dan setiap doa yang ayah dan ibu panjatkan merupakan kekuatan terbesar yang menggerakkan langkah penulis untuk terus maju. Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan kedua orang tua dengan kesehatan dan kebahagiaan, Aamiin Ya Rabbal Alamin.

2. Kepada kakak-kakak yang selalu memberikan semangat, perhatian, dan dukungan di setiap langkah perjalanan penulis. Terima kasih atas nasihat, motivasi, serta kebersamaan yang menjadi kekuatan tersendiri bagi penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Semoga kita semua senantiasa diberikan kemudahan dan kesuksesan dalam setiap urusan.
3. Kepada ketiga teman saya yang telah berjuang bersama-sama dari awal perkuliahan hingga selesainya Laporan Tugas Akhir. Terima kasih atas, dukungan, bantuan, bertukar pikiran, serta kebersamaan yang kalian berikan selama proses perkuliahan 3 tahun ini.
4. Last but not least, penulis ingin mengucapkan terima kasih untuk diri saya sendiri, Hilda Anugrah Hilmana atas segala kerja keras dan semangatnya sehingga tidak pernah menyerah dalam mengerjakan tugas akhir ini. Apresi sebesar-besarnya telah bertahan, berjuang dan tidak menyerah untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai, meskipun perjalanan ini tidak selalu mudah. Terima kasih telah mempercayai bahwa semua usaha dan air mata ini tidak akan sia-sia.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
LEMBAR PERSEMBAHAN	iii
DAFTAR SINGKATAN.....	vii
DAFTAR ISTILAH.....	x
DAFTAR TABEL	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penulis.....	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Metode Pengumpulan Data	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	7
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.5.2 Manfaat Praktis	7
1.6 Waktu Dan Tempat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN TEORI	9
2.1 Persalinan Dengan Ketuban Pecah Dini.....	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Etiologi	10
2.1.3 Patofisiologi.....	12
2.1.4 Tanda dan Gejala	13
2.1.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi	14
2.1.6 Diagnosa	17
2.1.7 Komplikasi	19
2.1.7 Penatalaksanaan	20
2.2 Penelitian Terdahulu.....	22
2.1.1 Hubungan KPD dengan Paritas	22
2.1.2 Hubungan KPD dengan Persalinan Prematur.....	22
2.1.3 Hubungan Hubungan Usia Ibu dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini	23
2.1.4 Hubungan Preeklamsia dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini.....	24

2.1.5 Hubungan Infeksi dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini.....	25
2.1.6 Hubungan Merokok dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini	26
2.1.7 Hubungan Gemeli dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini	27
2.1.8 Hubungan Riwayat KPD Sebelumnya dengan KPD	27
2.2.6 Kewenangan Bidan	28
2.1.9 Hubungan Anemia dengan Kejadian KPD	28
2.1.10 Hubungan KPD dengan Tekanan pada Rahim	29
2.3 Metode Dokumentasi.....	31
BAB III TINJAUAN KASUS	34
3.1 Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. S Usia 25 Tahun G ₂ P ₁ A ₀ Parturien 37 - 38 Minggu Dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut.....	34
3.1.1 Catatan Perkembangan Kala II.....	41
3.1.2 Catatan Perkembangan Kala III.....	43
3.1.3 Catatan Perkembangan Kala IV	44
3.2 Asuhan Kebidanan Nifas Pada Ny. S P ₂ A ₀ Postpartum 2 Jam	46
3.3 Matriks Tinjauan Teori dan Kasus.....	49
BAB IV PEMBAHASAN	52
4.1 Data Subjektif.....	52
4.2 Data Objektif	53
4.3 Data Analisis.....	56
4.4 Penatalaksanaan.....	56
4.5 Pendokumentasian	58
BAB V PENUTUP	60
5.1 Kesimpulan.....	60
3.1 Saran.....	61
DAFTAR PUSTAKA.....	63
LAMPIRAN	67

DAFTAR SINGKATAN

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
AFI	: Amniotic Fluid Index
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBLSR	: Berat Badan Lahir Sangat Rendah
BHL	: Buruh Harian Lepas
BNJ	: Borneo Nursing Journal
CC	: Cubic Centimeter
CTG	: Kardiotokografi
DC	: Dauer Catheter
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DKP	: Disproporsi Kepala Panggul
EBJ	: Estimasi Berat Janin
Fe	: Ferrum (zat besi)
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
G ₂ P ₁ A ₀	: Gravida 2 Para 1 Abortus 0
HB	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
IM	: Intramuskular
IMT	: Indeks Masa Tubuh
IRT	Ibu Rumah Tangga
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
IU	: International Unit
IUD	: Intrauterine Device
IV	: Intra Vena

KB	: Keluarga Berencana
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KPP	: Ketuban Pecah Prematur
KPSW	: Ketuban Pecah Sebelum Waktunya
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MgSO ₄	: Magnesium sulfat
MMR	: Maternal Mortality Ratio
MMHG	: Milimeter Hidrargirum
N	: Nadi
NEC	: Necrotizing Enterocolitis
NR	: Non Reaktif
OUE	: Ostium Uteri Eksternum
PAP	: Pintu Atas Panggul
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PKM	: Puskesmas
PPH	: Postpartum Hemorrhage
PPROM	: Preterm Premature Rupture of Membranes
PROM	: Premature Rupture of Membranes
PTT	: Peregangannya Tali Pusat Terkendali
PUKI	: Punggung Kiri
R	: Respirasi
RCOG	: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
RL	: Ringer Laktat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu
SDG	: Sustainable Development Goals
SOAP	: Subjektif, Objektif, Analisis, Penatalaksanaan
SOP	: Standar Prosedur Operasional
SPO ₂	: Saturasi Oksigen
TB	: Tinggi Badan

TBBJ	: Taksiran Berat Badan Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Taksiran persalinan
TT	: Tetanus Tokosoid
TTV	: Tanda-Tanda Vital
USG	: Ultrasonografi
V/V	: Vulva Vagina
VK	: Verlos Kamer
VT	: Vaginal Toucher
WHO	: World Health Organization
WIB	: Waktu Indonesia Barat

DAFTAR ISTILAH

Amniosintesis	: Tindakan pengambilan cairan ketuban menggunakan jarum untuk tujuan diagnostik.
Anemia	: Kondisi kadar hemoglobin dalam darah lebih rendah dari nilai normal.
Antepartum	: Periode sebelum persalinan dimulai.
Aterm	: Usia kehamilan cukup bulan, yaitu ≥ 37 minggu.
Asfiksia	: Kegagalan bernapas secara spontan dan teratur pada bayi baru lahir.
Asendens	: Penjararan (infeksi) dari bawah ke atas, misalnya dari vagina menuju rahim.
Bakterial vaginosis	: Gangguan keseimbangan flora normal pada vagina akibat pertumbuhan bakteri pathogen.
Distensi uteri	: Peregangan/pembesaran rahim yang berlebihan.
Divergen	: Posisi kepala janin yang sudah tidak dapat digerakkan lagi karena sudah masuk panggul (pada pemeriksaan Leopold IV).
Effacement	: Penipisan/pendataran serviks selama proses persalinan
Eklamsia	: Kejang yang timbul akibat preeklamsia berat pada ibu hamil.
Fase aktif	: Tahap persalinan kala I dengan pembukaan serviks 4–10 cm dan kontraksi yang teratur.
Fase laten	: Tahap awal persalinan kala I dengan pembukaan serviks < 4 cm.
Ferning test (Uji Pakis)	: Pemeriksaan mikroskopik cairan vagina yang menunjukkan pola seperti daun pakis bila mengandung cairan amnion.
Gemeli	: Kehamilan dengan janin lebih dari satu (kembar).

Hodge	: Sistem penilaian penurunan bagian terbawah janin (kepala) dalam panggul, dengan tingkatan I–IV.
Inkompetensia serviks	: Ketidakmampuan serviks menutup secara sempurna sehingga rentan membuka secara prematur.
Inpartu	: Keadaan ibu yang sedang dalam proses persalinan.
Inseri plasenta	: Letak menempelnya plasenta pada dinding rahim.
Kala I	: Tahap persalinan dari awal kontraksi hingga pembukaan serviks lengkap (10 cm).
Kala II	: Tahap persalinan dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir.
Kala III	: Tahap persalinan dari bayi lahir hingga plasenta lahir.
Kala IV	: Tahap pengawasan 2 jam pertama setelah plasenta lahir
Kolagen	: Protein struktural yang menjadi komponen utama kekuatan selaput ketuban.
Korioamnionitis	: Infeksi pada selaput korion, amnion, dan cairan ketuban.
Korion	: Lapisan luar selaput pembungkus janin.
Leopold	: Teknik palpasi abdomen untuk menentukan posisi, letak, dan presentasi janin.
Litotomi	: Posisi berbaring telentang dengan kedua tungkai ditekuk dan diangkat, digunakan saat persalinan.
Manajemen aktif kala III	: Tindakan aktif setelah bayi lahir meliputi suntik oksitosin, peregang tali pusat terkendali, dan masase uterus untuk mempercepat pelepasan plasenta.

Masase uterus	:	Pemijatan pada fundus uteri untuk merangsang kontraksi rahim.
Moulase	:	Perubahan bentuk kepala janin akibat tekanan pada jalan lahir saat persalinan.
Multigravida/Multipara	:	Wanita yang sudah pernah hamil/melahirkan lebih dari satu kali.
Nitrazin test (Tes Lakmus)	:	Pemeriksaan pH cairan vagina menggunakan kertas lakmus untuk mendeteksi cairan ketuban.
Oligohidramnion	:	Kondisi jumlah cairan ketuban lebih sedikit dari normal.
Overdistensi uterus	:	Peregangan rahim yang berlebihan, misalnya akibat kehamilan kembar atau polihidramnion.
Paritas	:	Jumlah kelahiran hidup yang pernah dialami seorang wanita.
Partograf	:	Lembar pencatatan grafis kemajuan persalinan.
Plasentasi abnormal	:	Proses pembentukan plasenta yang tidak berjalan normal.
Polihidramnion	:	Kondisi jumlah cairan ketuban lebih banyak dari normal.
Postpartum	:	Periode setelah persalinan/masa nifas.
Preeklamsia	:	Kondisi hipertensi yang timbul setelah usia kehamilan 20 minggu disertai disfungsi organ.
Presentasi	:	Bagian terbawah janin yang berada di segmen bawah rahim/jalan lahir.
Preterm	:	Usia kehamilan kurang bulan, yaitu <37 minggu.
Primigravida atau Primipara	:	Wanita yang hamil atau melahirkan untuk pertama kalinya.
Sepsis	:	Respons tubuh terhadap infeksi berat yang dapat membahayakan jiwa.
Tirah baring	:	Istirahat total di tempat tidur

Tokolitik	: Obat yang digunakan untuk menghambat atau menghentikan kontraksi rahim.
Tunawicara	: Kondisi tidak dapat berbicara/bisu.
Uteroplasenta	: Berkaitan dengan aliran darah antara rahim dan plasenta.
Vaskularisasi	: Pembentukan/distribusi pembuluh darah pada suatu jaringan.

DAFTAR TABEL

Tabel 3.3 Matriks Tinjauan Teori dan Kasus	49
--	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam masalah obstetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi. Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan dimana pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Ketuban pecah dini (KPD) dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm (Ocviyanti & Wahono, 2022).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2025, Secara global, penyebab kematian ibu paling umum adalah perdarahan (27%), diikuti oleh penyebab tidak langsung obstetri (23%), dan gangguan hipertensi (16%). Proporsi kematian akibat perdarahan bervariasi secara signifikan antar Afrika serta Asia. Penyebab langsung lainnya meliputi komplikasi aborsi spontan dan yang diinduksi (8%), emboli (7%), infeksi terkait kehamilan (7%), dan penyebab langsung lainnya (10%) (WHO, 2025).

Data tahun 2024 menunjukkan bahwa faktor penyebab kematian ibu paling dominan di Indonesia adalah komplikasi non-obstetrik dengan jumlah 1.351 kasus. Selain itu, kondisi hipertensi yang terjadi selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas berkontribusi pada 988 kematian, disusul oleh perdarahan obstetrik sebanyak 955 kasus. Infeksi masa kehamilan, infeksi pada ibu hamil sering disebabkan oleh Ketuban Pecah Dini (209 kasus), komplikasi akibat abortus (94 kasus), serta

kegagalan manajemen medis yang tidak terantisipasi (47 kasuss) (Profil Kesehatan Indonesia, 2024).

Faktor klinis dominan berikutnya diikuti oleh kasus pendarahan pasca melahirkan sebesar 27,2% serta gangguan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 25,4%. Akumulasi dari ketiga determinan utama ini secara signifikan mendominasi lebih dari 80% dari total mortalitas maternal di wilayah tersebut. Sementara itu, faktor pendukung lainnya tercatat dalam skala yang lebih kecil, meliputi komplikasi obstetrik (12,1%), infeksi (3,9%), abortus (1,9%), dan komplikasi manajemen yang menempati posisi terendah dengan angka 0,8%. Secara geografis, distribusi sosiodemografi kasus ini memperlihatkan konsentrasi yang timpang pada wilayah dengan kepadatan penduduk tinggi. Kabupaten Bogor mencatatkan angka fatalitas tertinggi dengan 92 kasus, disusul oleh Kabupaten Garut dan Kabupaten Bandung masing-masing sebanyak 68 dan 49 kasus (Dinkes Jabar, 2025).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut periode 2019-2024, jika ditinjau dari pola penyebabnya, faktor infeksi sekarang menjadi ancaman baru yang jumlah kasusnya terus melonjak dan butuh perhatian serius kasus infeksi terkait kehamilan mengalami peningkatan signifikan sebesar lima kali lipat pada tahun 2024, yakni melonjak menjadi 5 kasus dari yang sebelumnya secara konsisten hanya menyumbang 1 kasus per tahun pada periode 2021–2023. Lonjakan ini mengindikasikan masih adanya celah dalam pemenuhan standar aseptik, keterlambatan penanganan ketuban pecah dini, ataupun kerentanan imunitas maternal terhadap patogen selama proses gestasi hingga masa nifas. Begitupun di

RSUD dr. Slamet Garut, di mana infeksi masih menjadi penyebab utama tingginya angka kematian ibu (Dinkes Garut, 2024).

Meskipun bukan penyebab tertinggi, infeksi tetap menjadi faktor penting yang berkontribusi terhadap kematian ibu, salah satunya berkaitan erat dengan kondisi Ketuban Pecah Dini (KPD) yang meningkatkan risiko infeksi serius pada ibu dan janin. Kegagalan menangani ketuban pecah dini secara tepat waktu dapat mengakibatkan infeksi. Ketika ketuban pecah terlalu dini, ibu dan janin berisiko lebih tinggi mengalami morbiditas dan mortalitas terkait infeksi. Hilangnya selaput ketuban, yang berfungsi sebagai penghalang terhadap kuman patogen, membahayakan kesehatan ibu dan anak (Rahmadani dkk., 2024).

Berdasarkan data dari rekam medik kebidanan di RSUD dr. Slamet Garut, angka kejadian ketuban pecah dini sepanjang periode Januari hingga April tahun 2026 telah mencapai 117 kasus. Tingginya angka tersebut dalam kurun waktu yang relatif singkat menunjukkan bahwa kondisi ini menjadi salah satu tantangan klinis yang signifikan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.

Menurut (Misharwati dkk., 2025) hubungan antara KPD dan AKI melalui mekanisme infeksi. Ketika selaput ketuban pecah sebelum waktunya, hilangnya fungsi barrier pelindung menyebabkan janin dan ibu rentan terhadap masuk dan berkembangnya bakteri patogen ke dalam rongga uteri, kondisi yang dikenal sebagai korioamnionitis. Infeksi maternal yang tidak segera ditangani dapat berkembang menjadi sepsis, syok septik, hingga kematian ibu. Oleh sebab itu, infeksi yang sebagian besar bersumber dari kejadian KPD masih menduduki peringkat ketiga penyebab AKI di Indonesia.

Penyebab Ketuban Pecah dini belum diketahui secara pasti, Namun Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban, Umur Ibu yang Beresiko yaitu kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun, Faktor multigravidas/Paritas, Pekerjaan, Disporposi kepala panggul, Berat Badan Janin, Usia Kehamilan, Kelainan Letak Janin, Gemeli, Riwayat KPD sebelumnya, Riwayat Abortus dan persalinan preterm sebelumnya, Perdarahan antepartum, anemia, dan Preeklamsia (Tahir, 2021).

Sejumlah penelitian menunjukkan adanya berbagai faktor yang memengaruhi kejadian ketuban pecah dini menurut (Rahmadani dkk., 2023) mengungkapkan bahwa status pekerjaan, paritas, dan presentasi janin memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian KPD. Sebaliknya, variabel pendidikan dan usia ibu tidak menunjukkan hubungan yang bermakna. Sejalan dengan hal itu, menurut (Wardan dkk., 2024) menemukan hubungan yang signifikan antara paritas dan usia kehamilan dengan kejadian KPD. Penelitian dari (Erwani dkk., 2023) juga memperkuat adanya hubungan signifikan antara paritas serta faktor infeksi terhadap kejadian KPD. Namun, penelitian tersebut mencatat bahwa riwayat trauma dan perilaku merokok pada ibu bersalin tidak berhubungan dengan KPD. Selain itu, menurut (Barokah & Agustina, 2021) menyimpulkan bahwa faktor internal seperti paritas, usia kehamilan, disproporsi kepala panggul (DKP), dan penyakit penyerta berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian KPD. Sementara itu (Etika Nur Ilmawati & Elika Puspitasari, 2026) dalam studinya di RS Bunga Bangsa Medika Yogyakarta menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu dan infeksi saluran kemih (ISK) dengan kejadian KPD. Kemudian (Handiani,

2021) menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan kembar (*gemelli*) dengan kejadian KPD.

Bidan sebagai tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan dalam asuhan persalinan normal memiliki peran yang sangat penting dalam mengenali tanda-tanda KPD secara dini, melakukan deteksi risiko, memberikan asuhan yang komprehensif, serta berkolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi dalam penanganan lebih lanjut. Asuhan kebidanan yang berbasis bukti (*evidence-based practice*) pada kasus KPD terbukti mampu meningkatkan keselamatan ibu dan bayi baru lahir (Hermanses & Kotarumalos, 2025).

Ketuban Pecah dini Jika tidak ditangani dapat membahayakan Ibu dan Bayi. Akibat yang ditimbulkan oleh Ketuban Pecah Dini diantaranya pada ibu akan menyebabkan terjadinya infeksi dalam persalinan dan nifas seperti Infeksi Saluran Kemih, Partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya Tindakan operatif obstetric (section caesarea) sedangkan pada Janin, KPD akan mengakibatkan terjadinya prematuritas (Syndrome Distress Pernapasan), sepsis, resiko kecacatan, hipoplasia, masalah pada Janin aterm, pemberian makan neonatal, oligohidroamnion, morbiditas dan mortalitas perinatal (Wulansari dkk., 2023).

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk Menyusun Laporan Tugas Akhir dengan judul **"ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. S USIA 25 TAHUN G₂P₁A₀ PARTURIEN 37–38 MINGGU DENGAN KPD DI RSUD dr. SLAMET GARUT"**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, maka dapat di rumuskan masalah sebagai berikut. “ Bagaimana Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. S umur 25 Tahun G2P1A0 Parturien 37-38 Minggu Dengan KPD di RSUD dr. slamet Garut?”.

1.3 Tujuan Penulis

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. S usia 25 tahun G2P1A0 parturien 37-38 minggu dengan KPD di ruang VK di RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian data Subjektif pada Ny. S usia 25 Tahun G2P1A0 Parturien 37-38 Minggu dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut .
2. Melaksanakan pengkajian data Objektif pada Ny. S usia 25 Tahun G2P1A0 Parturien 37-38 Minggu dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut.
3. Melaksanakan analisa pada Ny. S usia 25 Tahun G2P1A0 Parturien 37-38 Minggu dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut.
4. Melaksanakan penatalaksanaan pada Ny. S usia 25 Tahun G2P1A0 Parturien 37-38 Minggu dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut.

5. Melaksanakan pendokumentasian asuhan kebidanan persalinan pada Ny. S usia 25 Tahun G2P1A0 Parturien 37-38 Minggu dengan KPD di RSUD dr. Slamet Garut dengan metode SOAP.

1.4 Metode Pengumpulan Data

Asuhan kebidanan ini disusun dalam bentuk studi kasus yang didapat berdasarkan keadaan dan situasi yang nyata pada pemecahan masalah dengan teknik 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 Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk menambah pengetahuan dan bahan informasi untuk perkembangan ilmu kebidanan, khususnya dalam penatalaksanaan kasus kebidanan dengan ketuban pecah dini.

1.5.2 Manfaat Praktis

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.

2. Bagi Mahasiswa

Meningkatkan pemahaman, penalaran, dan keterampilan kritis peneliti dalam mengaplikasikan asuhan kebidanan yang komprehensif serta berbasis bukti pada pasien dengan penyulit Ketuban Pecah Dini (KPD).

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Meningkatkan pemahaman ibu hamil dan keluarga mengenai pentingnya pemeriksaan antenatal secara rutin, pengenalan tanda bahaya persalinan termasuk KPD, serta urgensi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai.

4. Bagi Lahan Praktik

Sebagai bahan masukan dan evaluasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan, terutama pada penanganan persalinan dengan KPD, terutama terkait pelaksanaan sesuai protap, Sehingga dapat mendorong peningkatan kualitas pelayanan kebidanan sesuai standar prosedur operasional yang berlaku.

1.6 Waktu Dan Tempat Penelitian

Tempat di ruang VK RSUD dr. Slamet Garut, dilakukan pada tanggal 6 April 2026.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Persalinan Dengan Ketuban Pecah Dini

2.1.1 Definisi

Persalinan adalah proses ketika serviks menipis dan membuka dan ketika janin turun ke poros jalan lahir. Persalinan normal yaitu persalinan terjadi secara normal, spontan, dan tidak ada penyulit sedangkan persalinan buatan yaitu persalinan dengan bantuan dimana persalinan ini tidak terjadi dengan sendirinya tetapi melalui pacuan (Indryani, 2024).

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum waktu yang seharusnya, baik pada akhir masa kehamilan maupun sebelum proses persalinan berlangsung. KPD preterm merujuk pada kondisi pecahnya ketuban sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu. Secara umum, KPD dapat diartikan sebagai robeknya selaput khorioamnion, baik seluruhnya maupun sebagian, yang terjadi selama masa kehamilan atau pada fase laten persalinan.

Kondisi ini menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya persalinan prematur. KPD terjadi akibat melemah atau robeknya dinding membran amnion dan khorion, di mana setelah ketuban pecah, dalam rentang satu jam berikutnya tidak ditemukan tanda-tanda awal persalinan, seperti pembukaan serviks. KPD dapat terjadi pada berbagai usia kehamilan, yakni kurang dari 32–34 minggu, antara 32–37 minggu, maupun lebih dari 37 minggu. Adapun KPD yang memanjang didefinisikan sebagai

kondisi ketuban pecah lebih dari 12 jam sebelum waktu persalinan tiba. Secara sederhana, KPD adalah pecahnya selaput pelindung air ketuban sebelum munculnya tanda-tanda persalinan. Kondisi ini juga dikenal dengan istilah ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) atau ketuban pecah prematur (KPP), yaitu keluarnya cairan dari jalan lahir atau vagina sebelum proses persalinan dimulai (Alisa dkk., 2024).

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang sering berkaitan dengan persalinan kurang bulan serta berkontribusi besar terhadap angka kematian perinatal pada bayi prematur. KPD adalah kondisi pecahnya selaput ketuban atau keluarnya cairan ketuban melalui vagina setelah usia kehamilan mencapai 22 minggu dan sebelum proses persalinan dimulai. Kondisi ini ditandai dengan pembukaan serviks kurang dari 3 cm pada primigravida dan kurang dari 5 cm pada multipara. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi baik pada kehamilan preterm sebelum usia kehamilan 37 minggu maupun pada kehamilan aterm (Saifuddin, 2024).

2.1.2 Etiologi

Penyebab pasti dari ketuban pecah dini hingga saat ini belum dapat diidentifikasi secara definitif. Namun demikian, berbagai sumber menyebutkan bahwa infeksi merupakan faktor yang paling erat kaitannya dengan kejadian KPD. Infeksi yang menyerang selaput ketuban secara langsung, infeksi yang merambat naik dari vagina, maupun infeksi pada cairan ketuban itu sendiri, semuanya berpotensi menyebabkan KPD. Selain

infeksi, KPD juga dapat dipicu oleh melemahnya membran secara fisiologis akibat kontraksi uterus.

Riwayat KPD pada kehamilan sebelumnya merupakan faktor risiko utama yang meningkatkan kemungkinan terulangnya KPD maupun persalinan prematur pada kehamilan berikutnya. Faktor lain yang turut berperan antara lain inkompetensia serviks, yaitu kondisi di mana kanalis servikalis tidak dapat menutup dengan sempurna akibat riwayat persalinan sebelumnya atau tindakan kuretase.

Peningkatan tekanan intrauterin yang berlebihan atau overdistensi uterus, misalnya akibat trauma, hidramnion, kehamilan kembar, hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis, juga dapat memicu terjadinya KPD, terlebih apabila disertai dengan infeksi. Kelainan letak janin, seperti posisi sungsang, turut menjadi faktor risiko karena tidak adanya bagian terendah janin yang menutup pintu atas panggul sehingga tekanan pada membran bagian bawah menjadi tidak terlindungi.

Faktor risiko lain yang berkaitan dengan KPD mencakup riwayat kelahiran prematur, kebiasaan merokok, perdarahan selama kehamilan, riwayat KPD sebelumnya, polihidramnion, kerusakan selaput ketuban pada kehamilan kembar, stres janin, serviks yang pendek, stres pada ibu, distensi uteri, serta infeksi selama kehamilan seperti bakterial vaginosis.

Berdasarkan faktor predisposisinya, risiko KPD meningkat pada kondisi dilatasi serviks, overdistensi uterus, infeksi koriodesidual, perdarahan dalam kehamilan, amniosintesis, dan persalinan preterm.

Adapun faktor-faktor yang memperkuat predisposisi tersebut meliputi inkompetensia serviks, kebiasaan merokok, infeksi, multiparitas, usia ibu di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun, kondisi sosial ekonomi yang tidak mendukung, serta riwayat KPD dan trauma sebelumnya. Faktor penyerta lain yang turut berkontribusi terhadap kejadian KPD antara lain usia ibu, paritas, anemia, jenis pekerjaan, presentasi janin, serta berat badan bayi saat lahir (Alisa dkk., 2024).

2.1.3 Patofisiologi

Ketuban pecah dini merupakan kondisi yang dipengaruhi oleh berbagai faktor (multifaktorial) dan berkaitan erat dengan pembesaran uterus, kontraksi uterus, serta pergerakan janin. Secara sederhana, pecahnya selaput ketuban terjadi akibat peningkatan tekanan yang secara bertahap melemahkan selaput tersebut. Ditinjau dari aspek molekuler, kondisi ini dipicu oleh menurunnya produksi kolagen, perubahan pada struktur kolagen, serta percepatan proses degradasi kolagen dalam tubuh.

Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi akibat kontraksi uterus dan peregangan yang berlangsung secara berulang, sehingga menyebabkan bagian inferior selaput ketuban menjadi rentan dan mudah robek. Salah satu faktor risiko yang berkontribusi terhadap kondisi ini adalah defisiensi asam karbonat, yang merupakan salah satu komponen penyusun kolagen. Pada awal kehamilan, selaput ketuban masih berada dalam kondisi yang relatif kuat. Namun, seiring bertambahnya usia kehamilan, khususnya pada trimester ketiga, selaput ketuban mengalami penurunan ketahanan

sehingga menjadi lebih mudah rapuh dan berpotensi pecah. Hal ini berkaitan dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, serta aktivitas pergerakan janin. Adapun ketuban pecah dini yang terjadi pada kehamilan prematur umumnya disebabkan oleh infeksi pada vagina, polihidramnion, inkompetensi serviks, maupun faktor-faktor penyebab lainnya (Nurlina dkk., 2025).

2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan Gejala Tanda dan gejala ketuban pecah dini menurut (Lisnawati & Jubaedah, 2023) yaitu:

a. Keluarnya Cairan Ketuban Melalui Vagina

Gejala utama yang paling jelas adalah timbulnya rembesan atau aliran cairan ketuban yang keluar secara terus-menerus melalui saluran kemih atau vagina.

b. Karakteristik Fisik dan Aroma Cairan

Cairan yang keluar memiliki aroma khas yang amis (bukan berbau pesing seperti amonia/urine). Secara visual, cairan ini umumnya berwarna jernih atau pucat, namun terkadang dapat disertai bercak atau garis-garis darah.

c. Sifat Aliran Cairan dan Pengaruh Posisi Tubuh

Aliran cairan ini tidak akan berhenti atau mengering karena tubuh terus memproduksinya secara konstan hingga proses persalinan tiba. Namun, volume rembesan dapat tersumbat atau berkurang untuk

sementara waktu apabila ibu berada dalam posisi duduk atau berdiri, karena kepala janin turun dan menahan area kebocoran tersebut

d. Indikasi Terjadinya Infeksi Komplikasi

Apabila kondisi KPD disertai dengan gejala tambahan seperti demam tinggi, pengeluaran flek/bercak vagina yang masif, rasa nyeri pada perut (abdomen), serta peningkatan denyut jantung janin (takikardia), hal tersebut menandakan bahwa telah terjadi infeksi.

2.1.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi

Terdapat beberapa faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya ketuban pecah dini. Menurut (Kartini dkk., 2023). Berikut adalah beberapa faktor yang dapat mempengaruhi risiko ketuban pecah dini :

a. Usia

Ibu Risiko ketuban pecah dini cenderung lebih tinggi pada wanita hamil yang sangat muda (di bawah usia 18) atau sangat tua (di atas usia 35).

b. Riwayat Ketuban Pecah Dini

Jika seorang wanita telah mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya, risikonya bisa lebih tinggi pada kehamilan berikutnya.

c. Infeksi

Infeksi pada saluran kemih, genital, atau sistem reproduksi dapat meningkatkan risiko ketuban pecah dini. Infeksi tersebut dapat merusak selaput ketuban dan memicu pecahnya selaput lebih awal dari biasanya.

d. Merokok

Wanita hamil yang merokok memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap ketuban pecah dini, karena zat-zat beracun dalam rokok dapat merusak selaput ketuban.

e. Kehamilan Ganda

Kehamilan dengan bayi kembar atau lebih dapat meningkatkan tekanan pada rahim dan menyebabkan selaput ketuban pecah lebih awal.

f. Tekanan pada Rahim

Tekanan yang berlebihan pada rahim akibat cairan ketuban yang berlebihan atau ukuran janin yang besar bisa memicu ketuban pecah dini.

g. Kehamilan Prematur Sebelumnya

Wanita yang pernah mengalami persalinan prematur pada kehamilan sebelumnya berisiko lebih tinggi terhadap ketuban pecah dini pada kehamilan berikutnya.

h. Preeklampsia

Kondisi preeklampsia, yang melibatkan tekanan darah tinggi dan kerusakan organ, dapat mempengaruhi kesehatan plasenta dan meningkatkan risiko ketuban pecah dini.

i. Berat Badan Kurang atau Berlebih

Wanita dengan berat badan yang sangat kurang atau berlebih sebelum atau selama kehamilan memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap ketuban pecah dini.

j. Paritas

Pada paritas tinggi (lebih dari 3 kali) akibat berkurangnya jaringan ikat, penurunan fungsi reproduksi, serta gangguan vaskularisasi. Selain itu, kondisi serviks yang telah membuka 1 cm akibat persalinan terdahulu, disertai melemahnya otot rahim dan abdomen, turut menurunkan kemampuan membran ketuban dalam menopang cairan amnion. Pada multipara, jaringan selaput ketuban juga mengalami penuaan serta penurunan kekuatan dan elastisitas, yang memicu terjadinya degenerasi fibril kolagen pada jaringan tersebut (Sujiati dkk., 2024).

k. Anemia

Pengaruh anemia terhadap janin diantaranya abortus, ada kematian intrauterin, rendahnya berat badan lahir, prematuritas, mudah infeksi serta cacat bawaan. Pada ibu, ketika kehamilan bisa

memberi akibat abortus, ketuban pecah dini, persalinan prematuritas (Devitasari dkk., 2025).

2.1.6 Diagnosa

1. Anamnesa

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

2. Inspeksi

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

3. Pemeriksaan dengan speculum

Pemeriksaan dengan speculum pada KPD akan tampak keluar cairan dari ostium uteri eksternum (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan manuver valsava, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior (Rokhila dkk., 2023).

4. Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam atau *vaginal toucher* (VT) merupakan prosedur klinis yang bertujuan untuk mengevaluasi status serviks uteri, meliputi derajat dilatasi, tingkat penipisan (*effacement*), serta posisi

presentasi janin. Melalui prosedur ini, dapat pula ditentukan ada atau tidaknya integritas selaput ketuban. Pelaksanaan pemeriksaan VT hendaknya dilakukan dengan penuh kewaspadaan dan frekuensi yang dibatasi, guna meminimalkan risiko terjadinya infeksi asendens (Nur & Mose, 2025).

Menurut (Alisa dkk., 2024) pemeriksaan dalam pada kasus KPD harus dihindari selama persalinan belum inpartu atau tidak ada indikasi obstetri yang mendesak, karena manipulasi mekanis tersebut secara signifikan memicu migrasi bakteri vagina menjadi patogen asenden.

5. Pemeriksaan penunjang

a. Tes Lakmus (Kertas Nitrazin)

Tes lakmus merupakan modalitas diagnostik sederhana yang berperan dalam mendukung penegakan diagnosis ketuban pecah dini (KPD). Sekret vagina dalam kondisi fisiologis memiliki derajat keasaman (pH) berkisar antara 4,5–6,0, sementara cairan amnion menunjukkan nilai pH 7,1–7,3. Perubahan warna kertas lakmus merah menjadi biru saat terpapar cairan vagina mengindikasikan kemungkinan adanya cairan amnion. Meskipun demikian, sejumlah kondisi dapat menyebabkan hasil positif palsu, di antaranya kontaminasi oleh darah, semen, antiseptik bersifat basa, maupun vaginosis bakterial. Di sisi lain, KPD yang telah berlangsung dalam

durasi yang lama berpotensi menghasilkan hasil negatif palsu (Dayal dkk., 2024).

b. Pemeriksaan Mikroskopik (Uji Pakis/Ferning Test)

Pemeriksaan mikroskopik terhadap cairan vagina merupakan salah satu metode konfirmasi dalam diagnosis KPD. Cairan amnion yang dioleskan pada kaca objek dan dibiarkan hingga kering akan memperlihatkan pola arborisasi khas yang dikenal sebagai gambaran *ferning* atau pola menyerupai daun pakis, yang terbentuk akibat kandungan natrium klorida dan protein dalam cairan amnion. Meskipun sensitivitas dan spesifisitas uji ini tergolong tinggi, akurasi diagnostiknya dapat mengalami penurunan apabila spesimen tercemar oleh darah atau mukus serviks (Yildiz & Gurer, 2022).

c. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

USG dilakukan untuk mengevaluasi indeks cairan ketuban (*Amniotic Fluid Index*/AFI). Penurunan jumlah cairan amnion (oligohidramnion) dapat memperkuat kecurigaan KPD. USG juga bermanfaat untuk menilai presentasi janin, taksiran berat janin, serta usia gestasi (Aristina dkk., 2023).

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi yang ditimbulkan dari terjadinya ketuban pecah dini sangat berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas bayi serta akan berdampak pada ibunya sendiri. Komplikasi ketika ibu mengalami ketuban

pecah dini yang paling sering terjadi pada saat persalinan yaitu infeksi dalam persalinan, infeksi pada saat masa nifas, dapat menyebabkan partus lama, perdarahan postpartum, meningkatkan risiko terjadinya sesar. Secara umum infeksi pada ketuban pecah dini meningkat sebanding dengan lamanya fase laten. Ada beberapa kriteria klinis yang menjadi ciri infeksi pada ketuban pecah dini yaitu adanya febris, uterine tenderness (di lakukan pemeriksaan setiap 4 jam sekali), takikardi (denyut nadi yang meningkat, lebih dari 100x/menit), serta denyut jantung janin (DJJ) lebih dari 160x/menit. Kemudian dampak KPD pada janin dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti, bayi lahir premature, respiratory distress syndrome, pendarahn intraventrikel, sepsis, hipoplasiaparu, deformitas skeletal sehingga janin yang dimana terhambatnya pertumbuhan janin karena kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasi pulmonary. Pecahnya selaput ketuban menyebabkan terbentuknya celah kecil yang dimana celah tersebut dapat membuat bagian kecil janin menempel dengan dinding uterus sehingga dapat menekan tali pusat yang dapat menyebabkan terjadinya asfiksia atau hipoksia. Semakin sedikitnya air ketuban maka janin akan semakin gawat (Alisa dkk., 2024).

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Konservatif Berdasarkan Usia Kehamilan:

- a. Usia Kehamilan < 32 Minggu: Dilakukan penanganan konservatif yang meliputi tirah baring total, pemberian sedatif (fenobarbital 3 x 30 mg), antibiotik selama 5 hari, serta glukokortikosteroid (deksametason 3 x 5

mg) selama 2 hari untuk pematangan paru janin. Tokolisis juga diberikan untuk mencegah kontraksi; namun, jika tanda-tanda infeksi muncul, kehamilan harus segera diakhiri (Fatimah et al., 2023).

- b. Usia Kehamilan 33–35 Minggu: Terapi konservatif diterapkan terlebih dahulu selama 24 jam, yang kemudian diikuti dengan tindakan induksi persalinan.
- c. Usia Kehamilan ≥ 36 Minggu: Jika sudah terdapat kontraksi (*his*), proses meneran dapat langsung dipimpin. Sebaliknya, jika belum ada kontraksi, tindakan induksi persalinan harus segera dilakukan. Kondisi ini khususnya diterapkan pada kasus ketuban pecah kurang dari 6 jam dengan pembukaan jalan lahir kurang dari 5 cm, atau ketuban pecah lebih dari 5 jam dengan pembukaan kurang dari 5 cm.

Penatalaksanaan Aktif (Usia Kehamilan > 37 Minggu):

- a. Pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu, dilakukan manajemen aktif berupa induksi persalinan menggunakan oksitosin. Jika proses induksi tersebut tidak berhasil, maka persalinan harus diakhiri melalui operasi seksio sesarea.
- b. Sebagai alternatif penanganan aktif, pemberian misoprostol dosis 25–50 μg secara intravaginal dapat dilakukan setiap 6 jam dengan frekuensi maksimal sebanyak 4 kali (Putriliani dkk., 2024).

2.2 Penelitian Terdahulu

2.1.1 Hubungan KPD dengan Paritas

Ibu yang telah melahirkan beberapa kali lebih berisiko mengalami KPD karena vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan jaringan ikat selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah spontan (Riandari dkk., 2023). Ketuban pecah dini lebih sering ditemukan pada wanita multipara dibandingkan nullipara. Hal ini disebabkan karena pada susunan serviks multipara dan grandemultipara, terdapat lebih banyak serabut saraf dari pada jaringan ikat dibandingkan serviks normal, sehingga jaringan serviks lebih mudah mengalami kerusakan.

Hasil penelitian (Erwani dkk., 2023) di sepuluh Praktik Mandiri Bidan Kecamatan Baturaja Timur menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian Ketuban Pecah Dini (p value = 0,049). Ibu bersalin dengan risiko paritas (kelahiran pertama atau lebih dari keempat) sebanyak 27,8% mengalami KPD, dibandingkan dengan ibu yang tidak berisiko (kelahiran kedua hingga keempat) sebesar 10,9%. Penelitian oleh (Barokah & Agustina, 2021).

2.1.2 Hubungan KPD dengan Persalinan Prematur

Ketuban Pecah Dini merupakan salah satu penyebab utama persalinan prematur. Diperkirakan sekitar 30–40% persalinan prematur didahului oleh pecahnya selaput ketuban, sehingga menjadikan KPD sebagai salah satu kontributor utama kelahiran preterm beserta

komplikasinya (Alviani & Normala, 2026). PPRM (*Preterm Premature Rupture of Membranes*) merupakan komplikasi yang terjadi pada sekitar sepertiga dari seluruh kelahiran prematur (Riandari dkk., 2023).

Persalinan prematur merupakan persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu, yang termasuk salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas neonatal di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. (Rosalia dkk., 2026) melaporkan bahwa di RS Sentra Medika Cikarang, terdapat hubungan yang signifikan antara KPD dengan kejadian persalinan prematur ($p = 0,014$), di mana responden yang mengalami KPD memiliki peluang 1,783 kali lebih besar mengalami persalinan prematur dibandingkan dengan yang tidak mengalami KPD.

2.1.3 Hubungan Hubungan Usia Ibu dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Usia ibu merupakan salah satu faktor risiko yang cukup banyak dikaji dalam kaitannya dengan kejadian KPD. Usia reproduksi normal bagi wanita untuk menjalani kehamilan adalah antara 20–35 tahun, karena pada usia tersebut organ reproduksi sudah berfungsi secara optimal (Riandari dkk., 2023).

Menurut (Mellisa, 2021) dalam tinjauan literturnya menyebutkan bahwa ibu dengan usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun memiliki risiko 4,95 kali lebih besar mengalami kejadian KPD dibandingkan dengan ibu yang berusia antara 20–35 tahun.

2.1.4 Hubungan Preeklamsia dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Preeklamsia merupakan kondisi hipertensi pada kehamilan yang didefinisikan sebagai hipertensi baru yang timbul setelah usia kehamilan 20 minggu disertai disfungsi organ. Patogenesisnya melibatkan plasentasi abnormal, kegagalan remodeling arteri spiral, peradangan sistemik, dan disfungsi endotel yang mengakibatkan peningkatan permeabilitas vaskular serta penurunan aliran darah uteroplasenta (Alviani & Normala, 2026).

Mekanisme patologis preeklamsia secara langsung menghubungkannya dengan kejadian KPD, karena penurunan perfusi plasenta mengganggu nutrisi janin dan melemahkan integritas selaput ketuban (Barokah & Agustina, 2021). Preeklamsia menyebabkan penurunan perfusi uteroplasenta yang mengakibatkan hipoksia janin dan melemahkan integritas membran amniokorion, sehingga meningkatkan risiko KPD (Alviani & Normala, 2026). Komplikasi preeklamsia maupun eklamsia berdampak langsung pada kualitas janin, terutama karena menurunnya aliran darah plasenta yang mengakibatkan kekurangan nutrisi serta gangguan pertumbuhan janin.

Penelitian (Barokah & Agustina, 2021) membuktikan bahwa penyakit penyerta termasuk preeklamsia berat dan hipertensi memengaruhi kejadian KPD secara signifikan dalam analisis regresi logistik multivariat. Preeklamsia/eklamsia pada ibu hamil mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas dan keadaan janin dalam kandungan, dan jenis penyakit

penyerta dari 20,5% responden dalam penelitian tersebut adalah preeklamsia berat dan hipertensi.

2.1.5 Hubungan Infeksi dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Korioamnionitis adalah keadaan ketika korion, amnion, dan cairan ketuban terinfeksi bakteri. Infeksi klamidia genitourinaria pada usia gestasi 24 minggu berkaitan dengan kejadian ketuban pecah dini. Infeksi saluran kemih merupakan prediktor obstetrik dan ginekologi dari ketuban pecah dini, sehingga tenaga kesehatan harus mampu mendeteksi secara dini adanya infeksi pada ibu hamil untuk mencegah komplikasi yang dapat (Mellisa, 2021). Sebelum proses persalinan terjadi, selama selaput ketuban masih utuh, janin mendapat perlindungan dari mikroorganisme melalui mekanisme pertahanan berupa "physical barrier" yang terdiri dari mukus serviks yang mengandung lysozyme, selaput ketuban yang utuh, serta sifat antibakteri dari cairan amnion.

Hasil penelitian (Erwani dkk., 2023) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara riwayat infeksi dengan kejadian KPD. Ibu bersalin yang mengalami infeksi pada saat hamil sebanyak 38% mengalami kejadian Ketuban Pecah Dini, jauh lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak mengalami infeksi (14%). Penelitian serupa oleh (Mellisa, 2021) menyebutkan bahwa infeksi 11,6 kali lebih besar mendukung terjadinya KPD dibandingkan dengan yang tidak mengalami infeksi.

2.1.6 Hubungan Merokok dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Paparan asap rokok, baik sebagai perokok aktif maupun perokok pasif, merupakan faktor risiko yang diakui dalam kejadian Ketuban Pecah Dini. (Riandari dkk., 2023) dalam tinjauan literturnya menyebutkan bahwa responden yang terkena paparan asap rokok dan merokok memiliki risiko 6,935 kali lebih besar mengalami KPD dibandingkan responden yang tidak terpapar Mekanisme merokok dalam memicu KPD melibatkan beberapa jalur biologis. Rokok mengandung superoxide, hydrogen peroxide, hydroxyl ions, dan nitric oxide yang dapat merusak matriks kolagen atau pertahanan antioksidan selaput ketuban. Asap rokok terbukti menghambat aktivitas protease, yang berperan dalam mempertahankan integritas membran amnion (Erwani dkk., 2023).

Menurut (Alviani & Normala, 2026) dalam laporan kasusnya menyoroti peran ganda merokok sebagai faktor risiko. Nikotin menyebabkan vasokonstriksi melalui pelepasan katekolamin adrenal yang secara langsung meningkatkan tekanan darah dan memicu disfungsi endotel. Karbon monoksida dalam asap rokok yang memiliki afinitas lebih tinggi terhadap hemoglobin dibandingkan oksigen menyebabkan iskemia plasenta yang memperkuat patogenesis preeklamsia dan KPD melalui jalur stres oksidatif. Selain itu, vasokonstriksi akibat nikotin mengurangi aliran darah umbilikal yang berdampak pada penurunan suplai oksigen dan nutrisi janin, serta berpotensi melemahkan kekuatan selaput ketuban.

2.1.7 Hubungan Gemeli dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Kehamilan kembar atau gemeli merupakan salah satu kondisi yang dikaitkan dengan peningkatan risiko KPD. Pembesaran uterus yang berlebihan akibat kehamilan kembar dapat menyebabkan overdistensi uterus, yang membuat rahim lebih besar sehingga selaput ketuban menjadi lebih tipis dan mudah pecah (Barokah & Agustina, 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh (Irinericy & Hidayat, 2023). Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara kehamilan gameli dengan kejadian KPD, kehamilan gameli berisiko 5 kali lebih besar mengalami KPD dibandingkan dengan kehamilan tidak gameli. Hasil tersebut didukung oleh penelitian (Khofifah dkk., 2022) 57 responden menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan ganda dengan kejadian KPD dengan nilai $p\text{-value} = 0,026$ dan $OR = 14,667$, artinya responden dengan kehamilan ganda berpeluang 14,667 kali lebih besar mengalami KPD dibandingkan dengan kehamilan tunggal.

Sejalan dengan kedua penelitian di atas, (Sri, 2021) mendapatkan hasil bahwa dari 20 ibu yang mengalami kehamilan ganda, sebanyak (90,0%) mengalami KPD, sehingga disimpulkan terdapat hubungan antara kehamilan ganda dengan kejadian KPD.

2.1.8 Hubungan Riwayat KPD Sebelumnya dengan KPD

Wanita yang mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya akan memiliki risiko 3–4 kali lebih besar mengalami KPD kembali dibandingkan wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya (Riandari dkk.,

2023). Hasil ini sejalan dengan penelitian (Sri, 2021) yang menemukan sebanyak (82,1%) mengalami KPD kembali, Hal ini disebabkan karena komposisi membran yang menjadi mudah rapuh dan adanya penurunan kolagen dalam membran pada kehamilan berikutnya.

2.2.6 Kewenangan Bidan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021, Ketuban Pecah Dini (KPD) diklasifikasikan sebagai komplikasi atau penyulit kehamilan dan persalinan. Oleh karena itu, batasan kewenangan bidan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) diatur secara ketat dalam Bab II (Pasal 13, 17, 18, dan 20). Regulasi ini menegaskan bahwa peran utama bidan dalam kasus KPD meliputi deteksi dini melalui penapisan antenatal, pemberian tindakan prarujukan untuk stabilisasi kondisi pasien, serta pengorganisasian rujukan segera ke rumah sakit demi meminimalkan risiko mortalitas pada ibu dan janin (Permenkes, 2021).

2.1.9 Hubungan Anemia dengan Kejadian KPD

Anemia merupakan suatu keadaan di mana kadar hemoglobin (Hb) di dalam darah lebih rendah dari nilai normal menurut kelompok orang tertentu. Pada ibu hamil, anemia didefinisikan apabila kadar Hb kurang dari 11 gr/dL pada trimester pertama dan ketiga, atau kurang dari 10,5 gr/dL pada trimester kedua. Anemia merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya ketuban pecah dini (Prastina dkk., 2023) .

Mekanisme hubungan antara anemia dan KPD dapat dijelaskan melalui jalur imunologis dan struktural. Pada ibu hamil dengan anemia,

kadar hemoglobin sebagai pembawa zat besi dalam darah berkurang. Berkurangnya hemoglobin dalam jaringan menyebabkan jaringan tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen ke seluruh tubuh, terutama ke jaringan selaput ketuban. Akibatnya, terjadi kerapuhan pada beberapa daerah selaput ketuban sehingga terjadi kebocoran pada daerah tersebut (Prastina dkk., 2023).

Penelitian (Ermiza dkk., 2025) di Rumah Sakit Surya Insani Pasir Pengaraian juga membuktikan bahwa dari 566 responden ibu bersalin, sebanyak 113 ibu (20,0%) mengalami anemia. Anemia teridentifikasi sebagai salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian KPD pada ibu bersalin. Senada dengan hal tersebut, tinjauan literatur yang dilakukan oleh (Riandari dkk., 2023) terhadap lima jurnal penelitian menegaskan bahwa status anemia berhubungan secara signifikan dengan terjadinya KPD, dan ibu dengan karakteristik ini memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami KPD.

2.1.10 Hubungan KPD dengan Tekanan pada Rahim

Berat badan janin merupakan salah satu faktor yang berkaitan dengan terjadinya ketuban pecah dini. Janin dengan berat badan di luar rentang normal, baik di bawah 2.500 gram maupun di atas 4.000 gram, dapat memengaruhi tekanan pada selaput ketuban dan meningkatkan risiko terjadinya KPD (Wulansari dkk., 2023).

Tinjauan literatur oleh (Riandari dkk., 2023) yang mengkaji lima artikel ilmiah juga memasukkan berat badan janin sebagai salah satu

variabel yang dikaji dalam hubungannya dengan KPD. Secara teoritis, berat badan janin yang berlebih (makrosomia) dapat meningkatkan tekanan pada bagian bawah rahim sehingga selaput ketuban lebih rentan mengalami ruptur sebelum waktunya. Oleh karena itu, pemantauan pertumbuhan janin melalui pemeriksaan antenatal care yang teratur sangat penting dilakukan untuk mengidentifikasi faktor risiko ini secara dini.

Cairan amnion adalah cairan yang mengisi rongga rahim dan diproduksi oleh sel-sel trofoblas. Cairan ini merupakan sumber nutrisi bagi janin dalam kandungan serta berfungsi sebagai pelindung janin dari trauma eksternal dan infeksi. Sejak berusia 12 minggu, janin mulai menelan air ketuban dan mengeluarkannya melalui air seni sehingga volume cairan amnion terjaga dalam keseimbangan tertentu. Volume cairan amnion yang terlalu banyak (polihidramnion) maupun terlalu sedikit (oligohidramnion) dapat membahayakan kehamilan dan berkontribusi terhadap terjadinya KPD. Penelitian (Wardan dkk., 2024) di RSUD Kota Sabang yang melibatkan 320 responden menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara cairan amnion dengan kejadian ketuban pecah dini. Dari 35 responden dengan polihidramnion, sebanyak 20 responden (57,1%) mengalami KPD. Dari 12 responden dengan oligohidramnion, sebanyak 7 responden (58,3%). Hasil penelitian tersebut menegaskan bahwa kelainan pada volume cairan amnion, baik polihidramnion maupun oligohidramnion, secara signifikan meningkatkan risiko terjadinya KPD. Oleh sebab itu, pemeriksaan ultrasonografi untuk menilai indeks cairan

amnion menjadi bagian penting dalam pemantauan kehamilan, khususnya pada ibu hamil yang memiliki faktor risiko tinggi terhadap kejadian KPD.

2.3 Metode Dokumentasi

Pengkajian klinis merupakan fondasi utama dalam merumuskan asuhan kebidanan yang berpusat pada kebutuhan pasien. Oleh sebab itu, proses pengumpulan data wajib dilakukan secara objektif, komprehensif, dan faktual. Keberadaan data yang valid sangat krusial agar diagnosis kebidanan dapat ditegakkan secara tepat demi memberikan intervensi yang sesuai dengan respons pasien. Dalam praktiknya, mengorganisasi dan mengelompokkan data fokus menjadi indikator penunjang diagnosis merupakan sebuah aktivitas kognitif yang kompleks dan memiliki tantangan tersendiri.

Struktur dokumentasi asuhan kebidanan diuraikan melalui empat komponen utama (SOAP), yaitu

a. S (*Subjective*): Data Subjektif

Data subjektif menghimpun segala informasi, keluhan utama, maupun kekhawatiran yang dirasakan dari sudut pandang pasien. Informasi ini didokumentasikan dalam bentuk ringkasan kalimat atau kutipan langsung yang berkorelasi dengan diagnosis. Pada kasus khusus di mana pasien mengalami tunawicara (bisu), bagian data subjektif dapat ditandai dengan simbol "0" atau "X" sebagai keterangan penjelas. Secara klinis, data subjektif berfungsi memperkuat indikasi diagnosis yang akan dirumuskan.

b. O (*Objective*): Data Objektif

Data objektif merupakan dokumentasi faktual yang diperoleh dari hasil pengamatan klinis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang (seperti hasil laboratorium, radiologi/sinar-X, ultrasonografi/USG, dan kardiotokografi/CTG). Selain itu, catatan medis terdahulu serta informasi tambahan dari pihak keluarga dapat diintegrasikan sebagai data pendukung. Komponen ini menyajikan bukti nyata mengenai gejala klinis serta fakta fisik pasien yang mendasari penegakan diagnosis kebidanan.

c. A (*Assessment*): Analisis dan Diagnosis

Assessment adalah proses dokumentasi hasil analisis, interpretasi, dan kesimpulan klinis yang disintesis dari perpaduan data subjektif serta data objektif. Mengingat kondisi pasien bersifat dinamis dan fluktuatif, pengkajian data harus dilakukan secara berkelanjutan. Analisis yang tajam dan akurat terhadap setiap pembaruan data sangat penting untuk mendeteksi perubahan kondisi pasien secara dini, sehingga bidan dapat mengambil keputusan klinis atau tindakan kegawatdaruratan secara tepat waktu.

d. P (*Planning*): Penatalaksanaan dan Rencana Asuhan

Planning merepresentasikan penyusunan rencana tindakan, baik untuk penanganan saat ini maupun jangka panjang, dengan tujuan mengoptimalkan, menjaga, serta mempertahankan taraf kesehatan dan kesejahteraan pasien. Proses ini mencakup penetapan kriteria hasil (tujuan asuhan) yang spesifik dan terukur dalam batas waktu tertentu. Setiap

intervensi yang direncanakan harus berorientasi pada pemulihan pasien serta selaras dengan program kolaborasi medis apabila melibatkan dokter. Dapat diselesaikan dan dikelola secara sistematis melalui pendekatan manajemen kebidanan (Yusari & Risneni, 2021).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. S USIA 25 TAHUN

G₂P₁A₀ PARTURIEN 37 - 38 MINGGU DENGAN KPD DI RSUD dr.

SLAMET GARUT

Tanggal Pengkajian : 6 April 2026

Waktu Pengkajian : 12.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang VK

A. Data Subjektif

1. Identitas

Nama	: Ny. S	Nama	: Tn. A
Umur	: 25 Tahun	Umur	: 30 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: BHL
Alamat	: KP. Cilelang	Alamat	: KP. Cilelang

2. Keluhan Utama

Ibu mengaku hamil 9 bulan datang ke PKM di rujuk ke RSUD dengan indikasi KPD 12 jam.

3. Keluhan Utama

Ibu mengeluh mengeluarkan air-air dari jalan lahir berwarna jernih pada tanggal 6 April 2026 pukul 00.00 WIB, gerakan janin masih dirasakan secara

aktif. Selanjutnya, pada pukul 02.00 WIB ibu mulai merasakan mules yang disertai dengan pengeluaran lender bercampur darah.

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

HPHT	: 20-07-2025	Siklus	: 21 Hari
TP	: 27-4-2026	Lama	: 5-6 hari
Menarce	: 11 Tahun	Banyak	: 2-3x ganti pembalut

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

Kehamilan ini merupakan kehamilan kedua dan ibu tidak memiliki riwayat keguguran anak pertama lahir pada tahun 2022 secara spontan (normal) di Puskesmas ditolong oleh bidan. Persalinan tersebut mengalami komplikasi berupa kontraksi premature pada usia kehamilan 32 minggu dengan berat badan lahir sangat rendah (BBLSR) sebesar 1.200 gram dan berjenis kelamin laki-laki. Bayi dinyatakan meninggal pada usia satu minggu.

c. Riwayat kehamilan Sekarang

Ibu datang ke puskesmas pada tanggal 6 April 2026 pukul 02.00 WIB dengan keluhan keluar air-air dari jalan lahir berwarna jernih sejak pukul 00.00 WIB, dilakukan pemeriksaan dalam 1 cm, pada pukul 06.00 WIB pembukaan serviks menetap di 1 cm, kemudian diberikan Amoxicilin 500 mg per oral. Selanjutnya, pada pukul 10.00 WIB, dilakukan pemeriksaan dalam 2 cm. Setelah dilakukan observasi selama 12 jam, pasien dirujuk ke RSUD dr. slamet Garut. Sebagai persiapan rujukan,

dilakukan pemasangan infus Ringer Laktat (RL) dan kateter urin (DC) satu jam sebelum keberangkatan.

Periksa pertama kali : 5 Minggu
 Tempat Periksa : Posyandu 7x, PKM 3x, USG 2x
 Gerakan Janin Pertama : 20 Minggu
 Gerakan Janin Sekarang : Aktif
 Imunisasi TT : TT1
 Konsumsi Tablet Fe : Ya
 Obat-obatan lain : Tidak

5. Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak memiliki penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi.

6. Riwayat Kesehatan

b. Riwayat Kesehatan Terdahulu

Ibu mengatakan tidak pernah memiliki penyakit yang menurun, menahun dan menular.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu mengatakan saat ini tidak memiliki penyakit yang menurun, menahun dan menular.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan di keluarganya maupun keluarga suami tidak memiliki penyakit yang menurun, menahun dan menular.

7. Riwayat Alat Kontrasepsi

Ibu mengatakan menggunakan KB suntik 3 bulan $\pm$ 2 tahun, tidak ada keluhan apapun, alasan berhenti ingin memiliki anak lagi.

8. Riwayat Pernikahan

Ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suaminya, nikah pada usia 20 tahun dan suami usia 25 tahun, lamanya kurang lebih sudah 5 tahun

9. Riwayat Psikologis

Ibu senang atas kehamilannya, suami dan keluarga mendukung atas kehamilannya, pengambil Keputusan dalam keluarga adalah suami.

10. Aktivitas sehari-hari

a. Nutrisi

Makan : 2-3x/hari Minum : 7-8 gelas/hari

b. Istirahat

Siang : 1-2 jam Malam : 6-7 jam

c. Eliminasi

BAB : 1x/hari BAK : 6-7x/hari

d. Personal Hygiene

Mandi : 2x/hari Ganti Pakaian : 2x/hari

e. Aktivitas Sehari-hari

Ibu hanya mengerjakan pekerjaan rumah ringan

f. Aktivitas Seksual

Ibu mengatakan selama hamil jarang melakukan hubungan seksual, terakhir 1 minggu yang lalu.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 89x/m

R : 20x/m

S : 36,5 °C

SpO2 : 98%

2. Antropometri

BB sebelum hamil : 50 Kg

BB : 67 Kg

TB : 157 Cm

LILA : 29 Cm

IMT : 20,32

3. Pemeriksaan Fisik

Wajah : Tidak oedema dan pucat

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, fungsi penglihatan baik.

Hidung : Bersih, tidak ada polip dan sekret, fungsi penciuman baik.

Mulut : Bibir tidak kering, gigi tidak ada caries dan stomatitis.

Telinga : Simetris, tidak ada masalah pendengaran.

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, limfe dan vena jugularis.

Payudara : Simetris, tidak ada retraksi, masa dan nyeri tekan, putting menonjol belum ada pengeluaran colostrum.

Abdomen : Inspeksi : Tidak ada bekas operasi.

Palpasi : L1 : Besar, lunak, tidak melenting

L2 : Kiri : Keras, memanjang seperti papan (punggung)

Kanan : Bagian-bagian kecil tampak kosong (ekstremitas)

L3 : Bulat, keras, melenting (kepala), sudah masuk PAP

L4 : Divergen

Perlimaan : 3/5

TFU : 30 cm

TBBJ : 2.945 gram

His : 4x10'35"

Ekstremitas : Atas : Tidak ada oedema, kuku tidak pucat, terpasang infus RL

Bawah : Tidak ada oedema, tidak ada varices, reflek patella (+)

Anogenital : VT :

Portio : Tipis, lunak

Pembukaan : 6 cm
 Ketuban : Jernih
 Presentasi : Kepala
 Hodge : II
 Moulase : Tidak ada
 Anus : Tidak ada hemoroid

4. Pemeriksaan Penunjang

Lakmus : (+)
 HB : 12,9 gr/dl
 Triple eliminasi : NR
 USG : Janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, estimasi berat janin (EBJ) 2.900 gram, usia kehamilan 38 minggu. Kondisi cairan ketuba berkurang (oligohidramnion) dengan insersi plasenta di fundus.

C. Analisis

G₂P₁A₀ 37-38 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan KPD, janin Tunggal hidup intrauterine.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Ev : Ibu mengetahui keadaannya

2. Berkolaborasi dengan dokter : Eritromisin 4x250 mg, CTG

Ev : Jika hasil CTG kategori 1 (normal) dilakukan drip oxy 5 IU

3. Memberikan eritromisin 4x250 mg

Ev : Obat telah di berikan dan diminum pada pukul 12.20 WIB

4. Melakukan pemantauan DJJ menggunakan CTG

Ev: Pemantauan dimulai pukul 12.22 WIB dengan hasil kategori I (normal)

5. Memberikan drip oxy 5 IU

Ev : drip oxy telah terpasang pada pukul 12.37 WIB, 20 tpm

6. Mengobservasi kemajuan persalinan dan djj

Ev : Hasil terlampir pada partograf

7. Mengajarkan ibu teknik pernafasan dalam untuk mengurangi rasa nyeri dan menganjurkan ibu untuk miring kiri

Ev : Ibu mampu mendemonstrasikan teknik napas dalam dengan benar dan ibu merasa lebih tenang

8. Menyiapkan alat, obat dan perlengkapan ibu dan bayi

Ev : Telah disiapkan

3.1.1 CATATAN PERKEMBANGAN KALA II

Tanggal Pengkajian : 6 April 2026

Waktu Pengkajian : 14.00 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengeluh mulesnya semakin kuat dan ada dorongan ingin mendedan

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Meringis

Kesadaran : Compos mentis

TTV : TD : 110/80 mmHg

N : 90x/m

R : 22x/m

S : 36,6°C

SpO2 : 99%

Palpasi : His : 5x10'50''

Kandung kemih : Kosong

Auskultasi : DJJ : 140x/m

Genetalia : V/v : T.A.K

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : -

Presentasi : Kepala

Hodge IV

C. Analisis

G₂P₁A₀ inpartu kala II dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterine

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Ev: Ibu mengetahui keadaannya dan bersedia

2. Mendekatkan obat, alat dan perlengkapan persalinan

Ev: Telah tersedia

3. Memposisikan ibu posisi litotomi

Ev: Ibu sudah dalam posisi litotomi

4. Memimpin meneran dan menolong kelahiran bayi.

Ev: Pukul 14.30 WIB, bayi lahir spontan, segera menangis kuat, warna kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan.

5. Mengeringkan bayi, jepit-jepit potong dan menyerahkan keruangan bayi

Ev: Sudah dilakukan

3.1.2 CATATAN PERKEMBANGAN KALA III

Tanggal Pengkajian : 6 April 2026

Waktu Pengkajian : 14.31 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan sedikit mulas dan senang atas kelahiran bayinya.

b. Data Objektif

Keadan Umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

TTV : TD : 100/80 mmHg

N : 87 x/m

R : 21x/m

S : 36,5 °C

SP02 : 99%

Palpasi : TFU : Sepusat

Kontraksi : Keras

Kandung kemih : Kosong

Inspeksi : V/v : Tampak tali pusat, perdarahan ± 100 cc

c. Analisis

P₂A₀ kala III

d. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan

Ev: Ibu mengetahui keadaanya

2. Melakukan manajemen aktif kala III (suntik oxy, PTT dan masase uterus)

Ev: Tidak ada janin kedua, suntik oxy di paha kanan 10 IU, plasenta lahir

lengkap jam 14.38 WIB, masase 15x15'' uterus keras

3. Memfasilitasi ibu untuk pemasangan IUD copper T

Ev: IUD sudah terpasang

4. Melakukan pengecekan laserasi

Ev: Tidak ada laserasi

3.1.3 CATAN PERKEMBANGNA KALA IV

Tanggal Pengkajian : 6 April 2026

Waktu Pengkajian : 14.39 WIB

a. Data Subjektif

Ibu mengeluh lelah dan lemas

b. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

	N	:	90x/m	
	R	:	20x/m	
	S	:	36,7°C	
	SP02	:	98%	
Palpasi	:	TFU	:	2 jari di bawah pusat
		Kontraksi	:	Kuat
		Kandung kemih	:	Kosong
Inspeksi	:	V/v	:	Tidak terdapat laserasi
		Perdarahan	:	± 80 cc

c. Analisis

P₂A₀Kala IV

d. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan

Ev: Ibu mengetahui keadaannya

2. Membersihkan alat dan lingkungan sekitar ibu

Ev: Alat telah didekontaminasi dan ibu merasa lebih nyaman.

3. Mengobservasi kala IV selama 2 jam

Ev: Hasil observasi telah dicatat pada partograf.

4. Mengajarkan ibu untuk melakukan masase uterus selama 15x15''

Ev: Ibu mampu mendemonstrasikan masase uterus

5. Menganjurkan ibu untuk pemenuhan nutrisi

Ev: Ibu telah makan dan minum

6. Memberikan KIE mengenai tanda bahaya ibu nifas

Ev: Ibu memahami penjelasan yang diberikan

3.2 ASUHAN KEBIDANAN NIFAS PADA NY. S P₂A₀ POSTPARTUM 2 JAM

Waktu pengkajian : 16.39 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang VK

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan masih merasa lemas

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

TTV : TD : 110/80 mmHg

N : 84x/m

R : 22x/menit

S : 36,5 °C

SpO₂ : 99%

2. Pemeriksaan Fisik

Wajah : Tidak oedema dan pucat

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : Simetris, tidak ada retraksi, masa dan nyeri tekan,
putting menonjol belum ada pengeluaran colostrum

Abdomen : Inspeksi : Tidak ada luka bekas operasi

Palpasi : TFU : 2 jari di bawah pusat

Kontraksi : Kuat

Kandung Kemih : Kosong

Anogenital : V/v : T.A.K

Perdarahan : $\pm$ 50 cc

Anus : Tidak ada hemoroid

Ekstremitas : Atas : Simetris, jari lengkap, kuku tidak pucat,
terpasang infus

Bawah : Simetris, jari lengkap, tidak ada varices,
kemerahan, oedema dan tanda human,
reflek patella (+)

C. Analisis

P₂A₀ Postpartum 2 jam

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Ev : Ibu mengetahui keadaannya

2. Mengobservasi ku, tfu, kontraksi, perdarahan, kandung kemih

Ev : Keadaan umum ibu tampak baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus teraba kuat, TFU berada 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal, dan kandung kemih kosong.

3. Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi ibu.

Ev : Keluarga memahami penjelasan yang diberikan dan akan menyediakan makanan bergizi serta cairan yang cukup bagi ibu.

4. Memfasilitasi keluarga untuk mendukung pemenuhan kebutuhan istirahat ibu serta menciptakan lingkungan yang kondusif dengan cara membatasi jumlah pengunjung.

Ev : Ibu dan keluarga bersedia bekerja sama dalam mengatur waktu istirahat dan membatasi kunjungan demi kenyamanan ibu.

5. Memberikan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) kepada ibu dan keluarga mengenai tanda-tanda bahaya pada masa nifas

Ev : Ibu dan keluarga mampu memahami seluruh penjelasan mengenai tanda bahaya nifas yang disampaikan dan bersedia segera datang ke fasilitas kesehatan jika mengalaminya.

3.3 Matriks Tinjauan Teori dan Kasus

Tabel 3.3 Matriks Tinjauan Teori dan Kasus

Kasus	Pengertian	Penyebab		Tanda dan Gejala		Planning atau Intervensi		Evidance Based
		Teori	Praktik	Teori	Praktik	Teori	Praktik	
Ketuban Pecah Dini (KPD)	Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah kondisi pecahnya selaput khorioamni on sebelum proses persalinan dimulai, baik pada kehamilan aterm (≥ 37 minggu) maupun preterm (< 37 minggu).	Menurut (Kartini dkk., 2023) (Sujiati dkk., 2024) dan (Devitasari dkk., 2025). Faktor risiko KPD meliputi: • Usia ibu < 18 tahun atau > 35 tahun • Riwayat KPD pada kehamilan sebelumnya • Infeksi saluran kemih,	Pada kasus Ny. S, factor yang berkaitan: • Riwayat persalinan prematur pada kehamilan pertama (2022), bayi BBLSR 1.200 gram • Multigravida (G2P1A0) • Aktivitas seksual terakhir 1 minggu	Menurut (Lisnawati & Jubaedah, 2023). Keluarnya cairan melalui vagina secara terus-menerus • Cairan berbau amis (bukan seperti urin) • Cairan berwarna jernih • Tidak berhenti mengalir	Ny. S mengeluhkan: • Keluar air-air dari jalan lahir secara tiba-tiba, berwarna jernih, berbau amis • Tidak dapat ditahan • Pukul 02.00 WIB disertai mulas dan pengeluaran lendir bercampur darah	Penatalaksanaan KPD ≥ 37 minggu (Putriliani dkk., 2024): • Manajemen aktif: induksi persalinan dengan oksitosin • Pemberian antibiotik (Eritromisin 4x250 mg) untuk mencegah infeksi asenden	Tindakan yang dilakukan pada Ny. S: • Kolaborasi dengan dokter SpOG • Pemberian Eritromisin 4x250 mg (pukul 12.20 WIB) • Pemantauan CTG $\rightarrow$ hasil Kategori I (normal) • Pemasangan drip Oksitosin 5 IU, 20 tpm	• Usia Kehamilan ≥ 37 Minggu : Induksi persalinan segera (oksitosin) efektif menurunkan risiko infeksi maternal (korioamnionitis), infeksi neonatal, dan durasi rawat inap. • Usia Kehamilan ≤ 37 Minggu : Apabila tidak ditemukan tanda-tanda infeksi intrauterin maupun gawat janin (<i>fetal distress</i>), pilihan tatalaksana utama mempertahankan kehamilan.

	KPD ditandai dengan pembukaan serviks <3 cm pada primigravida dan <5 cm pada multipara (Saifuddin, 2024).	genital, atau sistem reproduksi • Kebiasaan merokok • Kehamilan ganda • Tekanan berlebihan pada rahim (polihidramnion/janin besar) • Riwayat persalinan prematur sebelumnya • Preeklampsia • Berat badan ibu sangat kurang atau berlebih • Paritas tinggi (>3x) • Anemia	sebelum kejadian • Usia ibu 25 tahun (tidak termasuk risiko usia)	• Bila disertai infeksi: demam, bercak vagina massif, nyeri perut, takikardia janin (DJJ >160x/menit)	• DJJ 131x/menit (normal), suhu 36,5°C (tidak ada tanda infeksi) • Lakmus positif (+), USG: oligohidramnion	• Pemantauan kesejahteraan janin dengan CTG • Bila induksi gagal: seksio sesarea • Observasi tanda-tanda infeksi • Pemasangan infus RL	(pukul 12.37 WIB) • Observasi kemajuan persalinan dan DJJ (terlampir di partograf) • Infus RL terpasang • Bayi lahir spontan pukul 14.30 WIB,	A. Antibiotik Profilaksis: Berfungsi memperpanjang masa laten dan mencegah infeksi neonatus. Pilihan utama: Eritromisin oral selama 10 hari. Kontraindikasi: <i>Co-amoxiclav</i> dilarang keras karena memicu <i>Necrotizing Enterocolitis</i> (NEC) pada bayi. B. Tokolitik: Penggunaan agen tokolitik jangka panjang tidak direkomendasikan pada kasus PPRM karena tidak memberikan perbaikan pada luaran neonatus. Pemberian tokolitik hanya ditoleransi dalam jangka waktu maksimal 48 jam dengan tujuan
--	--	---	--	--	--	---	--	--

								memberikan jendela waktu yang cukup bagi kortikosteroid untuk mencapai efek pematangan paru janin secara optimal. (RCOG, 2026). C. Magnesium Sulfat Pemberian MgSO₄ direkomendasikan pada usia kehamilan < 32 hingga 34 minggu yang berada dalam kondisi persalinan mengancam. Intervensi ini bertujuan sebagai neuroprotektor janin guna menurunkan insidensi <i>Cerebral Palsy</i> pada bayi prematur. (ACOG, 2023).
--	--	--	--	--	--	--	--	---

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan pengkajian pada Ny. S usia 25 tahun parturien 37-38 minggu pada tanggal maka penulis akan membahas beberapa hal yang berkaitan dengan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. S dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) yang dilaksanakan di Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut.

4.1 Data Subjektif

Pengkajian dilakukan secara langsung dengan cara anamnesa meliputi identitas pasien, keluhan utama dan riwayat sekarang maupun sebelumnya. Pada saat mengumpulkan data Ny. S memberikan informasi secara jelas dan terbuka sehingga memudahkan penulis dalam memperoleh data. Berdasarkan data subjektif yang diperoleh dari Ny. S, diketahui bahwa pasien berusia 25 tahun dengan status obstetri G2P1A0, berdasarkan pengakuan Ny. S HPHT 20 juli 2026 Usia kehamilan 37–38 minggu menunjukkan bahwa kehamilan ibu aterm. Keluhan utama yang disampaikan adalah keluarnya cairan dari jalan lahir secara tiba-tiba sejak pukul 00.00 WIB yang tidak dapat ditahan, berwarna jernih, dan berbau khas amis, disertai adanya mules yang masih jarang dirasakan. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Lisnawati & Jubaedah, 2023) bahwa tanda dan gejala utama ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan ketuban melalui vagina secara terus-menerus, dengan karakteristik cairan beraroma amis (bukan berbau pesing seperti urine), berwarna jernih atau pucat, dan tidak berhenti mengalir karena tubuh terus memproduksinya hingga proses persalinan tiba. Berdasarkan data Ny. S dari

Puskesmas datang ke RSUD pada tanggal 6 April 2026 jam 12.00 WIB dengan rujukan dari puskesmas dengan indikasi KPD 12 jam.

Berdasarkan riwayat obstetri, ibu memiliki riwayat persalinan preterm yang diawali dengan adanya pengeluaran air ketuban berupa rembesan pada kehamilan pertama tahun 2022, di mana bayi lahir dengan berat badan lahir sangat rendah (BBLSR) sebesar 1.200 gram dan meninggal pada usia satu minggu. Hal ini relevan dengan teori menurut (Alisa dkk., 2024) yang menyatakan bahwa riwayat persalinan preterm pada kehamilan sebelumnya merupakan faktor risiko utama yang meningkatkan kemungkinan terulangnya KPD maupun persalinan prematur pada kehamilan berikutnya, karena mencerminkan adanya kerentanan struktural yang berulang pada selaput ketuban, seperti kelemahan matriks kolagen maupun inkompetensi serviks.

4.2 Data Objektif

Berdasarkan hasil pengkajian secara objektif, yaitu dengan melakukan pemeriksaan keadaan umum ibu, didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tanda-tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 89x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C, dan SpO2 98%. Hasil pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan yang bermakna. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pada kasus KPD tanpa komplikasi infeksi, keadaan umum ibu masih dalam kondisi baik.

Hasil pemeriksaan Leopold menunjukkan bahwa Leopold I teraba bulat, lunak, dan tidak melenting yang menandakan bokong janin berada di fundus uteri. Leopold II teraba keras memanjang seperti papan di sebelah kiri

dan teraba bagian kecil di sebelah kanan, menunjukkan punggung janin berada di sebelah kiri ibu (PUKI). Leopold III bagian bawah teraba bulat, keras, dan melenting yang menandakan kepala janin sudah masuk panggul. Leopold IV bagian bawah sudah masuk pintu atas panggul (PAP) dengan penurunan 3/5 atau divergen. Denyut jantung janin terdengar jelas, teratur, dengan frekuensi 131x/menit. Terdapat his 4x10'x35" sejak pukul 12.00 WIB. Pemeriksaan tersebut sesuai dengan standar pemeriksaan antenatal yang berlaku.

Namun terdapat ketidaksesuaian dalam tahap pemeriksaan speculum. Berdasarkan standar operasional prosedur (SOP) yang berlaku di RSUD dr. Slamet Garut, menurut pemeriksaan inspekulo merupakan prosedur wajib yang harus dilaksanakan dalam penatalaksanaan kasus KPD. Maka terdapat kesenjangan antara protap dan praktik.

Hasil pemeriksaan dalam diketahui selaput ketuban sudah pecah salah satu diagnosis KPD dengan tidak terabanya selaput ketuban di pemeriksaan dalam sesuai dengan teori menurut (Nur & Mose, 2025) yang menyatakan bahwa cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Pada pemeriksaan dalam dilakukan dalam rentang waktu kurang dari 12 jam sejak ketuban pecah hingga pasien dirujuk pada pukul 12.00 WIB, telah dilakukan pemeriksaan dalam (VT) sebanyak tiga kali, Intervensi ini dilakukan dengan interval yang relatif sangat pendek, yaitu setiap 4 jam sekali, padahal hasil evaluasi menunjukkan kemajuan pembukaan serviks yang sangat minimal dan masih berada pada fase laten. Hal ini tidak sesuai teori (Alisa dkk., 2024) yang menyatakan pemeriksaan dalam pada kasus KPD harus dihindari selama

persalinan belum inpartu atau tidak ada indikasi obstetri yang mendesak. Pemeriksaan yang dilakukan secara berulang dan terlalu sering pada Ny. S secara signifikan memicu migrasi bakteri flora normal vagina masuk ke dalam segmen bawah rahim. Di area tersebut, flora normal dapat secara cepat terinfeksi oleh mikroorganisme luar dan berubah sifat menjadi patogen yang ascendens (menjalar ke atas).

Pemeriksaan penunjang tes lakmus menunjukkan hasil positif (+) KPD, ditandai dengan perubahan warna kertas lakmus dari merah menjadi biru. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Dayal dkk., 2024) yang menyatakan bahwa tes lakmus merupakan modalitas diagnostik sederhana yang berperan dalam mendukung penegakan diagnosis KPD. Sekret vagina dalam kondisi fisiologis memiliki derajat keasaman (pH) berkisar antara 4,5–6,0, sementara cairan amnion menunjukkan nilai pH 7,1–7,3. Perubahan warna kertas lakmus merah menjadi biru saat terpapar cairan vagina mengindikasikan kemungkinan adanya cairan amnion.

Hasil pemeriksaan USG yang diperiksa oleh dokter menunjukkan janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, estimasi berat janin (EBJ) 2.900 gram, usia kehamilan 38 minggu, kondisi cairan ketuban berkurang (oligohidramnion) dengan insersi plasenta di fundus. Temuan oligohidramnion ini memperkuat diagnosis KPD, sebagaimana dijelaskan oleh (Aristina dkk., 2023) bahwa USG dilakukan untuk mengevaluasi indeks cairan ketuban (Amniotic Fluid Index/AFI) dan penurunan jumlah cairan amnion

(oligohidramnion) dapat memperkuat kecurigaan KPD. USG juga bermanfaat untuk menilai presentasi janin, taksiran berat janin, serta usia gestasi.

4.3 Data Analisis

Berdasarkan data subjektif, didapatkan bahwa ibu mengeluh keluar air-air dari jalan lahir berwarna jernih sejak pukul 00.00 WIB tanggal 6 April 2026, kemudian pada pukul 02.00 WIB ibu mulai merasakan mules disertai pengeluaran lendir bercampur darah. Berdasarkan data objektif, hasil pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan 6 cm, selaput ketuban sudah pecah dengan ketuban mengalir jernih, serta hasil pemeriksaan penunjang lakmus positif (+) dan USG menunjukkan kondisi oligohidramnion.

Berdasarkan dari data subjektif dan objektif tersebut, analisis pada Ny. S usia 25 tahun adalah G2P1A0 37–38 minggu inpartu kala I fase aktif dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterin. Hal ini sesuai dengan definisi KPD menurut (Alisa dkk., 2024) bahwa ketuban pecah dini merupakan kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu. Penegakan diagnosis ini sesuai dengan standar nomenklatur kebidanan berdasarkan Kepmenkes Republik Indonesia.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kasus persalinan pada Ny. S usia 25 tahun G2P1A0 37–38 minggu inpartu kala I fase aktif dengan KPD dilakukan secara sistematis dan berkolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Tindakan yang dilakukan mencakup seluruh kala persalinan, mulai dari kala I hingga kala IV, serta asuhan nifas 2 jam pertama.

Pada kala I, Ny. S diberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan. Selanjutnya dilakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian Eritromisin 4x250 mg dan pemantauan kesejahteraan janin menggunakan kardiotokografi (CTG). Hal ini sesuai dengan protap penanganan KPD di RSUD dr. Slamet Garut yang menyebutkan pemberian antibiotika sebagai bagian dari pengelolaan KPD untuk mencegah infeksi asendens. Hasil CTG menunjukkan kategori I (normal), sehingga dilakukan pemasangan drip oksitosin (oxy) 5 IU pada pukul 12.37 WIB dengan 20 tetes per menit sebagai tindakan akselerasi persalinan. Penatalaksanaan aktif ini sesuai dengan teori penatalaksanaan KPD pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu menurut (Putriliani dkk., 2024) bahwa pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu, dilakukan manajemen aktif berupa induksi persalinan menggunakan oksitosin.

Selain tindakan medis, ibu juga diajarkan teknik pernapasan dalam untuk mengurangi rasa nyeri kontraksi dan dianjurkan untuk miring ke kiri guna mengoptimalkan sirkulasi uteroplasenta. Persiapan alat, obat, dan perlengkapan persalinan telah dilakukan. Kemajuan persalinan dan DJJ diobservasi secara berkala dan hasilnya terlampir pada partograf.

Pada kala II, pukul 14.00 WIB, pemeriksaan dalam menunjukkan pembukaan lengkap (10 cm), portio tidak teraba, ketuban negatif, presentasi kepala, Hodge IV, his 5x10'50", DJJ 140x/menit, keadaan umum meringis, dan ibu merasakan dorongan ingin mencedan. Ibu diposisikan litotomi dan dipimpin meneran. Pada pukul 14.30 WIB bayi lahir spontan, segera menangis kuat, warna kulit kemerahan, berjenis kelamin perempuan. Kala II berlangsung

selama 30 menit, sesuai dengan teori bahwa pada ibu multigravida, kala II berlangsung kurang dari 1 jam. Bayi dikeringkan, dilakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat, kemudian diserahkan ke ruang bayi.

Pada kala III, pukul 14.31 WIB, dilakukan manajemen aktif kala III yang meliputi penyuntikan oksitosin 10 IU secara intramuskular di paha kanan, peregangan tali pusat terkendali (PTT), serta masase uterus 15 kali dalam 15 detik. Plasenta lahir lengkap pada pukul 14.38 WIB dalam waktu kurang dari 10 menit. Tidak ditemukan laserasi perineum. Atas permintaan ibu, dilakukan pemasangan IUD Copper T sebagai alat kontrasepsi pascapersalinan.

Pada kala IV, mulai pukul 14.39 WIB, dilakukan observasi selama 2 jam meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan. Perdarahan kala IV sebesar ± 80 cc, masih dalam batas normal. Ibu diajarkan cara melakukan masase uterus secara mandiri dan diberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas. Ibu dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan istirahat yang cukup. Seluruh hasil observasi dicatat pada partograf.

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. S didokumentasikan dalam bentuk SOAP yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subjektif diperoleh hasil anamnesa terhadap Ny. S, untuk mendapatkan data objektif, dilakukan pemeriksaan untuk memperoleh data yang lengkap dan berhubungan dengan permasalahan ibu yang akan dijadikan kasus sehingga data akurat, dan dilakukan observasi pada pasien langsung serta pemeriksaan fisik pada pasien dengan teknik inspeksi

dan palpasi. Data sekunder didapat dari studi kepustakaan untuk mendapat materi secara teoritis mengenai ketuban pecah dini; data pasien diperoleh dari rekam medik pasien yang selanjutnya data didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

Dalam hal ini sesuai dengan teori (Yusari & Risneni, 2021) bahwa struktur dokumentasi asuhan kebidanan diuraikan melalui empat komponen utama (SOAP), yaitu data subjektif (S) yang menghimpun segala informasi dan keluhan dari sudut pandang pasien, data objektif (O) yang merupakan dokumentasi faktual dari hasil pengamatan klinis dan pemeriksaan fisik, analisis (A) yang merupakan proses interpretasi dan kesimpulan klinis yang disintesis dari perpaduan data subjektif serta objektif, serta penatalaksanaan (P) yang merepresentasikan penyusunan rencana tindakan guna mengoptimalkan kesehatan dan kesejahteraan pasien. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian, analisis, dan pembahasan terhadap asuhan kebidanan persalinan pada Ny. S usia 25 tahun G2P1A0 parturien 37–38 minggu dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD dr. Slamet Garut yang dilaksanakan pada tanggal 6 April 2026, dapat ik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian data subjektif pada Ny. S usia 25 tahun G2P1A0 gravida 37–38 minggu inpartu kala I fase aktif dengan Ketuban Pecah Dini di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut didapatkan ibu mengeluh keluar air-air secara spontan pada jalan lahir , telah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
2. Pengkajian data objektif pada Ny. S usia 25 tahun G2P1A0 gravida 37–38 minggu inpartu kala I fase aktif dengan Ketuban Pecah Dini di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut didapatkan hasil pemeriksaan dalam selaput ketuban sudah pecah, tes lakmus berubah warna dari merah menjadi biru, hasil USG didapati cairan ketuban oligohidramnion, namun pada pemeriksaan speculum tidak dilakukan menunjukkan adanya ketidak sesuaian terhadap protap RSUD dr. Slamet Garut dan pada pemeriksaan dalam dilakukan secara berulang dan dengan frekuensi yang terlalu sering menunjukkan adanya ketidak sesuaian terhadap teori.
3. Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif maka analisis yang ditegakkan Ny. S usia 25 tahun G2P1A0 gravida 37–38 minggu inpartu kala

I fase aktif dengan Ketuban Pecah Dini di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut telah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.

4. Penatalaksanaan asuhan pada Ny. S usia 25 tahun G2P1A0 37–38 minggu inpartu kala I fase aktif dengan Ketuban Pecah Dini di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut telah sesuai dengan teori dan standar prosedur operasional (SPO) RSUD dr. Slamet Garut.
5. Pendokumentasian asuhan pada Ny. S usia 25 tahun G2P1A0 37-38 minggu inpartu kala 1 fase aktif didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

3.1 Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan penulis terus meningkatkan wawasan dan keterampilan dalam asuhan kebidanan, khususnya pada kasus KPD, dengan memperbanyak referensi terkini serta aktif dalam kegiatan ilmiah seperti seminar dan pelatihan kebidanan agar kompetensi yang dimiliki terus berkembang.

2. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat lebih aktif dalam mempelajari kasus-kasus patologis dalam kebidanan, termasuk KPD, dengan mengaitkan teori yang dipelajari di institusi pendidikan dengan kondisi nyata di lapangan. Mahasiswa juga disarankan untuk lebih teliti dalam melakukan pengkajian dan pendokumentasian asuhan kebidanan sesuai standar yang berlaku.

3. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan dapat melaksanakan pemeriksaan sesuai dengan protap yang telah ditetapkan dan disarankan adanya evaluasi berkala terhadap pelaksanaan SOP terkait penanganan KPD, untuk tidak terlalu sering melakukan pemeriksaan dalam mengingat resiko infeksi. Agar kualitas pelayanan tetap terjaga dan sesuai dengan standar evidence-based midwifery.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga dapat meningkatkan pemahaman mengenai pentingnya melakukan pemeriksaan antenatal (ANC) secara rutin dan teratur. Selain itu, Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan mengenai tanda bahaya dalam kehamilan dan persalinan, khususnya tanda-tanda KPD.

DAFTAR PUSTAKA

- ACOG. (2023). Magnesium Sulfate Before Anticipated Preterm Birth for Neuroprotectio. *American Collage of Obstetricians & Gynecologists*.
- Alisa, P., Juliyana, D., & Melisya, M. (2024). Ketuban Pecah Dini. *The Journal Health Of Science*, 1(1), 1–5.
- Alviani, I. S., & Normala, A. (2026). PREEKLAMSIA BERAT DENGAN KPD PADA G2P1A0 RIWAYAT MEROKOK DAN HEG : LAPORAN KASUS. *JURNAL KESEHATAN TAMBUSAI*, 7(2).
- Aristina, Diana, E. N., & Irma, K. (2023). Asuhan Persalinan Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini : Studi Kasus. *Jurnal Berita Kesehatan*, 16(2), 1–10. <https://doi.org/10.58294/jbk.v16i2.124>
- Barokah, L., & Agustina, silvia ari. (2021). faktor internal terjadinya KPD. *Jurnal Kesehatan*, 04(02), 108–115.
- Dayal, S., Jenkins, S. M., & Hong, P. L. (2024). Preterm and term prelabour rupture of membranes (PPROM and PROM). In *Treasure Islan*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532888/>
- Devitasari, I., Natalia, O., & Ayu, M. L. (2025). *ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR* (Kartini & S. I. Nurdin, Eds.; 1st ed.). EUREKA MEDIA AKSARA.
- Ermiza, F., R, Aldriana, N., & Liberty, K. C. (2025). Gambaran Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) di Rumah Sakit Surya Insani Tahun 2024. *Journal of Innovative and Creativity*, 5(3).
- Erwani, V., Triwijayanti, I., & Budiyanto, A. (2023). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KETUBAN PECAH DINI PADA PRAKTIK MANDIRI BIDAN. *STIKES Al-Ma'arif Baturaja*, 8(2).
- Etika Nur Ilmawati, & Elika Puspitasari. (2026). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini Di RS Bunga Bangsa Medika Yogyakarta. *Borneo Nursing Journal (BNJ)*, 8(1), 2616–2626. <https://doi.org/10.61878/bnj.v8i1.312>
- Fatimah, S., Stianto, M., & Damayanti, M. (2023). Faktor Resiko Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Kehamilan. *Jurnal Insan Cendekia*, 1(1), 81–91.
- Garut, P. K. K. (2024). PROFIL KESEHATAN KABUPATEN GARUT. *Buku*, 14.
- Handiani, D. (2021). FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KETUBAN PECAH DINI DI DI RUMAH SAKIT. *Jurnal Ilmu Kesehatan Karya Bunda Husada*, 7(1).
- Hermanses, S. S., & Kotarumalos, S. (2025). Penerapan evidence based practice pada kasus ketuban pecah dini. *Jurnal Kebidanan*, 5(2), 89–96.

- Indonesia, K. K. R. (2024). Profil Kesehatan Profil Kesehatan. In *Buku*.
- Indryani. (2024). *Buku Ajar Kehamilan dan Persalinan*. Trans Info Media.
- Irinericy, R., & Hidayat, F. putri. (2023). KHubungan Paritas dan Gameli Dengan Kejadian KPD di RSUD Bangkinang Kabupaten Kampar Provinsi Riau Tahun 2023. *Indonesian Journal of Science*, 1(3), 328–332. <https://science.web.id/index.php/science/article/download/97/41>
- Jabar, D. (2025). Profil Kesehatan Jawa Barat. In *Dinkes Jabar* (p. 50). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Kartini, Husaida, S., & Ristiyana, S. (2023). *Penyakit dan Komplikasi Pada Masa Kehamilan* (1st ed.). Eureka Media Aksara.
- Khofifah, A. A., Anggraini, H., & Indriani, P. L. N. (2022). Hubungan Kelainan Letak Janin, Kehamilan Ganda dan Preeklamsia dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di RSI Siti Khadijah Palembang Tahun 2021. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(2), 700. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i2.1866>
- Lisnawati, & Jubaedah, E. (2023). *Buku ajar Asuhan Kebidanan Dawat Darurat Maternal dan Neonatal* (Z. K. Hamidah & A. Arifin, Eds.; 1st ed.). PT. Nasya Expanding Management.
- Mariyona, K. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin. *Jurnal Akademika Baiturrahmah*, 8(1), 23–32.
- Mellisa, S. (2021). FAKTOR RISIKO KETUBAN PECAH DINI. *Jurnal Medika Utama*, 3(2).
- Misharwati, Putri, N. C. M., Eprilia, E., Noviyanti, A., & Pastuty, R. (2025). Analisis Hubungan Usia Dan Paritas Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini: Studi Kasus Kontrol Di Rsud Dr. H. Mohamad Rabain Tahun 2023. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda*, 11(1), 25–33. <https://doi.org/10.52943/jikebi.v11i1.1753>
- Nur, R., & Mose, A. D. A. J. C. (2025). Hubungan karakteristik maternal dan luaran neonatus kasus ketuban pecah dini di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung: studi kasus-kontrol. *Indonesia J Obstetric Gynecologi. Obgynia: Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology Science.*, 5(2), 1–7.
- Nurlina, W. O., Yulita, C., & Hertati, D. (2025). *Asuhan Kebidanan Kehamilan* (Nurmiaty & Pebrianti, Eds.). Eureka Media Aksara.
- Ocviyanti, D., & Wahono, W. T. (2022). Hubungan Antara Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia Dan Sepsis Neonatorum. *Jurnal Medika Utama*, 3(3), 402–406.
- Permenkes, 2021. (2021). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 21 TAHUN 2021. *Permenkes RI*, 70(3), 156–157.

- Putri Prastina, R., Nur Endah Sary, Y., & Silvian Natalia, M. (2023). Hubungan Anemia Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Upt Puskesmas Jenggawah Relation Between Anemia and Premature Rupture of Membranes in Maternity Woman At the Jenggawah Public Health Center. *Jurnal Wiyata*, 10(01), 91–97. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.56710/wiyata.v10i1.744>
- Putriliani, P., Tarigan, S., & Simanjuntak, R. (2024). Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(4).
- Rahmadani, S., Wahyunita, V. D., & DH, M. A. (2024). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit Umum Zahirah Tahun 2023. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 6(4), 1447–1456. <https://doi.org/10.37287/jppp.v6i4.2541>
- Rahmadani, S., Wahyunita, V. D., & Suzana, V. (2023). FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH SAKIT UMUM ZAHIRAH TAHUN 2023 Siti. 5(47), 47–54. <https://doi.org/10.36082/jmswh.v5i1.1997>
- RCOG. (2026). Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation (Green-top Guideline No. 73). *Royal Collage of Obstetricians & Gynaecologists*.
- Riandari, A., Erlita, H. N. U., Suparti, Faresa, N., Suryani, L., Kombi, E. E., Runiatin, Sari, & Kartika. (2023). Literature Review Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini. *Prosiding Seminar Nasional Dan Call for Paper Kebidanan Universitas Ngudi Waluyo*, 2(2).
- Rokhila, Aisyah, & Sukarni. (2023). Factors associated with premature rupture of membranes. *Jurnal Kebidanan Malahayat*, 9(3). <https://doi.org/10.33024>
- Rosalia, C., Simanjuntak, H., Alamsah, D., & Julianti, N. (2026). Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Persalinan Prematur di Rs Sentra Medika Cikarang Tahun 2024. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 12(5). <https://doi.org/https://jurnal.peneliti.net/index.php/JIWP/article/view/12996>
- Saifuddin, A. B. (2024). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina sarwono Prawirohardjo.
- Sri, I. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Diklinik Nirmala Sapni Medantahun 2021. *Evidance Bassed Journal*, 300–308. <https://doi.org/10.71283/ejb.v5i1.154>
- Sujiati, Erawati, N. L. P. S., & Rahyani, N. K. Y. (2024). Relationship between Age and Parity of Birthing Mothers to the Incidence of Premature Rupture of Membranes at Bali Mandara Regional Hospital, Bali Province in 2022. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 12(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.33992/jik.v12i2.3100>
- Tahir, suriana. (2021). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian*

Ketuban Pecah Dini (KPD). Poltekkes Kemenkes Makassar.

- Wardan, F. D. A. K., Windari, F., & Octavia, T. (2024). Faktor Risiko Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Hamil Risk. *Jurnal STIKES RS Baptis Kediri*, Vol. 8, No, 136–145.
- WHO. (2025). *Many pregnancy-related complications going undetected and untreated* – WHO. <https://www.who.int/news/item/08-03-2025-many-pregnancy-related-complications-going-undetected-and-untreated--who>
- Wulansari, I., Mantoki, R., Ismail, A., & Hasan, W. N., & Halid, R. (2023). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Provinsi Gorontalo*. 15(1), 303–310.
- Yildiz, E. C., & Gurer, O. O. G. H. G. (2022). Comparison of conventional methods (Nitrazine Test, Ferning Test) and placental alpha-microglobulin-1 (PAMG-1) in cervicovaginal discharge for the diagnosis of rupture of membranes: a case-control research study. In *Clinical Medical Reviews and Reports* (Vol. 2).
- Yusari, A., & Risneni. (2021). *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. CV. Trans Info Media.

LAMPIRAN

Protap Penanganan KPD di RSUD dr. Slamet Garut

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	KETUBAN PECAH DINI		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen: KS.01.03/004/089/RSUD	No. Revisi: 01	Halaman: 1/3
	Tanggal Terbit: 01 Januari 2023	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut	
	Ketuban pecah dini adalah robeknya selaput korioamnion dalam kehamilan (sebelum onset persalinan berlangsung) Dibedakan:		

	- PPROM (Preterm Premature Rupture of Membranes) Ketuban pecah pada saat usia kehamilan 37 minggu - PROM (Premature Rupture of Membranes) Ketuban pecah saat usia kehamilan > 37 minggu
TUJUAN	Sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien dengan ketuban pecah dini di ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr. Slamet Garut
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No..... Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.
PROSEDUR	KRITERIA DIAGNOSIS • Umur kehamilan > 20 minggu • Keluar cairan ketuban dari vagina • Pemeriksaan spekulum: terlihat cairan keluar dari ostium uteri eksternum • Kertas nitrazin merah akan jadi biru • Mikroskopis: terlihat lanugo dari verniks kaseosa DIAGNOSIS BANDING • Fistula vesikovaginal dengan kehamilan • Stres inkontinensia PEMERIKSAAN PENUNJANG USG: menilai jumlah cairan ketuban, menentukan usia kehamilan, berat janin, letak janin, kesejahteraan janin dan letak plasenta PENGELOLAAN a. Konservatif Pengelolaan konservatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun janin), pada umur kehamilan 28-34 minggu, dirawat selama 2 hari.

	<i>Selama perawatan dilakukan</i> 1. Observasi kemungkinan adanya amnionitis/tanda-tanda infeksi 2. Ibu suhu 38° C takikardi ibu, leukositosis, tanda-tanda infeksi intra uterin, rasa nyeri pada rahim, sekret vagina purulen 3. Janin: takikardi janin 4. Pengawasan timbulnya tanda persalinan. 5. Pemberian antibiotika p.o (Sefadroksil 2x500 mg. Eritromisin 4x500 mg) selama 3-5 hari atau antibiotika spektrum luas lain yang sensitif. 6. Ultrasonografi untuk menilai kesejahteraan janin 7. Bila ada indikasi untuk melahirkan janin, dilakukan pematangan paru, dan proteksi otak janin (Lihat Bab Persalinan Kurang bulan) <i>Kriteria diagnosis amnionitis</i> 1. Febris 2. pengawasan mamiya tanoa persalinan. 3. Pemberian antibiotika p.o (Sefadroksil 2x500 mg. Eritromisin 4x500 mg) selama 3-5 hari atau antibiotika spektrum luas lain yang sensitif. 4. Ultrasonografi untuk menilai kesejahteraan janin 5. Bila ada indikasi untuk melahirkan janin, dilakukan pematangan paru, dan proteksi otak janin (Lihat Bab Persalinan Kurang bulan) <i>Kriteria diagnosis amnionitis</i> 1. Febris 2. Leukositosis 3. Takikardi
--	--

	4. Cairan ketuban mungkin berbau Aktif 2. Pengelolaan aktif pada KPD dengan umur kehamilan 20 28 minggu dan 34 minggu (lihat bab terminas kehamilan) 3. Ada tanda-tanda infeksi 4. Timbulnya tanda-tanda persalinan 5. Gawat janin PENYULIT • Infeksi, sepsis Kematian janin karena infeksi atau prematuritas
--	---

LEMBAR BIMBINGAN LTA

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. S USIA 25
TAHUN G2P1A0 PARTURIENT 37-38 MINGGU DENGAN
KPD DI RSUD dr. SLAMET GARUT

Nama Mahasiswa : Hilda Anugrah Hilmana
NIM : KHGB23009

Nama Pembimbing : Rosita Alvia, SST., M.K.M
NIP : 042039 0412 106

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1	Selasa 28-04-2026	Judul	Sesuai dengan pengkajian yg sudah dilakukan		
2	Kamis 07-05-2026	Bimbingan kasus	Pahami faktor-faktor yang mempengaruhi KPD, konfirmasi data		
3	Jum'at 21-05-2026	Revisi Bab 1-3	Konfirmasi data		
4	Senin 25-05-2026	Revisi Bab 1-5	Tambahkan hubungan aki dengan kpd		
5	Jum'at 05-06-2026	Revisi Bab 1-4	Tambahkan matriks dan penelitian		

6	Rabu 10-06-2026	Revisi Bab 4	Perbaiki penulisan		
7	Senin 15-06-2026	Revisi BAB 4 dan 5 PPT	Perbaiki penulisan, pembahasan		
8	Jum'at 19 -06-2026	Revisi PPT	Acc sidang		
9					
10					
11					
12					

Garut, 19 Juni 2026

Mahasiswa

Pembimbing



(Hilda Anugrah Hilmana..)



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

LEMBAR BIMBINGAN LTA

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. S USIA 25
 TAHUN G2P1A0 PARTURIENT 37-38 MINGGU DENGAN
 KPD DI RSUD dr. SLAMET GARUT
Nama Mahasiswa : Hilda Anugrah Hilmana
NIM : KHGB23009
Penela'ah I : Bdn. Dian Fitriyani, SST., M.Keb
NIP : 042039 0823 180
Penela'ah II : Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIP : 042039 1009 064

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Penela'ah	Paraf Mahasiswa	Paraf Penela'ah
1	Rabu 24-06-26	Penulisan dan Perbaiki BAB V saran	Tambahkan daftar istilah. Protap pindahkan ke lampiran	H	H
2	kamis 25-06-26	Perbaiki Penulisan	Perbaiki Penulisan	H	H
3	Senin 29-06-26	Perbaiki Penulisan di daftar istilah	Acc	H	H
4	Rabu 01-07-26	Revisi BAB V	Acc	H	H

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Hilda Anugrah Hilmana

Tempat Tanggal Lahir : Sumedang, 04 Maret 2005

Agama : Islam

Nama Ayah : Idang Hilmana

Nama Ibu : Hasanah

No. Hp : 087747132895

Email : hildaanuggrahhilmana@gmail.com

Alamat : Kp. Saradula RT/RW 03/01 Desa Tegalmanggung,
Kec. Cimanggung, Kab. Sumedang, Provinsi Jawa Barat

2. Riwayat Pendidikan

- 1) SDN Cimanggung IV 2011-2017
- 2) SMPN 1 Cimanggung 2018-2020
- 3) SMAN 1 Cicalengka 2021-2023