

**ASUHAN PERSALINAN PADA NY. N USIA 21 TAHUN
G₁P₀A₀ 39-40 MINGGU INPARTU KALA I FASE LATEN
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD)
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program studi Diploma Tiga Kebidanan

HANIAZZAHRA EKA PUTRI
KHGB23017



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEBIDANAN**

2026

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyarakan bahwa :

1. Laporan Tugas Akhir ini saya adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (A.Md.Keb), baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat Karya atau pendapat yang telah ditulis atau di publikasikan oranglain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang 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 sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2026

Yang membuat pernyataan ini



(HANIAZZAHRA EKA PUTRI)

KHGB23017

**LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG
PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY.N USIA
21 TAHUN G₁P₀A₀ 39-40 MINGGU INFARTU KALA 1
FASELATEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD)
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : HANIAZZAHRA EKA PUTRI

NIM : KHGB23017

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan
perbaikan laporan tugas akhir

Garut, Juni 2026

Menyetujui,

Penela'ah I



Lina Humaeroh, SST.,M.Kes
NIP. 042039.1009.064

Penela'ah II



Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.,Keb
NIP. 042039.1223.182

Pembimbing



Fitri Hanriyani, SST.,M.Pd.,M.Keb
NIP. 042039.1009.063

**Mengetahui,
Ketua Program Studi D3 Kebidanan**



Lina Humaeroh, SST.,M.Kes
NIP. 042039.1009.064

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY.N USIA 21 TAHUN
G₁P₀A₀ 39-40 MINGGU INFARTU KALA 1 FASELATEN DENGAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

Disusun oleh

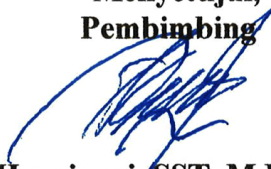
HANIAZZAHRA EKA PUTRI

KHGB23017

LAPORAN TUGAS AKHIR

Laporan tugas akhir ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji
Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

**Menyetujui,
Pembimbing**



Fitri Hanriyani, SST., M.Pd., M.Keb
NIP. 042039.1009.063

Laporan Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu
persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan

**Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan**



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP.43298.0810.083

**Mengetahui,
Ketua Program Studi D3 Kebidanan**



Lina Humaeroh, SST., M.Kes
NIP. 042039.1009.064

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas segala limpahan rahmat, Karunia serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul **“Asuhan Kebidan Persalinan Pada Ny. N Usia 21 Tahun G₁P₀A₀ 39-40 Minggu Inpartu Kala 1 Fase Laten Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Di Dr. Slamet Garut”**. Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan program studi DIII kebidanan.

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

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
3. Sulastiani S.Kep., Ners., M.Kep, Selaku ketua dekan Institut kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Lina Humaeroh, SST.,M.Kes Selaku ketua Prodi DIII kebidanan Intitut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Fitri Hanriyani, SST., M.Keb.,M.Pd Selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga ini dapat terselsaikan tepat pada waktunya.

6. Bilqis Ar-rohman M.Tr.Keb Selaku penguji II yang telah menguji dan membimbing.
7. Seluruh dosen, staff pengajar, dan tata usaha yang telah bersedia program Studi D-III Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti pendidikan. Semua rekan-rekan seperjuangan DIII kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan karya tulis ini, penulis belajar banyak dari pengalaman yang kita lalui bersama.

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

Garut Juni 2026

Penulis

LEMBAR PERSEMBAHAN

1. Teruntuk cinta pertama bapak Yuhana S.Pd dan pintu surga, ibunda tercinta Yani Suryani S.pd selalu menjadi penyemangat penulis dan menjadi sandaran terkuat, Trimakasih untuk setiap tetes keringat dalam setiap langkah pengorbanan dan kerja keras untuk memberikan yang terbaik kepada penulis anak perempuan satu-satunya, yang selalu mengusahakan kebutuhan, mendidik, membimbing, do'a, cinta dan kasih sayang, serta telah mengajari penulis yang sangat berharga tentang arti kehidupan menjadi perempuan yang kuat, hebat, dan bertanggungjawab untuk menyelesaikan pendidikan. Semoga ayah dan ibu panjang umur dan sehat selalu.
2. Kepada abang saya andrian, Althaf, Mukhlas, adik saya Bentang, Meifitria dan sodara saya yang tidak bisa di sebutkan satu per satu Trimakasih selalu memberikan , motivasi,dukungan dan semangat.
3. Kepada Silvi, Tsalsa, Nuri, Sabila, Dinda, yang selalu mendoa kan menyemangati, saling membantu dan mendukung, Trimakasih sudah menjadi teman terbaik saya.
4. Semua rekan-rekan seperjuangan D III kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, penulis belajar banyak dari pengalaman yang kita lalui bersama.
5. Ny. N beserta keluarga yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini, Trimakasih atas kebaikan seta kerjasamanya selama melakukan asuhan.

6. Terakhir Penulis ingin mengucapkan trimakasih yang mendalam kepada diri sendiri, Haniazzahra Eka Putri. Trimakasih telah bertahan hingga di titik ini. Trimakasih atas setiap langkah yang di tempuh dengan penuh kesabaran, atas setiap malam yang dihabiskan untuk belajar, menyusun, menjalani praktik dalam kelelahan, setiap pagi yang disambut rasa malas, trimakasih karena tetap memilih bangkit ditengah rasa lelah, tetap senyum dibalik tekanan, setiap pengalaman keberhasilan , kegagalan, air mata, dan doa. trimakasih jiwa dan raga yang masih tetap tegar dan ikhlas, telah percaya pada keraguan dan lelah dalam setiap proses ini. Semoga kedepannya raga ini tetap kuat , hati tetap tegar dan jiwa tetap lapang dalam menghadapi stiap proses.

DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	5
1.2.1 Tujuan Umum.....	5
1.2.2 Tujuan Khusus.....	6
1.3 Waktu dan Tempat Penelitian	6
1.3.1 Waktu Penelitian	6
1.3.2 Tempat Penelitian.....	6
1.4 Manfaat Penulisan	7
1.4.1 Bagi Penulis.....	7
1.4.2 Bagi Mahasiswa	7
1.4.3 Bagi Pasien dan Keluarga	7
1.4.4 Bagi Tenaga kesehatan.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Ketuban Pecah Dini.....	8
2.2 Induksi Persalinan	39
2.3 Episiotomi	48
2.4 Gawat Janin	57
BAB III TINJAUAN KASUS.....	71
BAB IV PEMBAHASAN.....	91

4.1 Data Subjektif.....	91
4.2 Data Objektif	93
4.3 Analisa.....	96
4.4 Penatalaksanaan	98
4.4.4 Pendokumentasian.....	102
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	105
5.1 Kesimpulan.....	105
5.2 Saran.....	105
DAFTAR PUSTAKA.....	108
LAMPIRAN.....	111

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Patograf	113
Gambar 1.2 Hasil Lakmus.....	114

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 SOP RSUD dr Slamet Garut	112
--	-----

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
APN	: Asuhan Persalinan Normal
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BPS	: Badan Pusat Statistik
CRP	: C- Reactive protein
DIII / D3	: Diploma III
DC	: Dower Catheter (Kateter urin menetap)
DJJ	: Denyut Jantung Janin
Fe	: Ferum / Zat Besi (sulfas Ferosus)
G1P0A0	: Grabida 1, Para 0, Abortus 0
HB	: Hemoglobin
HIS	: Kontraksi Uterus (dari bahasa belanda)
HIV/ AIDS	: Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency syndrome
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IL - 1	: Interleukin-1

IL- 6	: Interleukin-6
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IU	: International Unit
IUD	: Intra Uterin Device
IUFD	: Intra Uterine Fetal Death (Kematian janin dalam Rahim)
IUGR	: Intra Uterin Growth restriction (Pertumbuhan Janin Terhambat)
KB	: Keluarga Berencana
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KPD	: Ketuban Pecah Dini
K/U	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MMP	: Matriks Metalloproteinase
MmHg	: Milimeter Merkuri (Satuan Tekanan Darah)
NIM	: Nomor Induk Mahasiswa
NIP	: Nomer Induk Pegawai
NST	: NON Stress Test
Ny	: Nyonya
p.o	: Per Os (melalui mulut / Oral)
PAP	: Pintu Atas Panggul
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
PPROM	: Preterm Premature Rupture Of Membranes
PROM	: Premature Rupture Of Membranes

PTT	: Peregangan Tali Pusat Terkendali
PUKI	: Punggung Kiri
R	: Respirasi
RL	: Ringer Laktat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu
SLTP	: Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SMAN	: Sekolah Menengah Atas Negeri
SMPN	: Sekolah Menengah Pertama Negeri
SOAP	: Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SpOG	: Spesialis Obstetri dan Ginekologi
SUPAS	: Survei Penduduk Antae Sensus
S. ST	: Sarjana Sains Terapan
TB	: Tinggi Badan
TBBJ	: Taksiran Berat Badan Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Utero
Tn	: Tuan
TNF- α	: Tumor Necrosis Factor – Alpha
TP	: Tafsiran Persalinan
Tpm	: Tetesan Per Menit
TT	: Tetanus Toksoid

TTV	: Tanda-Tanda Vital
TBC	: Tuber Kulosis
UOBK	: Unit Organisasi Bersifat Khusus
UUK	: Ubun-Ubun Kecil
USG	: Ultrasonografi
VK	: Verlos Kamer (Ruang Bersalin)
WHO	: World Healt Organization
WIB	: Waktu Indonesia Barat

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan merupakan proses fisiologis yang dialami ibu hamil pada akhir masa kehamilan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari dalam uterus melalui jalan lahir atau melalui tindakan tertentu dengan bantuan tenaga kesehatan. Meskipun merupakan proses alamiah, persalinan tetap memiliki risiko komplikasi yang dapat mengancam keselamatan ibu maupun bayi apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat. Salah satu komplikasi persalinan yang sering terjadi adalah Ketuban Pecah Dini (KPD).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan dimulai atau sebelum pembukaan serviks lengkap. Kondisi ini dapat meningkatkan risiko infeksi intrauterin, partus lama, fetal distress, prolaps tali pusat, hingga meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas ibu serta bayi baru lahir. Oleh karena itu, penanganan persalinan dengan KPD memerlukan pemantauan ketat dan pertolongan persalinan yang sesuai standar pelayanan kebidanan (Ellita et al., 2025).

Masalah kesehatan ibu dan anak masih menjadi perhatian utama dunia. Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2024, diperkirakan sebanyak 4,9 juta anak usia di bawah lima tahun meninggal dunia, dengan 2,3 juta di antaranya merupakan kematian neonatal atau sebesar 47% dari seluruh kematian balita di dunia. Selain itu, WHO menyebutkan lebih dari 300.000 perempuan meninggal setiap tahunnya akibat komplikasi kehamilan dan

persalinan (*World Health Organization*, 2025).

Masalah kesehatan ibu dan bayi masih menjadi salah satu fokus utama dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2025 yang dirilis oleh Badan Pusat Statistik, Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia tercatat sebesar 14,12 kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan di Provinsi Jawa Barat sebesar 12,84 kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup. Meskipun angka tersebut berada di bawah rata-rata nasional, upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi tetap perlu dilakukan mengingat masih terdapat risiko komplikasi obstetri yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayi, salah satunya adalah Ketuban Pecah Dini (KPD). Oleh karena itu, deteksi dini, penatalaksanaan yang tepat, serta pemberian asuhan kebidanan yang komprehensif menjadi langkah penting dalam mencegah terjadinya komplikasi selama proses persalinan (Badan Pusat Statistik, 2026).

Persalinan dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan kondisi obstetri yang memerlukan perhatian khusus karena dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi korioamnionitis, persalinan prematur, asfiksia neonatorum, hingga sepsis neonatal apabila tidak segera ditangani. Berdasarkan hasil penelitian Ratika Lelo Yasinta et al. (2025), KPD terjadi akibat kelemahan selaput ketuban yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti infeksi, peningkatan tekanan intrauterin, trauma, serta faktor maternal lainnya. Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa tanda utama KPD adalah

keluarnya cairan ketuban sebelum timbulnya his yang adekuat, yang dapat ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, maupun pemeriksaan penunjang. Selain itu, penatalaksanaan KPD harus disesuaikan dengan usia kehamilan, kondisi ibu dan janin, serta adanya tanda infeksi atau komplikasi lain untuk meminimalkan risiko terhadap ibu maupun bayi (Ratika Lelo Yasin/ta et al., 2025).

Pelayanan kebidanan memiliki peranan penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun bayi, terutama pada kasus persalinan dengan komplikasi seperti Ketuban Pecah Dini (KPD). Bidan merupakan tenaga kesehatan profesional yang memiliki kompetensi dalam memberikan asuhan kebidanan secara menyeluruh mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga pelayanan kesehatan reproduksi perempuan. Dalam penanganan persalinan dengan KPD, bidan berperan dalam melakukan pengkajian kondisi ibu dan janin, mendeteksi tanda bahaya, melakukan pemantauan kemajuan persalinan, menjaga pencegahan infeksi, memberikan dukungan psikologis kepada ibu, serta melakukan kolaborasi dan rujukan apabila ditemukan komplikasi yang memerlukan penanganan lebih lanjut. Peran bidan yang cepat dan tepat sangat penting untuk mencegah terjadinya komplikasi seperti infeksi intrauterin, fetal distress, maupun asfiksia pada bayi baru lahir (Mahardika et al., 2022).

Peran dan kewenangan bidan ini sesuai dengan ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, tenaga kesehatan, termasuk bidan, memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan

kesehatan yang profesional, aman, bermutu, serta berorientasi pada keselamatan pasien sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Dalam pelayanan kebidanan, bidan berperan memberikan asuhan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir, termasuk melakukan deteksi dini komplikasi, penanganan kegawatdaruratan sesuai kewenangan, serta melakukan rujukan secara tepat apabila ditemukan kondisi yang memerlukan penanganan lanjutan. Ketentuan tersebut diperkuat dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu secara komprehensif, berkesinambungan, dan sesuai standar (Kementrian Kesehatan, 2025).

Beberapa penelitian terdahulu menunjukkan adanya hubungan signifikan antara Ketuban Pecah Dini dengan komplikasi persalinan dan neonatal. Penelitian oleh Indrayani menyatakan bahwa terdapat hubungan antara KPD dengan kejadian asfiksia neonatorum dengan nilai $p\text{-value} = 0,003$. Penelitian lain oleh Sari menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan KPD memiliki risiko lebih tinggi mengalami infeksi intrapartum dengan nilai $p\text{-value} = 0,001$. Selain itu, penelitian oleh Rahmawati menunjukkan adanya hubungan signifikan antara lama pecah ketuban dengan kejadian infeksi neonatal dengan nilai $p\text{-value} = 0,000$. Hasil penelitian tersebut memperkuat bahwa KPD merupakan kondisi yang membutuhkan penanganan cepat dan tepat untuk mencegah komplikasi maternal dan neonatal (Mahardika et al., 2022).

Risiko infeksi akan meningkat jika jarak waktu antara pecah selaput

ketuban dan persalinan semakin lama. Diperlukannya usaha untuk mendeteksi lebih awal serta pengelolaan yang memadai sangat penting untuk mencegah komplikasi yang lebih serius. Dalam menangani KPD, tenaga kesehatan, khususnya bidan, memegang peran yang sangat krusial, mencakup pelaksanaan deteksi awal, pengamatan kondisi ibu dan janin, penyampaian pendidikan kesehatan, pencegahan infeksi, serta melakukan kolaborasi dan rujukan jika terdapat kondisi yang memerlukan penanganan lanjutan. Pemberian perawatan kebidanan yang menyeluruh dan berkelanjutan diharapkan dapat menurunkan risiko komplikasi yang disebabkan oleh KPD.(Oetami & Ambarwati, 2023).

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Persalinan pada Ny. N Usia 21 Tahun G₁P₀A₀ 39-40 Minggu Inpartu Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2026”. Studi kasus ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, pengalaman, serta kemampuan dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu bersalin dengan komplikasi Ketuban Pecah Dini sesuai standar pelayanan kebidanan dan evidence based practice.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. N 21 Tahun G₁P₀A₀ 39-40 minggu Inpartu kala 1 Fase laten dengan ketuban pecah dini di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian data Subjektif pada Ny. N 21 Tahun $G_1P_0A_0$ 39-40 Minggu Inpartu kala 1 Fase laten dengan Ketuban pecah Dini di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut
- b. Melaksanakan analisa pada Ny. N 21 Tagun $G_1P_0A_0$ 39-40 Minggu Inpartu Kala 1 Fase laten di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut
- c. Melaksanakan Penatalaksanaan pada Ny. N 21 Tahun 39-40 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Melaksakan Perdokumentasian asuhan Kebidanan persalinan pada Ny. N 21 Tahun 39-40 Minggu Infartu kala 1 Fase laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut dengan metode SOAP.
- e. Melaksanakan Perdokumentasian asuhan kebidanan persalinan pada Ny. N 21 Tahun $G_1P_0A_0$ 39-40 Minggu Inpartu Kala 1 fase aten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut dengan metode SOAP.

1.3 Waktu dan Tempat Penelitian

1.3.1 Waktu Penelitian

Adapun Laporan Tugas Akhir di laksanakan pada Tanggal 21 april 2026

1.3.2 Tempat Penelitian

Lokasi Laporan Tugas Akhir ini di RSUD dr. Slamet Garut

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penulis

Sebagai sarana Laporan Tugas Akhir bagi penulis untuk mengaplikasikan Teori yang diperoleh selama perkuliahan dalam rangka menambahkan wawasan khususnya asuhan kebidanan, mempelajari kesenjangan yang terjadi dilapangan terutama dalam penanganan Ketuban Pecah Dini.

1.4.2 Bagi Mahasiswa

Hasil Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat menambah referensi dan informasi bagi mahasiswa dalam meningkatkan proses pembelajaran dan data dasar untuk Selanjutnya.

1.4.3 Bagi Pasien dan Keluarga

Agar pasien mengetahui dan memahami tentang komplikasi persalinan serta masalah pada persalinan sehingga timbul kesadaran bagi klien untuk memperhatikan kehamilannya.

1.4.4 Bagi Tenaga kesehatan

Hasil penulisan dapat memberikan informasi tentang kegawatdaruratan pada ibu bersalin untuk tenaga kesehatan agar lebih meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Ketuban Pecah Dini

2.1.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum dimulainya proses persalinan atau sebelum munculnya tanda-tanda persalinan yang ditandai dengan kontraksi uterus yang adekuat. Ketuban pecah dini dapat terjadi pada kehamilan cukup bulan maupun kurang bulan dan menjadi salah satu komplikasi obstetri yang sering ditemukan pada ibu hamil. KPD terjadi apabila cairan ketuban keluar melalui vagina sebelum proses pembukaan serviks berlangsung lengkap atau sebelum ibu memasuki fase aktif persalinan (Aditya & Linda, 2025).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023), ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan ketuban sebelum adanya proses persalinan yang ditandai dengan pecahnya membran amnion dan korion secara spontan. Cairan ketuban biasanya keluar berupa rembesan ataupun pancaran dari jalan lahir dengan warna jernih, tidak berbau, dan sulit ditahan oleh ibu hamil. Kondisi ini perlu mendapatkan perhatian khusus karena dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi pada ibu dan janin (Ellita et al., 2025).

Ketuban pecah dini dapat terjadi pada usia kehamilan aterm maupun preterm. Ketuban pecah dini pada kehamilan cukup bulan disebut aterm,

yaitu apabila usia kehamilan telah mencapai ≥ 37 minggu. Sedangkan ketuban pecah dini yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu disebut *Preterm Premature Rupture of Membranes* (PPROM). KPD preterm merupakan kondisi yang lebih serius karena berkaitan erat dengan kejadian persalinan prematur dan komplikasi neonatal (Himma Muliani & Handayani, 2025).

2.1.2 Etiologi Ketuban Pecah Dini

Penyebab pasti terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD) sampai saat ini belum diketahui secara pasti. Namun, terdapat berbagai faktor yang diduga berperan dalam menyebabkan melemahnya selaput ketuban sehingga mudah mengalami ruptur sebelum waktunya. Ketuban pecah dini umumnya terjadi akibat gangguan pada kekuatan membran amnion dan korion yang dipengaruhi oleh faktor infeksi, mekanik, maupun kondisi maternal (Aditya & Linda, 2025). Berikut beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini:

a. Infeksi Saluran Reproduksi

Infeksi saluran reproduksi merupakan salah satu penyebab utama terjadinya ketuban pecah dini. Infeksi dapat berasal dari vagina maupun serviks yang kemudian menyebar ke selaput ketuban secara ascending infection. Mikroorganisme seperti *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, dan *Ureaplasma urealyticum* dapat menghasilkan enzim proteolitik yang merusak jaringan kolagen pada membran ketuban. Kerusakan kolagen menyebabkan selaput ketuban

menjadi tipis, rapuh, dan mudah pecah sebelum waktunya (Oetami & Ambarwati, 2023).

Selain itu, infeksi juga dapat memicu proses inflamasi yang meningkatkan produksi prostaglandin sehingga merangsang kontraksi uterus dan mempercepat terjadinya persalinan. Semakin lama ketuban pecah, maka risiko infeksi pada ibu dan janin juga semakin meningkat. Oleh karena itu, infeksi pada kehamilan harus segera ditangani untuk mencegah komplikasi yang lebih berat (Oetami & Ambarwati, 2023).

b. Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda atau kehamilan kembar dapat meningkatkan risiko terjadinya KPD akibat peregangan uterus yang berlebihan. Pada kehamilan kembar, volume rahim menjadi lebih besar dibandingkan kehamilan tunggal sehingga tekanan terhadap selaput ketuban meningkat. Peregangan yang terus-menerus dapat menyebabkan membran ketuban menjadi lemah dan akhirnya pecah sebelum waktunya (Vicky Andrea Malvino, 2022).

c. Polihidramnion

Polihidramnion adalah kondisi jumlah cairan ketuban yang berlebihan di dalam rahim. Keadaan ini menyebabkan tekanan intrauterin meningkat sehingga selaput ketuban mengalami peregangan yang berlebihan. Peregangan tersebut dapat menurunkan elastisitas membran ketuban dan menyebabkan ketuban lebih mudah pecah

sebelum proses persalinan dimulai (Himma Muliani & Handayani, 2025).

Pada ibu hamil dengan polihidramnion, rahim biasanya tampak lebih besar dari usia kehamilan dan ibu sering mengeluh sesak napas serta rasa tidak nyaman pada abdomen. Tekanan yang tinggi dalam rongga rahim juga dapat menyebabkan kontraksi uterus muncul lebih awal sehingga meningkatkan risiko persalinan prematur dan komplikasi obstetri lainnya (Aditya & Linda, 2025).

d. Paritas

Paritas merupakan jumlah persalinan yang pernah dialami oleh seorang ibu. Ibu dengan multiparitas atau grandemultiparitas memiliki risiko lebih tinggi mengalami ketuban pecah dini dibandingkan primigravida. Hal ini disebabkan karena kehamilan dan persalinan yang berulang dapat menyebabkan penurunan elastisitas jaringan rahim dan serviks (Septian, 2024).

Pada multiparitas, otot-otot uterus dan jaringan penyangga mengalami peregangan berulang sehingga struktur membran ketuban menjadi lebih mudah mengalami kelemahan. Selain itu, trauma persalinan sebelumnya juga dapat memengaruhi kekuatan serviks dan selaput ketuban. Namun demikian, ibu primigravida juga tetap dapat mengalami KPD terutama apabila terdapat faktor risiko lain seperti infeksi atau anemia (Hermanses & Kotarumalos, 2025).

e. Usia Ibu

Usia ibu merupakan salah satu faktor yang memengaruhi terjadinya KPD. Ibu hamil dengan usia kurang dari 20 tahun memiliki organ reproduksi yang belum matang secara optimal sehingga lebih rentan mengalami komplikasi kehamilan, termasuk ketuban pecah dini. Pada usia muda, kondisi psikologis dan biologis ibu belum siap sepenuhnya untuk menghadapi kehamilan dan persalinan (Etika Nur Ilmawati & Erika Puspitasari, 2026).

Sebaliknya, ibu dengan usia lebih dari 35 tahun juga memiliki risiko lebih tinggi mengalami KPD karena terjadi penurunan elastisitas jaringan reproduksi akibat proses degeneratif. Fungsi pembuluh darah dan kualitas jaringan kolagen juga mengalami penurunan sehingga selaput ketuban menjadi lebih rapuh. Oleh karena itu, kehamilan pada usia terlalu muda maupun terlalu tua memerlukan pengawasan antenatal yang lebih baik (Etika Nur Ilmawati & Erika Puspitasari, 2026).

f. Defisiensi Nutrisi

Status gizi ibu selama kehamilan sangat berpengaruh terhadap kekuatan selaput ketuban. Kekurangan nutrisi seperti protein, vitamin C, dan zinc dapat mengganggu pembentukan dan regenerasi kolagen pada membran amnion. Kolagen merupakan komponen utama penyusun selaput ketuban yang berfungsi menjaga kekuatan dan elastisitas membran (Ratika Lelo Yasinta et al., 2025).

Defisiensi nutrisi menyebabkan membran ketuban menjadi lemah dan mudah mengalami ruptur. Selain itu, ibu dengan status gizi buruk cenderung memiliki daya tahan tubuh yang rendah sehingga lebih rentan mengalami infeksi yang dapat memperburuk kondisi selaput ketuban. Oleh karena itu, pemenuhan nutrisi selama kehamilan sangat penting untuk mendukung kesehatan ibu dan janin (Oetami & Ambarwati, 2023).

g. Inkompetensi Serviks

Inkompetensi serviks adalah kondisi kelemahan pada serviks yang menyebabkan serviks membuka sebelum waktunya tanpa disertai kontraksi uterus yang adekuat. Kondisi ini menyebabkan tekanan dari janin dan cairan ketuban langsung mengenai selaput ketuban sehingga meningkatkan risiko ketuban pecah dini (Mahardika et al., 2022).

Serviks yang tidak mampu mempertahankan kehamilan dapat menyebabkan penurunan bagian janin ke jalan lahir lebih cepat sehingga membran ketuban menjadi teregang dan mudah pecah. Inkompetensi serviks sering terjadi pada ibu dengan riwayat tindakan operasi serviks, trauma persalinan, atau kelainan bawaan pada serviks. Penanganan yang tepat diperlukan untuk mencegah terjadinya persalinan prematur akibat ketuban pecah dini (Aditya & Linda, 2025).

h. Obesitas

Obesitas merupakan kondisi kelebihan akumulasi lemak tubuh yang ditandai dengan indeks massa tubuh (IMT) ≥ 30 kg/m². Pada ibu

hamil, obesitas menjadi salah satu faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Kondisi obesitas berhubungan dengan peningkatan proses inflamasi kronis dalam tubuh yang ditandai dengan meningkatnya produksi sitokin proinflamasi, seperti interleukin-6 (IL-6) dan tumor necrosis factor-alpha (TNF- α). Proses inflamasi tersebut dapat memengaruhi integritas dan kekuatan membran ketuban sehingga membran menjadi lebih rentan mengalami kerusakan dan pecah sebelum waktunya (Nur Habibi et al., 2025).

Selain itu, obesitas pada kehamilan sering dikaitkan dengan meningkatnya risiko infeksi, diabetes gestasional, serta berbagai komplikasi obstetri yang dapat memicu pelepasan enzim proteolitik dan mediator inflamasi. Peningkatan aktivitas enzim tersebut dapat menyebabkan degradasi kolagen pada selaput ketuban sehingga kekuatan membran ketuban menurun. Penurunan elastisitas dan ketahanan membran ketuban terhadap tekanan intrauterin mengakibatkan selaput ketuban lebih mudah pecah sebelum proses persalinan dimulai. Oleh karena itu, obesitas selama kehamilan perlu mendapat perhatian khusus melalui pemantauan status gizi dan pengendalian kenaikan berat badan untuk menurunkan risiko terjadinya ketuban pecah dini (Hidayati et al., 2025).

i. Hubungan seksual

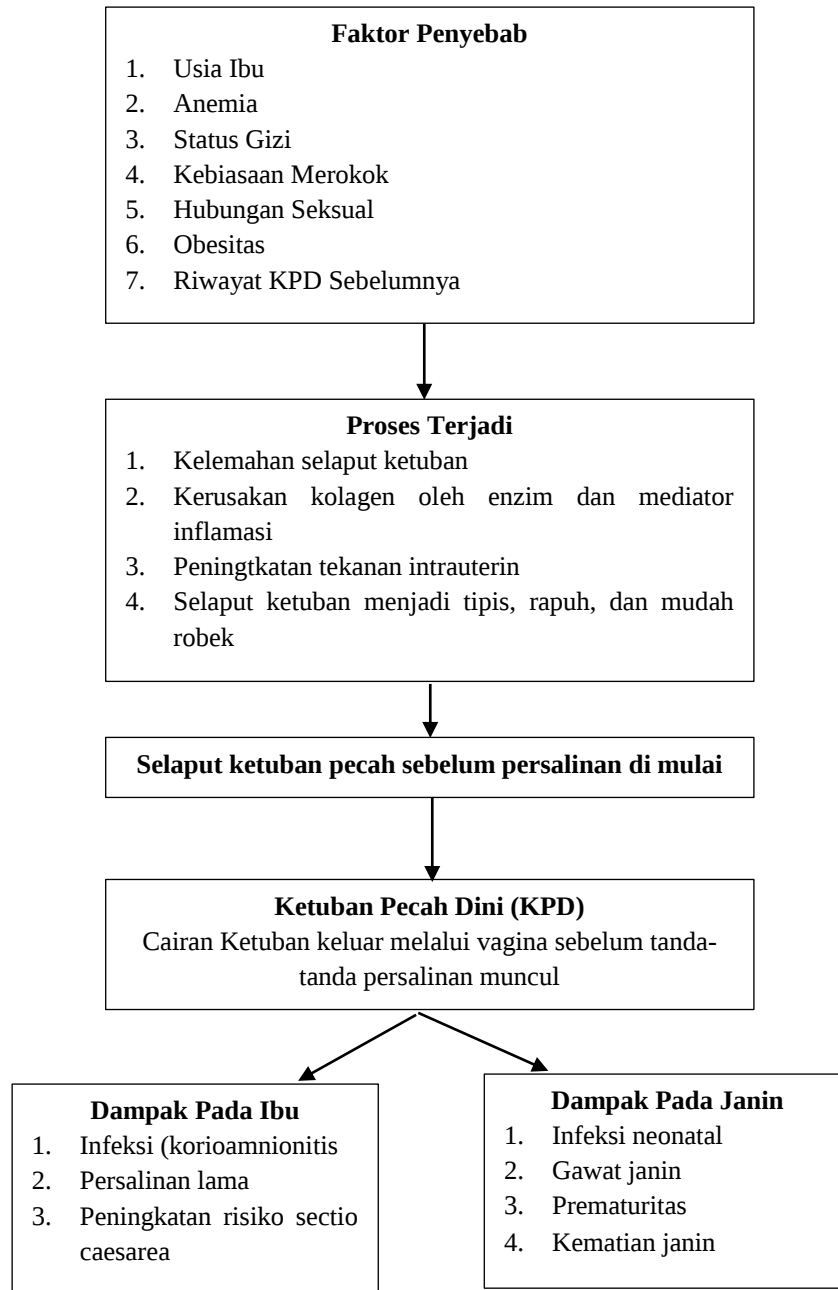
Hubungan seksual pada masa kehamilan dapat menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya ketuban pecah dini

(KPD), terutama pada ibu yang memiliki faktor risiko obstetri tertentu. Salah satu mekanisme yang mendasarinya adalah kandungan prostaglandin dalam cairan semen. Prostaglandin merupakan senyawa biologis yang berperan dalam proses pematangan serviks dan stimulasi kontraksi uterus. Ketika semen masuk ke dalam vagina dan mencapai area serviks, prostaglandin dapat meningkatkan aktivitas miometrium sehingga memicu kontraksi uterus. Kontraksi yang terjadi secara berulang dapat meningkatkan tekanan pada selaput ketuban, terutama apabila membran ketuban telah mengalami kelemahan akibat faktor lain seperti infeksi atau peregangan berlebih (Amelia Sari et al., 2024).

Selain itu, orgasme yang terjadi saat hubungan seksual juga dapat merangsang pelepasan hormon oksitosin yang berperan dalam meningkatkan kontraksi rahim. Kombinasi antara efek prostaglandin dari semen dan kontraksi uterus yang dipicu oleh oksitosin dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrauterin. Tekanan yang terus-menerus pada membran ketuban berpotensi mengurangi kekuatan dan elastisitas selaput ketuban sehingga meningkatkan risiko terjadinya ruptur atau pecahnya ketuban sebelum proses persalinan berlangsung. Oleh karena itu, pada kehamilan dengan risiko tinggi, seperti adanya riwayat ketuban pecah dini, ancaman persalinan prematur, atau inkompetensi serviks, aktivitas seksual umumnya perlu dievaluasi dan disesuaikan dengan kondisi ibu hamil untuk mencegah komplikasi yang dapat membahayakan kehamilan (Tulhajjah & Indreswati, 2024).

2.1.3 Pathway Ketuban Pecah Dini

Bagan 2.1
Pathway Etiologi Ketuban Pecah Dini (KPD)



Prawirohardjo Ilmu Kebidanan, World Health Organization (2023), Cunningham et al. (2022).

2.1.4 Patofisiologi Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini terjadi akibat gangguan pada integritas selaput ketuban yang menyebabkan membran amnion dan korion mengalami kelemahan sehingga mudah ruptur sebelum proses persalinan dimulai. Selaput ketuban secara normal berfungsi sebagai pelindung janin terhadap trauma mekanik, infeksi, serta menjaga kestabilan lingkungan intrauterin selama masa kehamilan. Membran ketuban tersusun atas jaringan kolagen, elastin, dan matriks ekstraseluler yang memberikan kekuatan dan elastisitas pada selaput ketuban sehingga mampu mempertahankan cairan ketuban sampai waktu persalinan tiba (Hermanses & Kotarumalos, 2025).

Pada kondisi fisiologis, kekuatan selaput ketuban dipertahankan oleh keseimbangan antara sintesis dan degradasi kolagen. Namun pada ketuban pecah dini terjadi perubahan biokimia dan struktural pada membran amnion maupun korion yang menyebabkan penurunan kekuatan jaringan. Perubahan tersebut terutama terjadi akibat peningkatan aktivitas enzim proteolitik seperti matriks metalloproteinase (MMP) yang berperan dalam proses degradasi kolagen pada selaput ketuban. Aktivitas MMP yang meningkat menyebabkan jaringan kolagen menjadi rusak sehingga membran ketuban kehilangan elastisitas dan kekuatannya (Oetami & Ambarwati, 2023).

Salah satu faktor utama yang berperan dalam terjadinya ketuban pecah dini adalah infeksi intrauterin maupun infeksi saluran reproduksi. Mikroorganisme yang berasal dari vagina dapat menyebar secara ascending menuju selaput ketuban dan cairan amnion. Infeksi tersebut

memicu respon inflamasi dengan pelepasan sitokin proinflamasi seperti interleukin-1 (IL-1), interleukin-6 (IL-6), dan tumor necrosis factor-alpha (TNF- α). Mediator inflamasi tersebut akan merangsang produksi prostaglandin dan enzim proteolitik yang menyebabkan kerusakan jaringan kolagen pada membran ketuban. Akibatnya, selaput ketuban menjadi tipis, rapuh, dan mudah mengalami ruptur sebelum waktunya (Oetami & Ambarwati, 2023).

Selain faktor infeksi, peregangan uterus yang berlebihan juga berperan penting dalam patofisiologi ketuban pecah dini. Peregangan yang berlebihan dapat terjadi pada kondisi polihidramnion, kehamilan ganda, maupun janin besar. Tekanan intrauterin yang meningkat menyebabkan membran ketuban mengalami distensi terus-menerus sehingga struktur jaringan menjadi lemah. Peregangan mekanik tersebut juga dapat meningkatkan apoptosis sel amnion serta merangsang pelepasan mediator inflamasi yang mempercepat degradasi kolagen (Aditya & Linda, 2025).

Perubahan struktur kolagen pada selaput ketuban juga dipengaruhi oleh status nutrisi ibu. Kekurangan vitamin C, protein, dan zinc dapat mengganggu proses sintesis kolagen sehingga membran ketuban menjadi kurang kuat. Vitamin C berperan penting dalam pembentukan jaringan kolagen, sedangkan zinc diperlukan dalam proses regenerasi sel dan penyembuhan jaringan. Defisiensi nutrisi menyebabkan kemampuan selaput ketuban dalam mempertahankan kekuatan mekaniknya menjadi menurun sehingga lebih mudah mengalami ruptur (Misharwati et al., 2025).

2.1.5 Tanda dan Gejala Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini memiliki tanda dan gejala yang khas sehingga dapat membantu tenaga kesehatan dalam menegakkan diagnosis. Tanda utama KPD adalah keluarnya cairan ketuban sebelum proses persalinan dimulai. Gejala yang muncul dapat berbeda pada setiap ibu tergantung usia kehamilan, jumlah cairan ketuban, serta ada tidaknya infeksi atau kontraksi uterus. Berikut merupakan tanda dan gejala ketuban pecah dini:

a. Keluarnya Cairan dari Vagina Secara Tiba-Tiba

Tanda yang paling sering ditemukan pada ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan dari jalan lahir secara mendadak tanpa dapat ditahan oleh ibu. Cairan dapat keluar dalam jumlah banyak seperti pancaran ataupun sedikit demi sedikit berupa rembesan. Ibu biasanya mengeluhkan pakaian dalam terasa basah secara terus-menerus dan sulit membedakan apakah cairan tersebut urin atau cairan ketuban. Pada beberapa kasus, cairan keluar saat ibu bergerak, batuk, atau berubah posisi akibat peningkatan tekanan intraabdomen (Himma Muliani & Handayani, 2025).

b. Cairan Berwarna Jernih dan Tidak Berbau

Cairan ketuban umumnya berwarna jernih, bening, dan tidak berbau menyengat. Kondisi ini membedakan cairan ketuban dengan urin yang biasanya berbau khas. Namun, apabila cairan ketuban berwarna kehijauan atau kecoklatan, hal tersebut dapat menandakan adanya campuran mekonium akibat stres janin di dalam kandungan.

Sedangkan cairan yang berbau busuk dapat mengindikasikan adanya infeksi intrauterin. Oleh karena itu, karakteristik cairan ketuban perlu diperhatikan dalam proses pengkajian (Etika Nur Ilmawati & Erika Puspitasari, 2026).

c. Cairan Keluar Terus-Menerus atau Merembes

Pada ketuban pecah dini, cairan ketuban dapat keluar secara terus-menerus karena selaput ketuban sudah mengalami ruptur sehingga cairan dari kavum amnion terus mengalir keluar melalui vagina. Beberapa ibu mengalami keluarnya cairan dalam jumlah sedikit tetapi berlangsung terus menerus hingga membuat pakaian dalam selalu basah. Semakin besar robekan pada selaput ketuban maka semakin banyak cairan yang keluar. Keadaan ini dapat menyebabkan berkurangnya volume cairan ketuban di dalam rahim apabila tidak segera ditangani (Ellita et al., 2025).

d. Kontraksi Uterus Belum Terjadi atau Masih Lemah

Pada sebagian besar kasus ketuban pecah dini, kontraksi uterus belum muncul saat ketuban pecah terjadi. Namun pada beberapa ibu dapat timbul kontraksi ringan yang belum teratur dan belum menyebabkan pembukaan serviks secara progresif. Ketuban pecah dini berbeda dengan pecahnya ketuban pada persalinan normal yang biasanya terjadi saat kontraksi sudah kuat dan pembukaan serviks telah berlangsung aktif. Apabila kontraksi tidak segera muncul setelah

ketuban pecah, maka risiko infeksi akan meningkat seiring bertambahnya waktu (Septian, 2024).

e. Pergerakan Janin Masih Dapat Dirasakan

Sebagian besar ibu dengan ketuban pecah dini masih dapat merasakan gerakan janin dengan baik, terutama apabila kondisi janin masih stabil dan jumlah cairan ketuban belum terlalu berkurang. Namun demikian, apabila cairan ketuban keluar dalam jumlah banyak dan terjadi oligohidramnion, maka pergerakan janin dapat berkurang akibat ruang gerak janin yang semakin sempit. Penurunan gerakan janin perlu diwaspadai karena dapat menandakan adanya gangguan kesejahteraan janin (Oetami & Ambarwati, 2023).

f. Pada Pemeriksaan Ditemukan Cairan Ketuban Keluar Melalui Serviks

Pada pemeriksaan obstetri menggunakan spekulum steril dapat ditemukan adanya cairan ketuban yang keluar dari ostium uteri eksternum atau terkumpul di forniks posterior vagina. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memastikan bahwa cairan yang keluar benar merupakan cairan ketuban. Selain itu, dapat dilakukan pemeriksaan penunjang seperti tes lakmus atau pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk menilai jumlah cairan ketuban dan kondisi janin. Pemeriksaan dalam secara digital sebaiknya dibatasi karena dapat meningkatkan risiko infeksi pada ibu dan janin (Ellita et al., 2025).

2.1.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan dimulai. Terjadinya KPD dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, baik faktor maternal, faktor kehamilan, faktor janin, maupun faktor infeksi. Faktor-faktor tersebut dapat menyebabkan kelemahan pada membran ketuban sehingga selaput ketuban lebih mudah mengalami ruptur sebelum waktunya. Selain itu, peningkatan tekanan intrauterin dan adanya proses inflamasi juga berperan dalam mempercepat terjadinya pecah ketuban (Hermanses & Kotarumalos, 2025).

a. Faktor Maternal

1. Usia Ibu

Usia ibu menjadi salah satu faktor penting yang memengaruhi risiko terjadinya KPD. Ibu hamil dengan usia kurang dari 20 tahun maupun lebih dari 35 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami komplikasi kehamilan, termasuk ketuban pecah dini. Pada usia remaja, organ reproduksi dan kondisi psikologis ibu belum berkembang secara optimal sehingga kemampuan jaringan reproduksi dalam mempertahankan kehamilan masih rendah. Selain itu, ibu usia muda sering kali memiliki pengetahuan yang kurang mengenai perawatan kehamilan dan pemenuhan nutrisi selama masa gestasi (Ellita et al., 2025).

Sementara itu, pada ibu usia lebih dari 35 tahun terjadi proses degeneratif pada jaringan tubuh, termasuk penurunan elastisitas membran ketuban dan otot rahim. Kondisi tersebut menyebabkan selaput ketuban menjadi lebih rapuh dan mudah pecah. Risiko penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan gangguan vaskular juga lebih tinggi pada kelompok usia ini sehingga dapat memperburuk kondisi kehamilan (Etika Nur Ilmawati & Erika Puspitasari, 2026).

2. Anemia

Anemia pada kehamilan merupakan kondisi menurunnya kadar hemoglobin dalam darah sehingga kemampuan darah dalam mengangkut oksigen ke jaringan tubuh menjadi berkurang. Keadaan ini dapat menyebabkan jaringan tubuh, termasuk membran ketuban, mengalami hipoksia dan gangguan metabolisme sel. Membran ketuban yang kekurangan oksigen akan mengalami penurunan kekuatan dan elastisitas sehingga lebih rentan mengalami ruptur (Aditya & Linda, 2025).

Selain itu, anemia juga dapat menurunkan daya tahan tubuh ibu terhadap infeksi. Infeksi pada saluran reproduksi dapat meningkatkan produksi enzim proteolitik dan mediator inflamasi yang merusak kolagen pada membran ketuban. Semakin berat derajat anemia yang dialami ibu hamil, maka risiko terjadinya KPD juga semakin meningkat (Aditya & Linda, 2025).

3. Status Gizi

Status gizi ibu hamil sangat berpengaruh terhadap kekuatan dan integritas selaput ketuban. Ibu dengan status gizi kurang memiliki risiko lebih tinggi mengalami KPD karena kekurangan zat gizi penting seperti protein, vitamin C, zinc, dan zat besi. Protein dan vitamin C berperan dalam pembentukan kolagen yang merupakan komponen utama penyusun membran ketuban (Oetami & Ambarwati, 2023).

Kekurangan nutrisi menyebabkan pembentukan kolagen menjadi tidak optimal sehingga selaput ketuban menjadi tipis dan mudah robek. Selain itu, ibu dengan gizi buruk cenderung memiliki sistem imun yang lemah sehingga lebih mudah mengalami infeksi selama kehamilan. Kondisi ini semakin meningkatkan risiko pecahnya ketuban sebelum waktunya (Misharwati et al., 2025).

4. Kebiasaan Merokok

Paparan asap rokok, baik aktif maupun pasif, dapat memberikan dampak buruk terhadap kehamilan. Zat kimia berbahaya dalam rokok seperti nikotin, karbon monoksida, dan tar dapat mengganggu aliran darah uteroplasenta serta menurunkan suplai oksigen ke janin dan membran ketuban. Selain itu, paparan asap rokok dapat meningkatkan stres oksidatif yang menyebabkan kerusakan jaringan kolagen pada selaput ketuban (Himma Muliani & Handayani, 2025).

Merokok selama kehamilan juga berkaitan dengan peningkatan risiko infeksi dan gangguan pertumbuhan janin. Penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil yang terpapar asap rokok memiliki kemungkinan lebih besar mengalami KPD dibandingkan ibu yang tidak terpapar asap rokok. Semakin lama dan semakin sering paparan rokok terjadi, maka risiko komplikasi kehamilan juga meningkat (Vicky Andrea Malvino, 2022).

5. Hubungan Seksual Selama Kehamilan

Hubungan seksual pada kehamilan, terutama pada trimester akhir, dapat menjadi salah satu faktor yang memengaruhi terjadinya ketuban pecah dini apabila dilakukan terlalu sering, terlalu kuat, atau pada kondisi ibu dengan faktor risiko tertentu. Aktivitas seksual dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrauterin dan memberikan rangsangan pada serviks sehingga memicu kontraksi uterus. Selain itu, semen mengandung prostaglandin yang dapat merangsang pematangan serviks dan meningkatkan aktivitas rahim. Pada ibu dengan membran ketuban yang sudah lemah, kondisi tersebut dapat mempermudah terjadinya ruptur selaput ketuban sebelum persalinan dimulai (Hermanses & Kotarumalos, 2025).

Selain faktor mekanik, hubungan seksual juga dapat meningkatkan risiko infeksi apabila kebersihan organ reproduksi tidak terjaga dengan baik. Mikroorganisme dari saluran genital

bawah dapat masuk ke area serviks dan memicu proses inflamasi pada membran ketuban. Inflamasi tersebut menyebabkan kerusakan kolagen dan penurunan elastisitas selaput ketuban sehingga lebih mudah pecah. Oleh karena itu, pada ibu hamil dengan keluhan kontraksi, riwayat perdarahan, atau tanda ancaman persalinan prematur dianjurkan untuk membatasi aktivitas seksual guna mencegah komplikasi kehamilan termasuk Ketuban Pecah Dini (KPD) (Oetami & Ambarwati, 2023).

6. Riwayat KPD Sebelumnya

Ibu yang pernah mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya memiliki risiko lebih besar mengalami kejadian serupa pada kehamilan berikutnya. Hal ini dapat disebabkan oleh adanya kelemahan struktural pada membran ketuban atau gangguan serviks yang bersifat menetap. Selain itu, faktor genetik dan riwayat infeksi berulang juga dapat memengaruhi kekuatan selaput ketuban. Riwayat KPD sebelumnya menunjukkan adanya predisposisi tertentu yang membuat membran ketuban lebih mudah mengalami ruptur. Oleh karena itu, ibu dengan riwayat KPD memerlukan pemantauan antenatal yang lebih ketat untuk mencegah komplikasi berulang (Misharwati et al., 2025).

b. Faktor Kehamilan

1. Kehamilan Kembar

Kehamilan ganda atau kehamilan kembar menyebabkan rahim mengalami peregangan lebih besar dibandingkan kehamilan tunggal. Peregangan uterus yang berlebihan akan meningkatkan tekanan pada membran ketuban sehingga selaput ketuban menjadi lebih mudah pecah sebelum waktunya (Ratika Lelo Yasinta et al., 2025).

2. Polihidramnion

Polihidramnion adalah kondisi jumlah cairan ketuban yang berlebihan. Cairan ketuban yang terlalu banyak menyebabkan tekanan dalam rahim meningkat sehingga membran ketuban mengalami peregangan terus-menerus. Peregangan yang berlebihan dapat menyebabkan membran ketuban menjadi tipis dan kehilangan kekuatannya. Selain meningkatkan risiko KPD, polihidramnion juga dapat menyebabkan komplikasi lain seperti persalinan prematur, prolaps tali pusat, dan gangguan posisi janin. Oleh karena itu, ibu dengan polihidramnion memerlukan pemantauan secara rutin selama kehamilan (Hermanses & Kotarumalos, 2025).

3. Kelainan Letak Janin

Kelainan letak janin seperti presentasi sungsang, lintang, maupun presentasi muka dapat menyebabkan distribusi tekanan

dalam rahim menjadi tidak normal. Bagian terendah janin tidak menutup pintu atas panggul secara sempurna sehingga tekanan langsung mengenai selaput ketuban di bagian bawah rahim. Akibatnya, membran ketuban menjadi lebih mudah mengalami ruptur. Selain itu, kelainan letak janin juga sering menyebabkan persalinan menjadi lebih lama dan meningkatkan risiko tindakan obstetri yang dapat memperburuk kondisi ibu maupun janin (Aditya & Linda, 2025).

4. Faktor Infeksi

Infeksi merupakan salah satu penyebab utama terjadinya ketuban pecah dini. Infeksi dapat terjadi pada vagina, serviks, maupun cairan ketuban dan biasanya disebabkan oleh bakteri yang naik dari saluran genital bawah menuju rongga amnion. Mikroorganisme tersebut akan memicu proses inflamasi yang menghasilkan enzim protease dan sitokin inflamasi. Enzim tersebut dapat merusak jaringan kolagen pada membran ketuban sehingga selaput ketuban menjadi lemah dan mudah pecah. Selain menyebabkan KPD, infeksi juga dapat memicu kontraksi uterus sebelum waktunya yang berujung pada persalinan prematur. Beberapa infeksi yang sering berhubungan dengan KPD antara lain vaginosis bakterialis, infeksi saluran kemih, dan infeksi menular seksual (Oetami & Ambarwati, 2023).

2.1.7 Penanganan Ketuban Pecah Dini

Penanganan ketuban pecah dini dilakukan berdasarkan usia kehamilan, kondisi ibu, kondisi janin, jumlah cairan ketuban, serta ada tidaknya tanda infeksi atau komplikasi lainnya. Tujuan utama penatalaksanaan KPD adalah mempertahankan kondisi ibu dan janin tetap stabil, mencegah infeksi, mengurangi risiko persalinan prematur, serta menentukan waktu persalinan yang paling aman. Penanganan KPD dapat dilakukan secara konservatif maupun aktif tergantung kondisi klinis pasien (Ellita et al., 2025).

a. Penanganan Konservatif

Penanganan konservatif dilakukan kehamilan prematur apabila belum terdapat tanda infeksi, gawat janin, maupun kontraksi persalinan aktif. Pendekatan ini bertujuan mempertahankan kehamilan selama mungkin agar organ janin, terutama paru-paru, dapat berkembang lebih matang (Aditya & Linda, 2025).

1. Observasi Ketat

Ibu dengan KPD memerlukan observasi secara intensif di rumah sakit. Pemantauan dilakukan terhadap suhu tubuh ibu, denyut nadi, tekanan darah, frekuensi kontraksi uterus, dan denyut jantung janin. Selain itu, cairan ketuban yang keluar juga dinilai dari jumlah, warna, dan bau untuk mendeteksi adanya infeksi. Pemantauan laboratorium seperti pemeriksaan leukosit dan C-reactive protein (CRP) juga dapat dilakukan untuk mendeteksi

tanda inflamasi. Observasi yang ketat sangat penting karena kondisi ibu dan janin dapat berubah secara cepat (Aditya & Linda, 2025).

2. Pemberian Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah maupun mengatasi infeksi akibat pecahnya membran ketuban. Ketuban yang sudah pecah menyebabkan jalur masuk bakteri ke rongga amnion menjadi lebih terbuka sehingga risiko korioamnionitis meningkat. Pemberian antibiotik terbukti dapat memperpanjang masa laten kehamilan dan menurunkan risiko infeksi neonatal serta komplikasi prematuritas. Jenis antibiotik yang diberikan disesuaikan dengan kondisi klinis dan protokol rumah sakit (Organization, 2024).

3. Pemberian Kortikosteroid

Kortikosteroid diberikan pada usia kehamilan kurang dari 34 minggu untuk mempercepat pematangan paru janin. Terapi ini penting karena bayi prematur memiliki risiko tinggi mengalami sindrom gangguan pernapasan akibat paru-paru yang belum matang. Selain membantu pematangan paru, kortikosteroid juga dapat menurunkan risiko perdarahan intraventrikular dan enterokolitis nekrotikan pada bayi prematur. Obat yang sering digunakan adalah betametason atau deksametason sesuai indikasi medis (OMS, 2022).

4. Tirah Baring dan Pemantauan Janin

Ibu dianjurkan untuk mengurangi aktivitas fisik dan beristirahat agar tekanan pada rahim tidak meningkat. Pemantauan janin dilakukan secara berkala melalui pemeriksaan denyut jantung janin, non stress test (NST), maupun ultrasonografi. Pemeriksaan ultrasonografi bertujuan menilai jumlah cairan ketuban, pertumbuhan janin, posisi janin, serta kondisi plasenta. Pemantauan yang baik dapat membantu mendeteksi secara dini adanya gangguan kesejahteraan janin (Oetami & Ambarwati, 2023).

b. Penanganan Aktif

Penanganan aktif dilakukan apabila usia kehamilan sudah cukup bulan atau terdapat komplikasi yang membahayakan ibu dan janin seperti infeksi, gawat janin, perdarahan, maupun prolaps tali pusat (Mahardika et al., 2022).

1. Induksi Persalinan

Induksi persalinan dilakukan untuk mempercepat proses kelahiran sehingga mengurangi risiko infeksi akibat ketuban pecah yang berlangsung terlalu lama. Induksi biasanya menggunakan oksitosin atau prostaglandin sesuai kondisi serviks dan indikasi medis. Semakin lama interval antara pecahnya ketuban dan persalinan, maka risiko korioamnionitis dan infeksi neonatal akan

semakin meningkat. Oleh karena itu, induksi persalinan sering menjadi pilihan pada KPD cukup bulan (Misharwati et al., 2025).

2. Seksio Sesarea

Tindakan seksio sesarea dilakukan apabila terdapat indikasi obstetri tertentu seperti gawat janin, letak janin abnormal, plasenta previa, prolaps tali pusat, atau kegagalan induksi persalinan. Operasi sesar bertujuan menyelamatkan ibu dan janin apabila persalinan pervaginam tidak memungkinkan dilakukan secara aman. Keputusan melakukan seksio sesarea harus mempertimbangkan kondisi ibu, kondisi janin, usia kehamilan, serta risiko komplikasi yang mungkin terjadi selama persalinan (Oetami & Ambarwati, 2023).

2.1.8 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional Prosedur (SOP) pada kasus ketuban pecah dini (KPD) merupakan pedoman pelayanan kesehatan yang digunakan untuk memastikan penanganan pasien dilakukan secara sistematis, aman, efektif, serta sesuai dengan standar praktik kebidanan dan kedokteran obstetri. SOP disusun untuk membantu tenaga kesehatan dalam melakukan pengkajian, penegakan diagnosis, pemantauan kondisi ibu dan janin, pemberian terapi, hingga tindakan terminasi kehamilan apabila diperlukan (Sari, 2024).

Pelaksanaan SOP pada kasus KPD sangat penting karena kondisi ini memiliki risiko tinggi terhadap terjadinya infeksi intrauterin, persalinan

prematur, prolaps tali pusat, hingga kematian neonatal apabila tidak ditangani dengan tepat. Oleh karena itu, setiap tindakan yang dilakukan harus memperhatikan prinsip pencegahan infeksi, keselamatan pasien, dan kesejahteraan janin (Fithrah et al., 2024).

Menurut pedoman dari *World Health Organization* (WHO, 2020), penatalaksanaan KPD harus dilakukan secara komprehensif melalui deteksi dini, observasi ketat, pemantauan kesejahteraan janin, serta intervensi yang tepat sesuai usia kehamilan dan kondisi klinis pasien (World Health Organization, 2018).

a. Pengkajian Awal

Tahap pertama dalam SOP penanganan KPD adalah melakukan pengkajian awal secara menyeluruh terhadap kondisi pasien. Pengkajian dilakukan melalui anamnesis untuk memperoleh informasi mengenai keluhan utama dan riwayat terjadinya ketuban pecah. Petugas kesehatan menanyakan waktu pertama kali cairan keluar, jumlah cairan yang keluar, warna cairan, bau cairan, serta apakah cairan keluar secara tiba-tiba atau merembes sedikit demi sedikit. Cairan ketuban umumnya berwarna jernih dan berbau khas, berbeda dengan urine maupun cairan vagina biasa (Andriawati & Maftuchah, 2025).

Selain itu, dilakukan pengkajian mengenai adanya kontraksi uterus, nyeri perut, perdarahan, penurunan gerakan janin, serta riwayat kehamilan sebelumnya. Riwayat penyakit ibu seperti infeksi saluran

reproduksi, hipertensi, diabetes mellitus, maupun riwayat KPD sebelumnya juga perlu dikaji karena dapat memengaruhi penatalaksanaan pasien. Pengkajian yang lengkap sangat penting untuk membantu menegakkan diagnosis dan menentukan tindakan medis yang sesuai dengan kondisi ibu dan janin (Febriyaningsih & Susilowati, 2025).

b. Pemeriksaan Tanda Vital

Pemeriksaan tanda vital dilakukan untuk menilai kondisi umum ibu dan mendeteksi adanya komplikasi sejak dini. Pemeriksaan meliputi tekanan darah, suhu tubuh, denyut nadi, dan frekuensi pernapasan. Peningkatan suhu tubuh ibu dapat menjadi tanda awal terjadinya infeksi intrauterin atau korioamnionitis. Takikardi pada ibu maupun janin juga dapat menunjukkan adanya proses infeksi atau gangguan kondisi janin (Febriyaningsih & Susilowati, 2025).

Selain pemeriksaan tanda vital, tenaga kesehatan juga melakukan observasi terhadap keadaan umum ibu seperti tingkat kesadaran, keluhan nyeri, kelemahan, dan tanda dehidrasi. Pemantauan ini dilakukan secara berkala selama masa perawatan. Menurut Cunningham et al. (2022), pemantauan tanda vital secara rutin pada pasien KPD sangat penting untuk mendeteksi perubahan kondisi klinis sehingga komplikasi dapat segera ditangani (Safitri et al., 2021).

c. Pemeriksaan Obstetri

Pemeriksaan obstetri dilakukan untuk memastikan diagnosis KPD dan menilai kondisi persalinan. Pemeriksaan yang paling dianjurkan adalah pemeriksaan menggunakan spekulum steril. Pada pemeriksaan spekulum, tenaga kesehatan mengamati adanya cairan ketuban yang keluar melalui ostium uteri eksternum atau menggenang di forniks posterior vagina. Pemeriksaan ini dilakukan dengan hati-hati menggunakan teknik aseptik untuk mengurangi risiko infeksi (Sari, 2024).

Pemeriksaan dalam atau vaginal toucher tidak dianjurkan dilakukan secara berulang karena dapat meningkatkan risiko masuknya bakteri ke dalam rongga uterus. Pemeriksaan dalam hanya dilakukan apabila terdapat indikasi khusus, misalnya untuk menilai kemajuan persalinan pada ibu yang sudah mengalami kontraksi aktif. Selain itu, dilakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri, presentasi janin, posisi janin, penurunan kepala janin, serta auskultasi denyut jantung janin untuk mengetahui kondisi kesejahteraan janin (Paijah, 2026).

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk memperkuat diagnosis dan menilai kondisi ibu maupun janin secara lebih akurat. Salah satu pemeriksaan yang sering dilakukan adalah tes nitrazin. Tes nitrazin digunakan untuk mengidentifikasi cairan ketuban berdasarkan tingkat keasaman atau pH cairan. Cairan ketuban bersifat lebih basa

dibandingkan cairan vagina normal sehingga kertas nitrazin akan berubah warna menjadi biru apabila hasil positif (Sari, 2024).

Selain tes nitrazin, pemeriksaan ultrasonografi (USG) dilakukan untuk menilai jumlah cairan ketuban, usia kehamilan, letak janin, taksiran berat janin, posisi plasenta, serta kesejahteraan janin. Pada kasus KPD, volume cairan ketuban sering ditemukan berkurang atau oligohidramnion. Pemeriksaan laboratorium juga dapat dilakukan seperti pemeriksaan leukosit, CRP, dan kultur cairan apabila dicurigai adanya infeksi. Pemeriksaan darah lengkap membantu menilai kondisi inflamasi dan kemungkinan komplikasi infeksi maternal (Mizaniyyah et al., 2026).

e. Pemantauan Kondisi Ibu dan Janin

Pemantauan dilakukan secara kontinu selama pasien menjalani perawatan. Tujuan utama pemantauan adalah mendeteksi adanya tanda-tanda infeksi, persalinan, maupun gawat janin (Hanifa, 2025).

Pemantauan pada ibu meliputi:

1. Suhu tubuh.
2. Tekanan darah.
3. Frekuensi nadi dan pernapasan.
4. Nyeri tekan uterus.
5. Warna dan bau cairan ketuban.
6. Kontraksi uterus.
7. Sedangkan pemantauan pada janin meliputi:

8. Denyut jantung janin.
9. Gerakan janin.
10. Kondisi cairan ketuban.
11. Pemeriksaan USG berkala.

Apabila ditemukan tanda infeksi seperti demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$, cairan ketuban berbau busuk, leukositosis, atau takikardi janin, maka dilakukan terminasi kehamilan sesuai indikasi medis. Pemantauan yang baik dapat membantu mencegah komplikasi berat seperti sepsis maternal, hipoksia janin, maupun kematian neonatal (Mey et al., 2024).

f. Pemberian Terapi

Pemberian terapi pada pasien KPD disesuaikan dengan usia kehamilan dan kondisi klinis pasien. Terapi yang diberikan dapat berupa terapi konservatif maupun aktif. Terapi yang umum diberikan meliputi:

1. Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah dan mengatasi infeksi. Obat yang digunakan biasanya berupa ampicilin, amoksisilin, eritromisin, atau sefalosporin sesuai indikasi medis.

2. Kortikosteroid

Kortikosteroid seperti deksametason atau betametason diberikan pada kehamilan preterm untuk mempercepat pematangan paru janin dan mengurangi risiko gangguan pernapasan neonatal.

3. Tokolitik

Tokolitik dapat diberikan pada kondisi tertentu untuk menunda kontraksi sementara sehingga pemberian kortikosteroid dapat bekerja optimal.

4. Induksi Persalinan

Induksi dilakukan pada kehamilan aterm atau apabila terdapat indikasi terminasi kehamilan. Induksi biasanya menggunakan oksitosin atau prostaglandin sesuai kondisi serviks.

5. Terminasi Kehamilan

Terminasi dilakukan apabila terdapat infeksi intrauterin, gawat janin, perdarahan, atau komplikasi lain yang membahayakan ibu dan janin (Aditya & Linda, 2025).

g. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan bagian penting dalam SOP penanganan KPD. Seluruh hasil pengkajian, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, tindakan medis, terapi yang diberikan, serta perkembangan kondisi pasien harus dicatat secara lengkap dan sistematis dalam rekam medis. Dokumentasi bertujuan sebagai:

1. Bukti pelayanan kesehatan yang telah diberikan.
2. Sarana komunikasi antar tenaga kesehatan.
3. Bahan evaluasi dan pemantauan pasien.
4. Bentuk pertanggungjawaban profesional dan hukum.

Pencatatan dilakukan menggunakan format dokumentasi kebidanan atau keperawatan yang berlaku di fasilitas pelayanan kesehatan. Dokumentasi yang lengkap dan akurat sangat penting untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien (Andriawati & Maftuchah, 2025).

2.2 Induksi Persalinan

2.2.1 Pengertian Induksi Persalinan

Induksi persalinan merupakan suatu tindakan medis yang dilakukan untuk merangsang terjadinya kontraksi uterus sebelum persalinan dimulai secara spontan. Tindakan ini dilakukan pada ibu hamil yang belum mengalami proses persalinan tetapi memiliki indikasi medis tertentu yang mengharuskan persalinan segera dilakukan demi keselamatan ibu maupun janin (Ibriani et al., 2024).

Induksi persalinan dapat dilakukan dengan metode mekanis maupun farmakologis. Tujuan utama induksi persalinan adalah membantu terjadinya persalinan pervaginam dengan aman serta mengurangi risiko komplikasi akibat kehamilan yang berlanjut terlalu lama atau kondisi tertentu yang membahayakan ibu dan janin (Aditya & Linda, 2025).

Induksi persalinan adalah upaya untuk menimbulkan kontraksi uterus secara buatan pada ibu hamil yang belum inpartu sehingga terjadi proses persalinan. Induksi berbeda dengan akselerasi persalinan. Pada induksi, persalinan belum dimulai sama sekali, sedangkan akselerasi dilakukan

untuk mempercepat persalinan yang sudah berlangsung (Hermanses & Kotarumalos, 2025).

2.2.2 Indikasi Induksi Persalinan

Induksi persalinan dilakukan apabila terdapat kondisi medis tertentu yang menyebabkan kehamilan perlu segera diakhiri. Menurut Ayuba et al. (2017), beberapa indikasi dilakukannya induksi persalinan antara lain sebagai berikut:

a. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini merupakan kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dimulai. Apabila ketuban pecah terlalu lama, risiko infeksi pada ibu dan janin akan meningkat sehingga persalinan perlu segera dilakukan melalui induksi.

b. Kehamilan Lewat Waktu

Kehamilan yang melebihi usia 42 minggu dapat meningkatkan risiko gangguan pada janin seperti penurunan fungsi plasenta dan kekurangan oksigen. Oleh karena itu, induksi dilakukan untuk mencegah komplikasi yang lebih berat.

c. Oligohidramnion

Oligohidramnion adalah kondisi jumlah cairan ketuban yang terlalu sedikit. Kondisi ini dapat mengganggu pertumbuhan janin dan meningkatkan risiko gawat janin sehingga persalinan perlu segera dilakukan.

d. Korioamnionitis

Korioamnionitis merupakan infeksi pada selaput ketuban dan cairan amnion. Infeksi ini dapat membahayakan ibu maupun janin sehingga kehamilan harus segera diakhiri.

e. Preeklamsia dan Hipertensi dalam Kehamilan

Tekanan darah tinggi selama kehamilan dapat menyebabkan komplikasi serius seperti kejang, perdarahan otak, hingga kematian ibu dan janin. Induksi persalinan dilakukan apabila kondisi ibu tidak memungkinkan kehamilan dipertahankan lebih lama.

f. Kematian Janin dalam Rahim (IUFD)

Induksi dilakukan untuk membantu pengeluaran janin apabila terjadi kematian janin dalam kandungan agar tidak menimbulkan komplikasi pada ibu.

g. Pertumbuhan Janin Terhambat (IUGR)

Gangguan pertumbuhan janin dapat disebabkan oleh insufisiensi plasenta sehingga janin tidak mendapatkan nutrisi dan oksigen yang cukup. Apabila kondisi memburuk, persalinan perlu segera dilakukan.

h. Perdarahan Antepartum

Perdarahan pada trimester akhir kehamilan dapat membahayakan keselamatan ibu dan janin sehingga memerlukan tindakan persalinan segera (Hermanses & Kotarumalos, 2025).

2.2.3 Kontraindikasi Induksi Persalinan

Induksi persalinan tidak dapat dilakukan pada semua kondisi kehamilan. Terdapat beberapa keadaan yang menjadi kontraindikasi karena dapat meningkatkan risiko komplikasi serius apabila persalinan dipaksakan secara pervaginam (Mahardika et al., 2022).

a. Disproporsi Sefalopelvik

Disproporsi sefalopelvik merupakan kondisi ketika ukuran kepala janin tidak sebanding dengan ukuran panggul ibu sehingga janin sulit atau tidak dapat melewati jalan lahir secara normal. Keadaan ini dapat terjadi karena ukuran kepala janin terlalu besar, panggul ibu terlalu sempit, atau kombinasi keduanya. Pada kondisi disproporsi sefalopelvik, kontraksi yang dihasilkan melalui induksi persalinan tidak akan mampu membantu penurunan janin secara efektif karena terdapat hambatan mekanis pada jalan lahir (Ellita et al., 2025).

b. Kelainan Letak Janin

Kelainan letak janin adalah kondisi ketika posisi janin di dalam rahim tidak sesuai untuk persalinan normal, seperti presentasi lintang, presentasi bahu, maupun presentasi majemuk. Pada keadaan ini, bagian tubuh janin yang berada di bawah bukan kepala sehingga proses persalinan pervaginam menjadi sulit dan berisiko tinggi. Induksi persalinan tidak dianjurkan pada kelainan letak janin karena kontraksi yang dirangsang justru dapat meningkatkan risiko

persalinan macet, prolaps tali pusat, trauma lahir, hingga kematian janin (Hidayati et al., 2025).

c. Kehamilan Ganda Tertentu

Kehamilan ganda atau kehamilan kembar merupakan kondisi kehamilan dengan dua atau lebih janin di dalam rahim. Pada beberapa kasus, induksi persalinan dapat dilakukan apabila posisi janin mendukung persalinan normal dan kondisi ibu serta janin stabil. Namun, pada kondisi tertentu seperti posisi janin pertama bukan presentasi kepala, terdapat perbedaan ukuran janin yang signifikan, atau adanya komplikasi kehamilan lainnya, induksi persalinan tidak dianjurkan karena dapat meningkatkan risiko komplikasi obstetri. Kehamilan ganda menyebabkan peregangan rahim lebih besar sehingga kontraksi uterus dapat menjadi tidak efektif dan meningkatkan risiko perdarahan postpartum (Ellita et al., 2025).

d. Gawat Janin Berat

Gawat janin berat merupakan kondisi ketika janin mengalami gangguan serius yang ditandai dengan penurunan kesejahteraan janin di dalam rahim, seperti denyut jantung janin yang abnormal, kekurangan oksigen, atau gangguan aliran darah plasenta. Kondisi ini membutuhkan penanganan segera untuk mencegah kerusakan organ hingga kematian janin. Pada keadaan gawat janin berat, induksi persalinan tidak dianjurkan karena proses induksi memerlukan waktu

yang cukup lama sampai persalinan berlangsung (Vicky Andrea Malvino, 2022).

e. Riwayat Operasi Rahim

Riwayat operasi rahim tertentu menjadi salah satu kontraindikasi induksi persalinan karena dapat meningkatkan risiko ruptur uteri atau robekan rahim saat kontraksi terjadi. Kondisi ini terutama ditemukan pada ibu dengan riwayat seksio sesarea klasik, miomektomi yang menembus dinding rahim, maupun operasi lain yang menyebabkan adanya jaringan parut pada uterus. Pada saat induksi dilakukan, kontraksi uterus yang kuat dapat memberikan tekanan berlebihan pada bekas luka operasi sehingga dinding rahim berisiko robek (Ratika Lelo Yasinta et al., 2025).

2.2.4 Persyaratan Induksi Persalinan

Sebelum induksi dilakukan, terdapat beberapa syarat yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan keberhasilan persalinan. Menurut Hakimi (2018), persyaratan tersebut meliputi:

a. Presentasi Janin

Presentasi janin merupakan posisi bagian tubuh janin yang berada paling bawah dan mendekati jalan lahir. Pada proses persalinan normal, presentasi yang paling aman dan paling diharapkan adalah presentasi kepala atau presentasi vertex, yaitu keadaan ketika kepala janin berada di bagian bawah rahim dan siap memasuki panggul ibu. Presentasi kepala memudahkan proses pembukaan jalan lahir serta

menurunkan risiko terjadinya komplikasi selama persalinan (Aditya & Linda, 2025).

b. Usia Kehamilan

Usia kehamilan menjadi salah satu faktor penting yang menentukan keberhasilan induksi persalinan. Semakin mendekati usia kehamilan cukup bulan atau aterm, yaitu sekitar 37–42 minggu, maka kemungkinan keberhasilan induksi akan semakin tinggi. Pada usia kehamilan yang sudah cukup bulan, organ janin umumnya telah berkembang dengan baik sehingga bayi lebih siap untuk dilahirkan. Selain itu, pada akhir kehamilan tubuh ibu secara alami telah mengalami berbagai perubahan hormonal yang mendukung terjadinya proses persalinan, seperti peningkatan hormon prostaglandin dan oksitosin yang membantu merangsang kontraksi uterus (Etika Nur Ilmawati & Erika Puspitasari, 2026).

c. Penurunan Kepala Janin

Penurunan kepala janin merupakan kondisi ketika bagian kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul ibu sebagai persiapan menuju proses persalinan. Keadaan ini menunjukkan bahwa terdapat kesesuaian antara ukuran kepala janin dengan ukuran panggul ibu sehingga janin memiliki peluang lebih besar untuk lahir secara normal. Pada tindakan induksi persalinan, penurunan kepala janin menjadi salah satu indikator penting keberhasilan karena kepala yang sudah

masuk panggul akan memberikan tekanan langsung pada serviks (Annisa & Anik, 2025).

d. Kematangan Serviks

Kematangan serviks merupakan keadaan ketika serviks telah mengalami perubahan fisiologis sebagai persiapan menuju persalinan. Serviks yang matang biasanya menjadi lebih lunak, menipis, mendatar, dan mulai mengalami pembukaan sehingga lebih mudah dilalui oleh janin saat proses persalinan berlangsung. Kondisi ini sangat memengaruhi keberhasilan induksi persalinan karena serviks yang matang akan memberikan respons lebih baik terhadap stimulasi kontraksi. Penilaian kematangan serviks umumnya dilakukan menggunakan skor Bishop yang meliputi pembukaan serviks, penipisan serviks, konsistensi serviks, posisi serviks, dan penurunan kepala janin (Hermanses & Kotarumalos, 2025).

2.2.5 Komplikasi Induksi Persalinan

Induksi persalinan dapat menimbulkan beberapa komplikasi apabila tidak dilakukan dengan tepat. Komplikasi tersebut antara lain:

- a. Prolaps tali pusat.
- b. Persalinan lama.
- c. Gawat janin.
- d. Infeksi setelah ketuban pecah lama.
- e. Hiperstimulasi uterus akibat penggunaan obat induksi.
- f. Kegagalan induksi yang berakhir dengan tindakan operasi sesar.

Menurut Hakimi (2018), induksi dikatakan gagal apabila kontraksi uterus tidak adekuat atau serviks tidak mengalami pembukaan meskipun stimulasi telah diberikan (Misharwati et al., 2025).

2.2.6 Metode Induksi Persalinan

Metode induksi persalinan dibagi menjadi dua, yaitu metode mekanis dan metode farmakologis.

a. Metode Mekanis

Metode mekanis dilakukan dengan bantuan alat tertentu untuk merangsang pembukaan serviks dan kontraksi uterus. Metode ini meliputi penggunaan kateter balon, laminaria, dan amniotomi (Oetami & Ambarwati, 2023).

b. Metode Farmakologis

Metode farmakologis menggunakan obat-obatan untuk merangsang kontraksi uterus, seperti oksitosin dan prostaglandin. Oksitosin merupakan obat yang paling sering digunakan dalam induksi persalinan karena dosisnya dapat dikontrol dengan baik sehingga relatif aman bagi ibu dan janin (Dewi et al., 2025).

Menurut Maryunani (2016), penggunaan oksitosin dalam induksi persalinan terus meningkat karena efektif membantu proses persalinan dan mempercepat pembukaan serviks apabila digunakan sesuai indikasi medis (Adhistry et al., 2024).

2.3 Episiotomi

2.3.1 Definisi Episiotomi

Episiotomi merupakan tindakan insisi atau sayatan pada daerah perineum yang dilakukan pada saat persalinan untuk memperluas jalan lahir sehingga mempermudah proses pengeluaran janin. Sayatan dilakukan pada jaringan antara vagina dan anus ketika kepala janin mulai tampak pada introitus vagina dan perineum mengalami peregangan maksimal (Abidah et al., 2023).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2018), episiotomi adalah tindakan pembedahan kecil pada perineum yang dilakukan berdasarkan indikasi medis tertentu selama persalinan pervaginam. Tindakan ini tidak dianjurkan dilakukan secara rutin karena dapat meningkatkan risiko perdarahan, infeksi, nyeri postpartum, serta gangguan penyembuhan luka apabila dilakukan tanpa indikasi yang jelas (Ratika Lelo Yasinta et al., 2025).

Perineum merupakan jaringan lunak yang terdiri atas kulit, otot, dan jaringan ikat yang berada di antara vagina dan anus. Pada saat persalinan, daerah ini mengalami peregangan akibat tekanan kepala janin. Jika peregangan terlalu besar, dapat terjadi robekan spontan yang luas sehingga episiotomi dilakukan untuk mengendalikan arah robekan dan meminimalkan trauma jaringan (Hidayati et al., 2025).

2.3.2 Etiologi

Episiotomi bukan merupakan tindakan akibat penyakit tertentu, melainkan prosedur medis yang dilakukan untuk membantu proses persalinan dan mencegah komplikasi pada ibu maupun bayi (Kurniaty Asa et al., 2025). Beberapa kondisi yang menjadi indikasi dilakukannya episiotomi antara lain:

a. Perineum Kaku

Perineum yang kurang elastis dapat menghambat keluarnya kepala janin dan meningkatkan risiko robekan spontan yang tidak teratur. Kondisi ini sering ditemukan pada ibu primigravida karena jaringan perineum belum pernah mengalami peregangan sebelumnya (Akbarzadeh; et al., 2016).

b. Gawat Janin

Gawat janin merupakan kondisi gangguan kesejahteraan janin selama persalinan yang ditandai dengan denyut jantung janin abnormal atau adanya mekonium pada cairan ketuban. Pada kondisi ini, episiotomi dilakukan untuk mempercepat proses persalinan sehingga risiko hipoksia pada bayi dapat dikurangi (Kurniaty Asa et al., 2025).

2.3.3 Telaah Jurnal

a. Pengaruh Hubungan Seksual terhadap Kejadian KPD

Hasil penelitian Indrawati di wilayah kerja puskesmas paiton, kabupaten Purbalinggo dengan menggunakan penelitian kuantitatif dengan desain korelasional menggunakan pendekatan

cross-sectional yang melibatkan 34 responden. Mayoritas responden dengan pola seksual yang benar (tidak lebih dari 3x seminggu) sebanyak 1orang (38,2%) tidak mengalami KPD, sedangkan 2 orang (5,9%) Mengalami KPD. Dari 21 responden (61,8%) yang menjalani hubungan seksual yang tidak sesuai ditemukan 7 orang,(20,6%) yang tidak mengalami KPD dan 14 orang (41,2%) yang mengalami KPD. Frekuensi hubungan intim pada Trimester III kehamilan yang melebihi tiga kali dalam seminggu diduga kontribusi terhadap terjadinya KPD. Ini berhubungan dengan keadaan organisme yang bisa memicu kontraksi Rahim karena adanya hormon prostaglandin yang terdapat dalam semen atau cairan sperma. Selain itu, peningkatan kontraksi uterus dapat berkontribusi terhadap robeknya selaput ketuban sebelum waktu kelahiran. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada Hubungan Pola Seksual Ibu Hamil Trimester III Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Wilayah Kerja Puskesmas Paiton Kabupaten Probolinggo (Indrawati et al., 2023)

b. Hubungan Aktivitas Terhadap KPD

Hasil Penelitian Mutia Di UPT Puskesmas Ciomas, Kabupaten Serang , Provinsi Banten. Menurut penelitian kuesioner, pengolahan data dilakukan dengan metode uji statistik Shi-Square. Hasil analisis univariat memperlihatkan bahwa sebanyak 45,5% ibu yang melahirkan mengalami KPD. Sebanyak 65,9% ibu melahirkan memiliki tingkat aktivitas fisik yang tinggi. Sebanyak 72,7% wanita

yang melahirkan mengalami keputihan. Sebanyak 75% wanita yang melahirkan mengalami stress psikososial. Hasil analisis bivariat mengindikasikan adanya hubungan yang signifikan secara statistik Antara: Aktivitas fisik yang tinggi berhubungan dengan kejadian KPD ($p=0,014$), keputihan berkaitan dengan insiden KPD ($p=0,038$), Stres psikososial berkaitan dengan insiden KPD ($p=0,019$). Dari penelitian ini menunjukkan bahwa kejadian KPD Ibu bersalin berkaitan dengan tingkat aktivitas fisik yang tinggi, keberadaan keputihan, serta stres psikososial. maka dari itu, bidan diharapkan mampu meningkatkan layanan kesehatan dan berkolaborasi dengan ibu hamil untuk menurunkan risiko Ketuban Pecah Dini (KPD). (Mutia, 2023)

c. Persalinan dengan Tindakan

Episiotomi sering dilakukan pada persalinan yang menggunakan alat bantu seperti vakum atau forceps. Tindakan ini bertujuan memperluas jalan lahir sehingga pemasangan alat lebih mudah dan trauma pada ibu maupun bayi dapat diminimalkan (Kurniaty Asa et al., 2025).

d. Bayi Besar atau Makrosomia

Janin dengan berat badan besar menyebabkan peregangan perineum lebih besar sehingga meningkatkan risiko robekan spontan derajat tinggi. Oleh karena itu, episiotomi dapat dilakukan untuk membantu proses pengeluaran bayi (Istiana et al., 2020).

e. Distosia Bahu

Distosia bahu merupakan keadaan ketika bahu bayi sulit dilahirkan setelah kepala keluar. Kondisi ini termasuk kegawatdaruratan obstetri sehingga episiotomi dapat dilakukan untuk mempermudah tindakan obstetri dalam membantu kelahiran bayi (Kurniaty Asa et al., 2025).

f. Persalinan Lama

Persalinan yang berlangsung terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan ibu serta meningkatkan risiko komplikasi pada janin. Dalam kondisi tertentu, episiotomi dilakukan untuk mempercepat proses persalinan (Kurniaty Asa et al., 2025).

2.3.4 Patofisiologi

Pada persalinan normal, kepala janin akan turun melalui jalan lahir dan menyebabkan peregangan pada jaringan perineum. Jika jaringan perineum cukup elastis, bayi dapat lahir tanpa robekan yang berat. Namun, pada kondisi tertentu seperti perineum kaku, janin besar, atau persalinan operatif, tekanan pada perineum meningkat sehingga risiko robekan spontan menjadi lebih besar. Robekan tersebut dapat meluas hingga otot perineum dan sfingter ani yang dapat menimbulkan komplikasi seperti inkontinensia fekal dan gangguan dasar panggul (Kurniaty Asa et al., 2025).

Episiotomi dilakukan dengan membuat sayatan terkontrol pada perineum untuk mengurangi tekanan pada jaringan serta memperluas jalan

lahir. Dengan adanya sayatan yang terarah, diharapkan robekan spontan yang tidak teratur dapat dicegah. Menurut Kalis et al. (2019), episiotomi mediolateral memiliki risiko lebih rendah menyebabkan robekan sfingter ani dibandingkan episiotomi median karena arah sayatan menjauhi anus (Ratika Lelo Yasinta et al., 2025).

Setelah episiotomi dilakukan, luka akan mengalami proses penyembuhan yang terdiri dari fase inflamasi, proliferasi, dan maturasi. Pada fase inflamasi muncul kemerahan, pembengkakan, dan nyeri akibat peningkatan aliran darah ke area luka. Selanjutnya terbentuk jaringan baru pada fase proliferasi, kemudian jaringan mengalami penguatan pada fase maturasi. Penyembuhan luka dipengaruhi oleh status gizi, kebersihan luka, anemia, infeksi, dan mobilisasi ibu postpartum. Oleh karena itu, perawatan luka yang baik sangat penting untuk mempercepat proses penyembuhan (Kurniaty Asa et al., 2025).

2.3.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Faktor yang memengaruhi tindakan episiotomi dan penyembuhan luka meliputi faktor maternal, janin, dan proses persalinan.

a. Faktor Maternal

1. Primigravida

Ibu yang pertama kali melahirkan lebih berisiko menjalani episiotomi karena perineum belum pernah mengalami peregangan sebelumnya (Ibriani et al., 2024).Elastisitas Perineum

Perineum yang kurang elastis meningkatkan risiko robekan spontan sehingga episiotomi lebih sering dilakukan (Indriyani et al., 2024).

2. Usia Ibu

Usia ibu dapat memengaruhi elastisitas jaringan perineum. Semakin bertambah usia, elastisitas jaringan cenderung menurun (Annisa & Anik, 2025).

3. Status Gizi dan Anemia

Status gizi yang kurang baik dan anemia dapat memperlambat penyembuhan luka karena suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan tidak optimal (Adhisty et al., 2024).

b. Faktor Janin

1. Berat Badan Bayi

Bayi dengan berat badan besar menyebabkan peregangan perineum lebih besar sehingga meningkatkan kemungkinan dilakukan episiotomi (Kurniaty Asa et al., 2025).

2. Presentasi Janin

Presentasi abnormal seperti letak sungsang dapat meningkatkan risiko trauma perineum karena bagian tubuh janin yang keluar terlebih dahulu bukan kepala, melainkan bokong atau kaki sehingga proses persalinan menjadi lebih sulit dan tidak optimal. Kondisi ini menyebabkan peregangan jaringan perineum berlangsung lebih besar dan tidak merata, terutama saat kepala janin lahir terakhir (Akbarzadeh; et al., 2016).

c. Faktor Persalinan

1. Persalinan Operatif

Persalinan operatif merupakan tindakan persalinan yang menggunakan alat bantu seperti vakum ekstraksi atau forceps untuk membantu proses kelahiran bayi melalui jalan lahir. Tindakan ini biasanya dilakukan apabila persalinan mengalami hambatan, ibu kelelahan, atau terdapat tanda gawat janin yang memerlukan persalinan segera. Pada banyak kasus, penggunaan vakum maupun forceps sering disertai tindakan episiotomi untuk memperluas jalan lahir dan mempermudah pengeluaran janin (Kurniaty Asa et al., 2025).

2. Lama Persalinan

Lama persalinan menjadi salah satu faktor yang dapat meningkatkan risiko trauma perineum selama proses kelahiran. Persalinan yang berlangsung terlalu lama menyebabkan jaringan perineum mengalami tekanan terus-menerus akibat dorongan kepala janin pada jalan lahir. Tekanan yang berkepanjangan dapat menyebabkan jaringan perineum menjadi edema, kehilangan elastisitas, dan lebih mudah mengalami robekan saat proses pengeluaran bayi (Annisa & Anik, 2025).

3. Teknik Penolong Persalinan

Teknik penolong persalinan memiliki peran yang sangat penting dalam mencegah terjadinya trauma perineum selama proses

kelahiran. Penolong persalinan harus mampu mengendalikan keluarnya kepala dan bahu janin secara perlahan agar peregangan jaringan perineum terjadi secara bertahap dan tidak menimbulkan robekan yang luas (Happy et al., 2022).

2.3.6 Penanganan

Penanganan episiotomi mencakup tindakan selama persalinan hingga perawatan luka setelah persalinan. Tujuannya adalah mencegah komplikasi, mempercepat penyembuhan luka, dan meningkatkan kenyamanan ibu.

a. Pelaksanaan Episiotomi

Episiotomi dilakukan ketika kepala janin mulai tampak di vulva dan perineum mengalami peregangan maksimal. Sebelum tindakan dilakukan, diberikan anestesi lokal untuk mengurangi rasa nyeri. Jenis episiotomi yang paling sering digunakan adalah mediolateral karena memiliki risiko lebih rendah menyebabkan robekan hingga anus dibandingkan episiotomi median (Akbarzadeh; et al., 2016).

b. Penjahitan Luka

Setelah bayi dan plasenta lahir, luka episiotomi dijahit kembali secara aseptik mulai dari mukosa vagina, otot perineum, hingga kulit luar. Menurut Kettle et al. (2017), penggunaan benang yang dapat diserap tubuh dan teknik jahitan kontinu dapat mengurangi nyeri postpartum (Istiana et al., 2020).

c. Perawatan Luka

Perawatan luka dilakukan dengan menjaga kebersihan area perineum, mengganti pembalut secara teratur, dan membersihkan daerah genital dari depan ke belakang (Kurniaty Asa et al., 2025).

1. Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini membantu memperlancar sirkulasi darah sehingga mempercepat penyembuhan luka (Kurniaty Asa et al., 2025).

2. Nutrisi Adekuat

Asupan protein, vitamin C, dan cairan yang cukup diperlukan dalam proses pembentukan jaringan baru (Qamruddin et al., 2021).

3. Manajemen Nyeri

Nyeri dapat dikurangi melalui kompres dingin, teknik relaksasi, maupun pemberian analgesik sesuai indikasi (Kurniaty Asa et al., 2025).

d. Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi dilakukan dengan menjaga kebersihan luka, mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan, serta memantau tanda infeksi selama masa nifas (Kurniaty Asa et al., 2025).

2.4 Gawat Janin

2.4.1 Pengertian Gawat Janin

Gawat janin (fetal distress) merupakan suatu kondisi ketika janin mengalami gangguan kesejahteraan akibat ketidakmampuan memperoleh oksigen yang adekuat selama kehamilan maupun proses persalinan.

Keadaan ini ditandai dengan adanya perubahan pola denyut jantung janin, berkurangnya gerakan janin, serta ditemukannya mekonium pada cairan ketuban sebagai respons terhadap hipoksia intrauterin. Gawat janin merupakan kondisi obstetri yang memerlukan penanganan segera karena dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas perinatal apabila tidak segera diatasi (Retni et al., 2024).

Menurut buku Williams Obstetrics, gawat janin adalah keadaan ketika janin mengalami hipoksia akibat terganggunya pertukaran oksigen antara ibu dan janin melalui sirkulasi uteroplasenta. Hipoksia yang berlangsung terus-menerus dapat menyebabkan asidosis metabolik, kerusakan organ, hingga kematian janin apabila tidak segera dilakukan intervensi (Cunningham et al., 2022).

2.4.2 Etiologi Gawat Janin

Gawat janin dapat disebabkan oleh berbagai kondisi yang mengganggu pertukaran oksigen dan nutrisi antara ibu dengan janin melalui plasenta. Penyebab tersebut dapat berasal dari faktor maternal, plasenta, tali pusat, maupun faktor janin. Gangguan pada salah satu komponen tersebut dapat menyebabkan penurunan perfusi uteroplasenta sehingga mengakibatkan hipoksia janin (Wanda et al., 2024).

a. Faktor maternal

Faktor maternal merupakan penyebab yang paling sering memengaruhi perfusi uteroplasenta. Kondisi seperti hipertensi dalam kehamilan, preeklampsia, eklampsia, anemia berat, diabetes

melitus, penyakit jantung, penyakit paru, syok, hipotensi akibat perdarahan, serta penggunaan obat-obatan tertentu dapat mengurangi aliran darah menuju plasenta sehingga suplai oksigen kepada janin menjadi tidak adekuat (Retni et al., 2024).

a. Faktor plasenta

Gangguan pada plasenta dapat menghambat pertukaran oksigen dan nutrisi dari ibu ke janin. Kondisi yang sering menyebabkan gawat janin antara lain insufisiensi plasenta, solusio plasenta, plasenta previa dengan perdarahan, infark plasenta, serta penuaan plasenta pada kehamilan postterm (Retni et al., 2024).

b. Faktor tali pusat

Kelainan tali pusat merupakan penyebab penting terjadinya hipoksia janin. Lilitan tali pusat, prolaps tali pusat, simpul tali pusat, kompresi tali pusat akibat oligohidramnion, maupun kelainan panjang tali pusat dapat menyebabkan penurunan aliran darah menuju janin (Amiruddin et al., 2025).

c. Faktor janin

Beberapa kondisi pada janin seperti restriksi pertumbuhan intrauterin (*Intrauterine Growth Restriction*), anemia janin, infeksi intrauterin, kelainan kongenital, kehamilan ganda, maupun gangguan metabolik dapat meningkatkan risiko terjadinya gawat janin (Siagian et al., 2023).

d. Faktor intrapartum

Selama proses persalinan, gawat janin dapat dipicu oleh kontraksi uterus yang terlalu kuat atau terlalu sering (*uterine tachysystole*), persalinan lama, ketuban pecah dini yang disertai infeksi, penggunaan oksitosin yang berlebihan, serta tindakan obstetri yang menyebabkan penurunan perfusi uteroplasenta (Retni et al., 2024).

2.4.3 Faktor Risiko Gawat Janin

Beberapa keadaan diketahui dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya gawat janin selama kehamilan maupun persalinan, antara lain:

- a. Hipertensi gestasional, preeklamsia, dan eklampsia.
- b. Diabetes melitus pada kehamilan.
- c. Anemia ibu.
- d. Kehamilan postterm (>42 minggu).
- e. Oligohidramnion atau polihidramnion.
- f. Ketuban pecah dini.
- g. Persalinan lama (*prolonged labor*).
- h. Induksi persalinan dengan oksitosin.
- i. Solusio plasenta.
- j. Plasenta previa.
- k. Lilitan atau prolaps tali pusat.
- l. Restriksi pertumbuhan janin (*IUGR*).
- m. Kehamilan kembar.
- n. Air ketuban bercampur mekonium.

- o. Usia ibu yang terlalu muda maupun usia reproduksi lanjut.
- p. Riwayat gawat janin pada kehamilan sebelumnya.

Semakin banyak faktor risiko yang dimiliki ibu, maka semakin tinggi kemungkinan terjadinya gangguan kesejahteraan janin sehingga diperlukan pemantauan yang lebih ketat selama masa antenatal maupun intrapartum (Siagian et al., 2023).

2.4.4 Patofisiologi Gawat Janin

Patofisiologi gawat janin diawali dengan adanya gangguan aliran darah uteroplasenta yang menyebabkan berkurangnya suplai oksigen kepada janin. Penurunan oksigen tersebut dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti kontraksi uterus yang berlebihan, insufisiensi plasenta, hipotensi maternal, maupun kompresi tali pusat. Ketika suplai oksigen menurun, janin akan melakukan mekanisme kompensasi dengan meningkatkan distribusi aliran darah ke organ-organ vital seperti otak, jantung, dan kelenjar adrenal. Apabila hipoksia berlangsung dalam waktu singkat, mekanisme kompensasi ini masih mampu mempertahankan fungsi organ penting (Amiruddin et al., 2025).

Namun, apabila hipoksia berlangsung terus-menerus, metabolisme aerob akan berubah menjadi metabolisme anaerob sehingga terjadi penumpukan asam laktat yang menyebabkan asidosis metabolik. Asidosis akan mengganggu fungsi miokard, menurunkan kontraktilitas jantung, serta menyebabkan perubahan pola denyut jantung janin berupa deselerasi lambat, variabilitas yang menurun, bradikardia, maupun takikardia.

Hipoksia yang semakin berat akan menyebabkan penurunan gerakan janin, keluarnya mekonium ke dalam cairan ketuban akibat relaksasi sfingter ani, hingga berakhir pada asfiksia neonatorum, kerusakan neurologis permanen, bahkan kematian janin apabila tidak segera dilakukan terminasi kehamilan (Amiruddin et al., 2025).

2.4.5 Manifestasi Klinis Gawat Janin

Manifestasi klinis gawat janin merupakan tanda dan gejala yang menunjukkan adanya gangguan kesejahteraan janin akibat penurunan suplai oksigen. Manifestasi ini dapat diketahui melalui keluhan ibu, pemeriksaan klinis, maupun pemeriksaan penunjang selama kehamilan dan persalinan. Deteksi dini terhadap manifestasi klinis sangat penting untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat (Retni et al., 2024). Beberapa manifestasi klinis gawat janin antara lain:

a. Perubahan denyut jantung janin (DJJ)

Perubahan denyut jantung janin merupakan indikator utama dalam mendeteksi gawat janin. Denyut jantung janin normal berkisar antara 110 – 160 kali per menit. Bradikardia (<110 kali per menit) maupun takikardia (>160 kali per menit) yang berlangsung menetap dapat menunjukkan adanya hipoksia janin. Selain itu, penurunan variabilitas denyut jantung dan munculnya deselerasi lambat (*late deceleration*) juga merupakan tanda adanya gangguan oksigenasi janin (Siagian et al., 2023).

b. Penurunan gerakan janin

Ibu hamil dapat mengeluhkan berkurangnya frekuensi gerakan janin dibandingkan biasanya. Penurunan aktivitas janin merupakan salah satu mekanisme kompensasi akibat hipoksia dan perlu segera dievaluasi lebih lanjut (Kamerayani et al., 2025).

c. Air ketuban bercampur mekonium

Adanya mekonium dalam cairan ketuban, terutama mekonium kental, dapat menjadi indikator hipoksia janin. Hipoksia menyebabkan relaksasi sfingter ani janin sehingga mekonium keluar ke dalam cairan ketuban. Kondisi ini meningkatkan risiko sindrom aspirasi mekonium pada bayi baru lahir (Siagian et al., 2023).

d. Hasil pemantauan CTG yang abnormal

Pemeriksaan *Cardiotocography* (CTG) dapat menunjukkan pola denyut jantung janin yang tidak meyakinkan, seperti variabilitas minimal atau hilang, deselerasi berulang, maupun bradikardia yang menetap (Amiruddin et al., 2025).

e. Gangguan profil biofisik janin

Penurunan skor *Biophysical Profile* (BPP), seperti berkurangnya gerakan tubuh, gerakan napas janin, tonus otot, maupun volume cairan ketuban, menunjukkan adanya penurunan kesejahteraan janin (Amiruddin et al., 2025).

2.4.6 Diagnosis Gawat Janin

Diagnosis gawat janin ditegakkan berdasarkan kombinasi hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang yang bertujuan menilai kesejahteraan janin. Tidak ada satu pemeriksaan yang dapat menegaskan diagnosis secara tunggal, sehingga diperlukan interpretasi secara menyeluruh (Wanda et al., 2024).

a. Anamnesis

Anamnesis dilakukan dengan menggali keluhan ibu mengenai penurunan gerakan janin, perdarahan, pecah ketuban, kontraksi uterus, maupun riwayat penyakit selama kehamilan seperti hipertensi, diabetes melitus, atau preeklamsia (Retni et al., 2024).

b. Pemeriksaan fisik dan obstetri

Pemeriksaan meliputi pengukuran tanda-tanda vital ibu, tinggi fundus uteri, frekuensi kontraksi uterus, kondisi ketuban, serta auskultasi denyut jantung janin menggunakan Doppler atau fetoskop (Permata et al., 2021).

c. Pemantauan denyut jantung janin (DJJ)

Pemantauan denyut jantung janin merupakan metode sederhana yang dilakukan secara intermiten maupun kontinu selama persalinan. Denyut jantung janin normal berkisar antara 110–160 kali per menit. Perubahan yang menetap memerlukan evaluasi lebih lanjut (Retni et al., 2024).

d. . *Cardiotocography* (CTG)

CTG merupakan pemeriksaan utama untuk menilai respons denyut jantung janin terhadap kontraksi uterus. Interpretasi CTG dilakukan berdasarkan frekuensi

dasar, variabilitas, akselerasi, dan deselerasi denyut jantung janin. Hasil CTG diklasifikasikan menjadi normal, indeterminate, atau abnormal (Adriani Zai et al., 2025).

f. *Ultrasonografi (USG) Doppler*

Pemeriksaan Doppler digunakan untuk menilai aliran darah pada arteri umbilikalis, arteri serebri media, maupun pembuluh darah lainnya. Gangguan aliran darah menunjukkan adanya insufisiensi plasenta dan peningkatan risiko hipoksia janin (Amiruddin et al., 2025).

g. *Biophysical Profile (BPP)*

BPP merupakan kombinasi pemeriksaan USG dan *Non-Stress Test (NST)* yang menilai gerakan janin, tonus janin, gerakan napas janin, volume cairan ketuban, serta reaktivitas denyut jantung janin. Skor yang rendah menunjukkan penurunan kesejahteraan janin (Adriani Zai et al., 2025).

a. Pemeriksaan analisis gas darah

Pada beberapa fasilitas kesehatan, analisis gas darah dari kulit kepala janin dapat digunakan untuk menilai derajat asidosis metabolik. Pemeriksaan ini merupakan standar emas dalam menilai hipoksia janin, meskipun penggunaannya masih terbatas (Retni et al., 2024).

h. Penatalaksanaan Gawat Janin

Penatalaksanaan gawat janin bertujuan untuk memperbaiki oksigenasi janin, mengatasi penyebab yang mendasari, serta mempercepat proses persalinan apabila kondisi janin tidak membaik. Penanganan harus dilakukan secara cepat, tepat, dan terkoordinasi (Siagian et al., 2023).

a. Penatalaksanaan Awal (Resusitasi Intrauterin)

Resusitasi intrauterin dilakukan sebagai tindakan pertama untuk memperbaiki kondisi janin, meliputi:

1. Mengubah posisi ibu ke posisi lateral kiri untuk meningkatkan perfusi uteroplasenta.
2. Menghentikan pemberian oksitosin apabila sedang digunakan.
3. Memberikan cairan intravena untuk mengatasi hipotensi maternal.
4. Mengoreksi penyebab hipotensi, perdarahan, atau gangguan sirkulasi ibu.
5. Memantau denyut jantung janin secara kontinu.
6. Melakukan evaluasi terhadap kontraksi uterus dan kondisi ibu (Ulpawati et al., 2022).

b. Penatalaksanaan Definitif

Apabila kondisi janin tidak menunjukkan perbaikan setelah resusitasi intrauterin, maka perlu dilakukan terminasi kehamilan sesuai indikasi obstetri.

1. Persalinan pervaginam

Persalinan normal dapat dipertimbangkan apabila pembukaan serviks sudah lengkap, kondisi ibu stabil, dan diperkirakan persalinan akan segera berlangsung.

2. Persalinan operatif pervaginam

Tindakan ekstraksi vakum atau forseps dapat dilakukan apabila memenuhi syarat obstetri dan diperkirakan dapat mempercepat kelahiran janin.

3. Seksio sesarea emergensi

Seksio sesarea merupakan pilihan utama apabila terjadi gawat janin yang menetap, pembukaan serviks belum lengkap, atau persalinan pervaginam tidak memungkinkan dilakukan. Tindakan ini bertujuan mencegah terjadinya hipoksia yang berkepanjangan sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas neonatal.

4. Monitoring Setelah Penatalaksanaan

Setelah bayi lahir, perlu dilakukan penilaian kondisi neonatus menggunakan skor Apgar, pemantauan fungsi pernapasan, serta observasi kemungkinan terjadinya asfiksia, aspirasi mekonium, maupun komplikasi neurologis lainnya. Ibu juga perlu dipantau terhadap kemungkinan komplikasi obstetri setelah persalinan (Amiruddin et al., 2025).

i. Komplikasi Gawat Janin

Gawat janin yang tidak segera dikenali dan ditangani dapat menimbulkan berbagai komplikasi, baik pada janin maupun ibu. Derajat komplikasi bergantung pada penyebab, lama hipoksia, usia kehamilan, serta ketepatan penatalaksanaan yang diberikan (Permata et al., 2021).

a. Komplikasi pada Janin

1. Asfiksia Neonatorum

Asfiksia neonatorum merupakan komplikasi yang paling sering terjadi akibat hipoksia intrauterin. Bayi mengalami gangguan pertukaran gas yang menyebabkan hipoksemia, hiperkapnia, dan

asidosis sehingga memerlukan tindakan resusitasi segera setelah lahir.

2. Ensefalopati Hipoksik Iskemik

Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak akibat berkurangnya suplai oksigen dan aliran darah. Kondisi ini dapat mengakibatkan gangguan neurologis permanen.

3. Aspirasi Mekonium

Hipoksia janin dapat menyebabkan pengeluaran mekonium ke dalam cairan ketuban. Apabila mekonium teraspirasi saat bayi bernapas pertama kali, dapat terjadi sindrom aspirasi mekonium yang menyebabkan gangguan pernapasan berat.

4. Gangguan Pertumbuhan dan Perkembangan

Hipoksia kronis selama kehamilan dapat memengaruhi pertumbuhan janin sehingga meningkatkan risiko berat badan lahir rendah, keterlambatan perkembangan, maupun gangguan fungsi neurologis pada masa anak.

5. Kematian Janin

Apabila hipoksia berlangsung berat dan tidak segera ditangani, dapat terjadi kematian janin intrauterin maupun kematian neonatal dini (Siagian et al., 2023).

b. Komplikasi pada Ibu

Komplikasi yang dapat dialami ibu umumnya berkaitan dengan tindakan obstetri emergensi yang dilakukan untuk menyelamatkan janin, antara lain:

1. Persalinan operatif (vakum, forseps, atau seksio sesarea).
2. Perdarahan postpartum.
3. Infeksi pascapersalinan.
4. Trauma jalan lahir.
5. Gangguan psikologis akibat komplikasi persalinan (Siagian et al., 2023).

j. Pencegahan Gawat Janin

Pencegahan gawat janin dilakukan melalui upaya promotif, preventif, dan deteksi dini selama masa kehamilan hingga persalinan. Tujuan utama pencegahan adalah mempertahankan kesejahteraan janin serta mengurangi risiko terjadinya hipoksia intrauterin. Beberapa upaya pencegahan meliputi:

- a. Melakukan pemeriksaan antenatal secara teratur sesuai standar pelayanan antenatal.
- b. Mengidentifikasi dan menangani faktor risiko sejak awal kehamilan, seperti hipertensi, diabetes melitus, anemia, dan infeksi.
- c. Memantau pertumbuhan dan kesejahteraan janin melalui pemeriksaan tinggi fundus uteri, ultrasonografi, serta pemantauan gerakan janin.
- d. Melakukan pemantauan denyut jantung janin secara berkala selama proses persalinan menggunakan Doppler atau CTG.

- e. Menggunakan partograf untuk memantau kemajuan persalinan sehingga komplikasi dapat dikenali lebih dini.
- f. Menghindari penggunaan oksitosin secara berlebihan dan melakukan evaluasi kontraksi uterus secara berkala.
- g. Menangani komplikasi obstetri seperti ketuban pecah dini, preeklamsia, dan perdarahan antepartum sesuai pedoman klinis.
- h. Melakukan rujukan tepat waktu apabila ditemukan tanda-tanda gangguan kesejahteraan janin atau komplikasi kehamilan (Wanda et al., 2024).

k. Prognosis Gawat Janin

Prognosis gawat janin sangat dipengaruhi oleh penyebab yang mendasari, tingkat keparahan hipoksia, usia gestasi, serta kecepatan penanganan. Apabila diagnosis ditegakkan secara dini dan penatalaksanaan dilakukan dengan cepat, sebagian besar janin dapat lahir dengan kondisi yang baik tanpa mengalami komplikasi jangka panjang.

Sebaliknya, hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan asidosis metabolik, kerusakan organ vital, gangguan neurologis permanen, hingga kematian janin. Oleh karena itu, pemantauan kesejahteraan janin secara kontinu selama kehamilan dan persalinan menjadi faktor penting dalam menentukan luaran ibu dan bayi (Permata et al., 2021).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Persalinan kala 1 fase Laten Pada Ny. N

Tanggal : 21 April 2026

Jam : 10.00 WIB

Tempat : Ruang Ponek

Pengkaji : Haniazzahra eka putri

A. Data Subjektif

1. Identitas

Identitas	Ibu	Suami
Nama	: Ny. N	Tn. E
Umur	: 21 Tahun	27 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/Bangsa	: Sunda/Indonesia	Sunda/Indonesia
Pendidikan	: SLTP/SEDERAJAT	SD
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga	Wiraswasta
Alamat	: Kp. Palalargon Ds.Pasirwangi Kec. Pasirwangi Kab. Garut.	

2. Alasan Datang

Pasien datang ke Ponek Pukul 10.00 WIB rujukan dari Puskesmas Padaawas di rujuk ke RSUD dr. Slamet Garut atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) sejak 21 jam yang lalu.

3. Keluhan Umum

Ibu datang ke IGD PONEK pada tanggal 21 April 2026 pukul 10.00 WIB sebagai pasien rujukan dari puskesmas dengan diagnosis Ketuban Pecah Dini (KPD). Sebelumnya, ibu datang ke puskesmas pada tanggal 20 April 2026 pukul 12.00 WIB dengan keluhan mulas sejak kurang lebih 7 jam dan keluar cairan jernih dari

jalan lahir sejak kurang lebih 21 jam sebelum pemeriksaan. Selama perawatan di puskesmas, ibu telah mendapatkan penatalaksanaan awal berupa observasi kondisi ibu dan janin, pemantauan tanda-tanda vital, pemberian Amoksisilin 500 mg per oral pada pukul 07.00 WIB, pemasangan infus Ringer Laktat (RL) pada pukul 08.00 WIB, serta pemasangan kateter urin (DC) pada pukul 08.25 WIB. Mengingat ketuban telah pecah lebih dari 21 jam dan memerlukan penanganan obstetri lanjutan, ibu kemudian dirujuk ke IGD PONEK untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat menstruasi

HPHT : 24 Juli 2025

TP : 27 April 2026 (USG)

Ibu mengaku pertama menstruasi pada usia 13 tahun dengan siklus 28 hari , lama menstruasi 5-7 hari , banyaknya darah ganti pembalut 2-3x sehari, tidak ada keluhan.

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas sekarang

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

Status TT : ibu mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2x , yang pertama sebelum menikah dan yang kedua usia kehamilan 5 bulan. selama hamil ibu mengonsumsi tablet Fe kurang lebih 90 Tablet.

c. Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu mengetahui bahwa tidak mempunyai riwayat penyakit berat, menular ,menahun seperti TBC, HIV/AIDS, asma, hipertensi, jantung.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengetahui keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit berat, menular, menahun seperti TBC, HIV/AIDS asma, hipertensi,jantung.

e. Riwayat KB

Ibu mengatakan sebelum kehamilan ini belum pernah menggunakan kontrasepsi apapun dan berencana menggunakan KB IUD setelah bersalin.

f. Riwayat Pernikahan

Ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suaminya ,nikah pada usia 20 tahun.

g. Pola kebutuhan sehari-hari

1) Nutrisi

Ibu biasanya makan 2x sehari dengan menu bervariasi, tidak ada makanan yang dipantang, ibu minum kurang lebih 7-8 gelas per hari, jenis air putih dan kadang air teh manis, ibu

mengatakan makan nasi dan sayur dalam porsi kecil, minum air putih dan teh manis anget sebelum pergi ke rumah sakit .

2) Eliminasi

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

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

3) Istirahat

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

4) Aktivitas

Ibu hanya mengerjakan pekerjaan ringan.

5) Personal hygiene

Mandi sehari 2x, keramas seminggu 3x

6) Riwayat hubungan seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual seminggu 2-3x, terakhir berhubungan 2 hari sebelum lahiran.

h. Psikososial

1. Respon keluarga terhadap kehamiln

Suami dan keluarga senang atas kehamilannya

2. Pengambilan keputusan dalam keluarga

Ibu mengatakan yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah suami.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : sakit sedang

Keadaan emosional : Stabil

Kesadaran : Composmentis Antropometri

Tinggi Badan : 145

Berat badan sebelum hamil : 55

Berat badan sekarang : 63

Kenaikan berat badan : 8 kg

IMT : 29,9kg/m

LILA : 23,8

1. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 115/70 mmHg

Respirasi : 22x/menit

Nadi : 77x/menit

Suhu : 36,5 °C

Nadi : 99x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

1) Muka : tidak oedema, tidak pucat

- 2) Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, fungsi Penglihatan baik.
- 3) Mulut : Bibir lembab, lidah bersih, tidak ada caries gigi, tidak ada stomatitis.
- 4) Hidung : Bersih, tidak ada polip, fungsi penciuman baik.
- b. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan limfe.
- c. Payudara : Puting susu menonjol , areola kehitaman, tidak ada benjolan atau masa, tidak ada pengeluaran kolostrum.
- d. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi.

TFU : 33cm

Leopold I : Pada bagian pundus teraba lunak (bokong)

Leopold II : Teraba bagian panjang keras dibagian kiri ibu ,
teraba dibagian- bagian kecil dibagian kanan (puki)

Leopold III : Teraba bagian bulat keras melenting (kepala),
sudah masuk PAP

Leopold IV : Divergen, 3/5

TBBJ : (TFU-11) x 155

: (33-11) x 155

: $22 \times 155 = 3410$ gram

DJJ : 132x/menit, reguler

HIS : 2x10' 15"

Kandung kemih : Kosong

e. Ekstremitas

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

f. Genetalia

- 1) Infeksi : Terpasang DC, jumlah urine 200cc
- 2) pemeriksaan luar

Vulva vagina : tidak ada kelainan

Perineum : tidak ada luka

- 3) Pemeriksaan dalam

Portio : tebal lunak

Pembukaan : 2 cm

Ketuban : negatif(-) warna jernih

Presentasi : kepala

Penurunan kepala : Hodge II-III

3. Pemeriksaan penunjang

HB : 12,8 g/dl

Tes lakmus : (+) Warna merah menjadi Biru

C. Analisa

G₁P₀A₀ 39-40 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan KPD janin tunggal hidup intrauterin.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan

Evaluasi : Ibu bersedia

2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV : TD :115/70 mmHg, N : 77x/menit, S: 36,5 °C

Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan

3. Melakukan pengambilan sampel darah

Evaluasi : pengambilan sampel darah telah dilakukan dan meminta keluarga ibu mengantarkan ke laboratorium, hasil test laboratorium normal tidak menunjukkan adanya kelainan dan infeksi (jumlah leukosit 9,200/mm).

4. Menganjurkan ibu untuk rileks dan tenang

Evaluasi : ibu melakukan tarikan nafas dari hidung keluar dari mulut.

5. Melakukan kolaborasi dengan dokter SPOG untuk pemberian Erytromicin 1x dalam 250 mg/ oral, dan drip oksitosin 0,5 ml dilarutkan ke dalam RL 500 ml 20 tpm

Evaluasi : erytromicin pukul 10.00 WIB dan drip oksitosin telah diberikan pukul 11.00 WIB.

6. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

Evaluasi : ibu hanya minum teh anget

7. Memindahkan pasien ke ruang bersalin (vk) untuk dilakukan tindakan lebih lanjut.

Evaluasi : ibu sudah dipindahkan ke ruang bersalin (vk)

8. Melakukan perdokumentasian

Evaluasi : sudah dilakukan.

3.2 Catatan Perkembangan Kala I Fase Aktif

Tanggal : 21 April 2026

Jam : 14.00 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Haniazzahra Eka putri

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan masih merasakan mulas

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : sakit ringan

Kesadaran : composmentis

Keadaan emosional : stabil

2. Tanda – tanda vital

TD : 117/70 mmHg

R : 20 x/menit

N : 82 x/menit

S : 36.1 °C

3. Auskultasi

DJJ (+) 130 x/menit,reguler.

4. Palpasi

His : 2x10' 25"

5. Genetalia

V/V : tidak ada kelainan

Portio : tebal lunak

Pembukaan : 4cm

Ketuban : (-) warna jernih

Presentasi : kepala

Penuruna : Hodge II

C. Analisa

G₁P₀A₀ 39-40 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterin

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan
 Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan TD : 117/ 80 mmHg, N 82 x/menit, S : 36,1 °C , R : 20 x/menit , pembukaan : 4 cm
2. Memberi dukungan psikologis dan mengetahui ibu untuk relaks
 Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran
3. Mengajarkan ibu untuk miring kiri
 Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran
4. Pemberian advisdokter antibiotik Erytromicin 250 mg/ oral
 Evaluasi : oksitosin telah diberikan pukul 16.00 WIB
5. Mengobsevasi kemajuan persalinan dan TTV
 Evaluasi : sudah dilakukan observasi lampiran pada partograf.

3.3 Catatan Perkembangan Kala I Fase Aktif

Tanggal : 21 April 2026

Jam : 18.00 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Haniazzahra Eka Putri

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan mulas semakin sering dan kuat

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : sakit sedang

Kesadaran : Composmentis

Keadaan emosional : Stabil

2. Tanda-Tanda Vital

TD : 110/70 mmHg

R : 20 x/menit

N : 84 x/menit

S : 36,3°C

3. Auskultasi

DJJ (+) 141 x/menit, reguler.

4. Palpasi

His : 3x10' 35"

5. Genetalia

Vulva Vagina : Tidak ada kelainan

Portio : tipis lunak

Pembukaan : 6-7

Ketuban : (-) warna jernih

Molase : 0

Presentasi : kepala

Penunjuk : UUK

Penurunan : Hodge III+

C. Analisa

G1P0A0 39-40 minggu infartu kala 1 fase aktif dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterin.

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan
Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, N : 86 x/menit , R : 20 x/menit, pembukaan : 6-7
2. Memberikan dukungan psikologis dan memberitahu ibu untuk relaks
Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran
3. Mengajukan ibu untuk miring kiri
Evaluasi : Ibu bersedia melakukan anjuran
4. Mengobsevasi kemajuan persalinan, TTV dan DJJ.
Evaluasi : Sudah dilakukan observasi , hasil terlampir pada partograf
5. Mempersiapkan peralatan dan bahan untuk proses persalinan
Evaluasi : sudah dilakukan
6. Mengajukan ibu untuk memenuhi nutrisinya.
Evaluasi : ibu minum air putih , teh kotak, dan sedikit nasi
7. Melakukan perdokumentasian
Evaluasi : sudah dilakukan

3.4 Catatan Perkembangan Kala I

Tanggal : 21 April 2026

Jam : 22.00 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Haniazzahra Eka Putri

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan mulas semakin sering dan kuat

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : sakit sedang

Kesadaran : Composmentis

Keadaan emosional : Stabil

2. Tanda-Tanda Vital

TD : 110/70 mmHg

R : 20 x/menit

N : 86 x/menit

S : 36,2°C

3. Auskultasi

DJJ (+) 142 x/menit, reguler.

4. Palpasi

His : 4x10' 40"

5. Genetalia

Vulva Vagina : Tidak ada kelainan

Portio : tipis lunak

Pembukaan : 8

Ketuban : (-) warna jernih

Molase : 0

Presentasi : kepala

Penunjuk : UUK

Penurunan : Hodge III+

C. Analisa

G1P0A0 39-40 minggu infartu kala 1 fase aktif dengan KPD, janin tunggal hidup intrauterin.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, N : 86 x/menit , R : 20 x/menit, pembukaan : 8cm

2. Pemberian antibiotik Erytromicin 250 mg/ oral.

Evaluasi : sudah diberikan dan diminum pada pukul 22.00 WIB.

3. Memberikan dukungan psikologis dan mengajarkan teknik relaksasi

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran

4. Menganjurkan ibu untuk miring kiri

Evaluasi : Ibu bersedia melakukan anjuran

5. Mengobsevasi kemajuan persalinan, TTV dan DJJ.

Evaluasi : Sudah dilakukan observasi , hasil terlampir pada partograf

6. Menyiapkan alat dan obat persiapan pertolongan persalinan.

Evaluasi : sudah dilakukan

7. Menganjurkan ibu untuk minum

Evaluasi : ibu mengikuti arahan

8. Melakukan perdokumentasian

Evaluasi : sudah dilakukan

3.5 Asuhan persalinan kala II

Tanggal : 22 April 2026

Jam : 00.40 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Haniazzahra Eka putri

A. Data subjektif

Ibu mengelus mules yang semakin sering dan kuat, ada rasa ingin buang air besar dan mencedan.

B. Data Objektif

Keadaan Umum : tampak sakit sedang

Kesadaran : composmentis

Emosional : Stabil

TTV

TD : 110/80 mmHg

R : 22 x/menit

N : 88 x/menit

S : 36,5 °C

DJJ : 142 x/menit

His : 5x10' 50"

Pemeriksaan Dalam

Portio : tidak teraba

Pembukaan : 10 cm (lengkap)

Ketuban : (-) warna jernih

Molase : 0

Presentasi : kepala

Penunjuk : Ubun-ubun kecil

Penurunan : Hodge IV

C. Analisa

G1P0A0 39-40 Minggu inpartu kala II dengan KPD, Janin tunggal hidup

Intrauterin

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa pembukaannya sudah lengkap .

Evaluasi : ibu mengerti.

2. Memberitahu cara mengedan dan ibu menarik nafas di saat ada kontraksi.

Evaluasi : Ibu melakukan mengedan dan menaarik nafas dari hidung keluar dari mulut.

3. Memberitahu ibu akan melakukan Tindakan Episiotomi untuk memperluas jalan lahir bayi karena perinium kaku.

Evaluasi : Dilakukan episiotomi medialis.

4. Memimpin mengedan , melakukan pertolongan persalinan

Evaluasi : jam 00.57 WIB bayi lahir spontan langsung menangis kuat, JK:

Perempuan, Berat Badan 2520 Gram, Panjang Badan 48 Cm, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan.

5. Melakukan penata laksanaan bayi baru lahir, mengeringkan bayi dengan segera kecuali muka dan telapak tangan, dan langsung dibawa oleh petugas perinatalogi.

Evaluasi : sudah dilakukan

6. Memfasilitasi IMD

Evaluasi : tidak dilakukan IMD

3.6 Asuhan Persalinan Kala III

Tanggal : 22 April 2026

Jam : 01.15 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Haniazzahra Eka Putri

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa senang dan tenang atas kelahiran bayinya, ibu merasa mules dan sedikit lemas.

B. Data Objektif

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

C. Analisa

P₁A₀ Inpartu kala III

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu tindakan yang akan dilakukan

Evaluasi : Ibu memahami dan bersedia dilakukan tindakan

2. Menyuntikan oxytocin 10 IU/IM

Evaluasi : sudah disuntikan dalam 1 menit

3. Melakukan peregang tali pusat terkendali (PTT)

Evaluasi : Sudah ada tanda pelepasan plasenta, plasenta lahir spontan jam 01.20 WIB plasenta lahir lengkap.

4. Melakukan masase uterus.

Evaluasi : kontraksi keras baik.

5. Mengajarkan ibu masase uterus

Evaluasi : Ibu mengikuti arahan

3.7 Asuhan Persalinan Kala IV

Tanggal : 22 April 2026

Jam : 01.25

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Haniazzahra Eka Putri

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa lemas tetapi merasa senang atas kelahiran bayinya

B. Data Objektif

K/U sakit sedang, TD : 110/80 mmHg, N : 85 x/menit R : 20 x/menit, S : 36,5 °C

TFU : sepusat , kontraksi uterus baik , terdapat luka episiotomi perineum derajat

II ,+ intensi IUD Post plasenta, pengeluaran darah pervaginam $\pm$ 300 ml.

C. Analisa

P1Ao Inpartu kala IV dengan laserasi derajat II

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu baik.

Evaluasi : ibu mengetahui keadaannya.

2. Melakukan penjahitan luka episiotomi

Evaluasi : telah dilakukan penjahitan .

3. Membersihkan dan merapihkan ibu.

Evaluasi : ibu telah dibersihkan dan dirapihkan dengan nyaman.

4. Memantau tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, TFU, kontraksi uterus, pendarahan, dan kandung kemih (15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada jam kedua).

5. Memberitahukan KIE tanda bahaya post partum (nifas) .

Evaluasi : Ibu mengerti tanda bahaya nifas.

6. Memberikan advis dokter Cefadroxil 500 mg 2x1/ oral, Asam mefenamat(asmef) 500 mg 3x1/ oral, dan Sufas Ferosus(Fe) 200 mg 1x1 / oral.

Evaluasi : Sudah diberikan dan dijelaskan cara minum obatnya ibu mengerti.

7. Memfasilitasi ibu, makan dan minum untuk memenuhi, kebutuhan nutrisinya.

Evaluasi : Ibu mengerti dan menghabiskan porsi dari menu yang disediakan.

8. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi.

Evaluasi : ibu sudah bisa miring kiri, miring kanan.

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

Evaluasi : ibu mengerti, cara perawatan kebersihan jalan lahir.

10. Mengajarkan cara ibu melakukan perawatan payudara .

Evaluasi : Ibu mengerti bagaimana cara melakukan perawatan payudara.

11. Melakukan perdokumentasian dan melengkapi partograf

Evaluasi : Dokumentasi terlampil

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada penyebab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan praktik dengan yang ditemukan selama melakukan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. N usia 21 tahun G₁P₀A₀ 39-40 minggu inpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini (KPD) di RSUD dr. Slamet Garut tanggal 21-22 april 2026. Pembahasan ini menggunakan pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan). Serta metode pendokumentasian asuhan kebidanan.

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan pengkajian data subjektif yang dilakukan Pada Ny. N pada tanggal 21 april 2026 pukul 10.00 WIB di Ruang ponok RSUD dr.Slamet Garut, diperoleh data bahwa pasien datang merupakan rujukan dari puskesmas padaawas atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) sejak 21 jam yang lalu . ibu mengeluh keluar air-air jernih dari jalan lahir sejak 13.00 WIB tanggal 20 april 2026, disertai mules-mules sejak jam 05.00 WIB. Gerakan janin masih dirasakan, belum ada lendir bercampur darah, dan kontraksi belum sering. Menurut reori yang ditemukan Ellit , tanda utama ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan ketuban pecah dini dari vagina sebelum proses persalinan mulai. (Ellita et al., 2025)

Cairan ketuban pecah dini adalah cairan ketuban umumnya berwarna jernih, tidak berbau, dan tidak dapat ditahan oleh ibu. Keluhan yang dialami Ny. N berupa keluarnya air-air jernih dari jalan lahir sebelum adanya kontraks

adekuat sangat sesuai dengan teori tersebut. Selain itu, berdasarkan teori (Etika Nur Ilmawati & Erika Puspitasari, 2026). bahwa ibu hamil usia kurang dari 20 tahun hingga usia muda memiliki risiko lebih tinggi mengalami KPD karena organ reproduksi yang belum matang secara optimal. Meskipun Ny. N berusia 21 tahun dan berada di batas usia reproduksi sehat, riwayat hubungan seksual 2 hari sebelum persalinan turut berkontribusi sebagai faktor predisposisi terjadinya KPD, sesuai dengan teori Oetami dan Ambarwati yang menyatakan bahwa hubungan seksual pada kehamilan lanjut dapat meningkatkan tekanan intrauterin yang memicu ruptur membran ketuban melalui kandungan prostaglandin dalam semen serta stimulasi hormon oksitosin yang memicu kontraksi. (Oetami & Ambarwati, 2023)

Riwayat KPD yang terjadi pada ny. N merupakan KPD aterm, yaitu terjadi pada usia kehamilan 39-40 minggu. Hal ini sesuai dengan klasifikasi yang ditemukan oleh Himma Muliani dan Handayani bahwa KPD aterm adalah KPD yang terjadi pada usia kehamilan ≥ 37 minggu dan merupakan kondisi yang memerlukan penatalaksanaan segera untuk mencegah komplikasi infeksi, fetal distress, dan persalinan lama. Ny. N tidak memiliki riwayat anemia, tidak mengalami polihidromnion, dan tidak ada riwayat infeksi saluran reproduksi yang terdeteksi secara klinis, sehingga faktor utama pencetus KPD yang dapat diidentifikasi pada kasus ini adalah usia, status primigravida, dan riwayat hubungan seksual menjelang persalinan (Himma Muliani & Handayani, 2025).

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada Hubungan Pola Seksual Ibu Hamil Trimester III Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (Indrawati et al., 2023)

4.2 Data Objektif

Berdasarkan pemeriksaan objektif yang dilakukan pada Ny. N tanggal 21 April 2026, diperoleh hasil sebagai berikut: keadaan umum ibu tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, dengan tanda-tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 115/70 mmHg, nadi 77 kali/menit, suhu 36,5°C, dan frekuensi napas 22 kali/menit. Tinggi badan ibu 145 cm, berat badan 63 kg, Lingkar Lengan Atas (LILA) 26 cm, serta Indeks Massa Tubuh (IMT) 29,9 kg/m². Pada pemeriksaan abdomen diperoleh tinggi fundus uteri (TFU) 33 cm, presentasi kepala, posisi punggung kiri (PUKI), denyut jantung janin (DJJ) 132 kali/menit dengan irama teratur, dan his 2 kali dalam 10 menit dengan durasi 15 detik. Pemeriksaan dalam menunjukkan portio tebal dan lunak, pembukaan serviks 2 cm, ketuban sudah pecah dengan cairan ketuban berwarna jernih, presentasi kepala, serta penurunan kepala pada bidang Hodge II–III. Hasil pemeriksaan penunjang menunjukkan kadar hemoglobin (Hb) 12,8 g/dL dan hasil tes lakmus positif (+) merah menjadi biru.

Menurut Ellita pemeriksaan dengan tes lakmus merupakan salah satu pemeriksaan penunjang penting untuk memastikan diagnosis KPD. Cairan ketuban bersifat basa sehingga akan mengubah kertas lakmus merah menjadi biru. Hasil tes lakmus positif (+) pada Ny. N mengonfirmasi bahwa cairan yang keluar adalah cairan ketuban, sesuai dengan standar diagnostik KPD. Pemeriksaan ini penting dilakukan sebelum pemeriksaan dalam untuk

memaksimalkan risiko infeksi. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik karena penggunaan tes lakmus pada kasus ini telah dilakukan sesuai dengan standar dan teori yang berlaku (Ellita et al., 2025)

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan bahwa kadar hemoglobin (Hb) Ny. N sebesar 12,8 g/dL, sehingga termasuk dalam kategori normal atau tidak mengalami anemia. Hal ini sesuai dengan ketentuan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023) yang menyatakan bahwa kadar hemoglobin normal pada ibu hamil adalah ≥ 11 g/dL. Kondisi tersebut merupakan faktor protektif terhadap terjadinya komplikasi, karena anemia dapat menyebabkan hipoksia jaringan yang mengakibatkan kelemahan selaput ketuban sehingga meningkatkan risiko terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD) (Aureli & Kusumawardhani, 2022). Selain itu, hasil pemeriksaan leukosit Ny. N sebesar 9.200/mm³ masih berada dalam batas normal, sehingga menunjukkan belum adanya tanda-tanda infeksi pada saat pengkajian awal (Aureli & Kusumawardhani, 2022). Menurut Hermanses dan Kotarumalos (2025), jumlah leukosit pada ibu dengan KPD cenderung meningkat seiring bertambahnya durasi ketuban pecah. Peningkatan jumlah leukosit hingga >15.000/mm³ dapat mengindikasikan adanya infeksi intrauterin yang memerlukan penanganan segera untuk mencegah komplikasi pada ibu maupun janin (Hermanses & Kotarumalos, 2025).

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa denyut jantung janin (DJJ) sebesar 132 kali/menit dengan irama teratur, sehingga menggambarkan kondisi janin yang masih baik karena berada dalam rentang normal, yaitu 120–160

kali/menit. Pada kasus Ketuban Pecah Dini (KPD), pemantauan DJJ secara berkala sangat penting untuk mendeteksi secara dini adanya tanda-tanda gawat janin yang dapat terjadi akibat berkurangnya volume cairan ketuban maupun kompresi tali pusat (Oetami & Ambarwati, 2023). Selain itu, hasil pemeriksaan his menunjukkan kontraksi uterus sebanyak 2 kali dalam 10 menit dengan durasi 15 detik, yang mengindikasikan ibu masih berada pada fase laten persalinan kala I. Kondisi tersebut sejalan dengan hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks 2 cm, sehingga sesuai dengan teori kemajuan persalinan normal pada fase laten, yaitu ditandai dengan kontraksi yang masih relatif jarang dan berdurasi singkat serta pembukaan serviks yang berlangsung secara bertahap (Oetami & Ambarwati, 2023).

Hasil perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) Ny. N menunjukkan nilai 29,9 kg/m², yang termasuk kategori kelebihan berat badan (overweight) dan mendekati kategori obesitas (IMT ≥ 30 kg/m²). Kondisi tersebut perlu mendapat perhatian karena berat badan berlebih merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Menurut Nur Habibi et al. (2025), ibu hamil dengan IMT yang mendekati atau telah memasuki kategori obesitas cenderung mengalami peningkatan proses inflamasi kronis yang dapat memengaruhi integritas serta kekuatan membran ketuban. Kondisi tersebut berpotensi menyebabkan selaput ketuban menjadi lebih rentan mengalami ruptur sehingga meningkatkan risiko terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD). Oleh karena itu, pemantauan status gizi dan pengendalian berat badan selama kehamilan merupakan bagian penting

dalam asuhan antenatal guna mengurangi risiko komplikasi maternal maupun perinatal (Nur Habibi et al., 2025).

Secara keseluruhan, tidak ditemukan kesenjangan yang signifikan antara teori dan praktik dalam pengumpulan maupun interpretasi data objektif pada kasus Ny. N. Pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetri, serta pemeriksaan penunjang telah dilakukan sesuai dengan standar pemeriksaan pada ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini (KPD). Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik, tanpa ditemukan tanda-tanda infeksi maupun gawat janin pada saat pengkajian awal. Selain itu, pemantauan objektif secara berkelanjutan selama proses persalinan menunjukkan kemajuan persalinan yang berlangsung sesuai dengan fisiologi, ditandai dengan peningkatan pembukaan serviks secara bertahap, kondisi ibu yang stabil, serta kesejahteraan janin yang tetap terjaga hingga persalinan berlangsung. Dengan demikian, pelaksanaan pemeriksaan dan pemantauan objektif pada kasus Ny. N telah sesuai dengan teori dan standar pelayanan kebidanan dalam penatalaksanaan kasus KPD.

4.3 Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan ditetapkan analisa atau diagnosa kebidanan Ny. N yaitu G₁P₀A₀ 39-40 minggu infartu kala I Fase laten dengan KPD, Janin Tunggal Hidup Intrauterin. Diagnosa ini berkembang menjadi G₁P₀A₀ 39-40 minggu infartu kala I fase aktif dengan KPD pada catatan perkembangan pukul 14.00 WIB (pembukaan 4 cm), pukul 18.00 WIB (pembukaan 6-7) pukul 22.00 WIB (pembukaan 8

cm), kemudian inpartu kala II dengan KPD pada pukul 00.40 WIB tanggal 22 april 2026 (pembukaan 10 cm).

Penegakan analisa/ diagnosa kasus KPD dilakukan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, menurut Ellita, diagnosis KPD ditegakan berdasarkan (1) anamnesis adanya cairan yang keluar dari vagina sebelum proses persalinan;(2) pemeriksaan inspekkulo ditemukannya cairan ketuban di fomis posterior atau keluar dari ostium uteri,(3) test lakmus positif; dan (4) USG menunjukan kurangnya volume cairan amnion. Pada kasus Ny. N diagnosa KPD. Ditegakan berdasarkan anamnesis keluhan mengeluarkan cairan jernih sejak 21 jam sebelum pengkajian dan tes lakmus positif yang sudah sesuai dengan kriteri diagnostik tersebut. (Ellita et al., 2025).

Pemantauan kemajuan persalinan pada Ny. N menunjukan progresi yang baik. Pada pukul 10.00 WIB pembukaan 2cm (fase laten), pukul 14.00 WIB pembukaan 4 (memasuki fase aktif), pukul 18.00 WIB pembukaan 6-7, pukul 21.00 WIB pembukaan 8 cm, dan pukul 00.40 WIB tanggal 22 April 2026 pembukaan 10 cm. Perubahan pembukaan dari 4 cm ke 10 cm berlangsung dalam waktu sekitar sekitar 10 jam 40 menit , yang masih dalam batas normal fase aktif persalinan primigravida menurut teori friedman dimana dilatasi serviks pada primigravida minimal 1cm per jam. Kemajuan persalinan yang baik ini juga didukung oleh pemberian drip oxytorin yang dimulai pukul 11.00 WIB untuk memperkuat kontraksi uterus.

Secara keseluruhan, analisa yang ditegakan pada kasus Ny. N sudah sesuai dengan teori dan standar kebidanan yang berlaku. Penetapan diagnosis secara dinamis sesuai perkembangan persalinan mencerminkan penerapan asuhan yang komprehensif dan berbasis bukti. Pemantauan menggunakan partograf membantu tenaga kesehatan dalam menilai kemajuan persalinan secara objektif dan mengambil keputusan klinis tepat waktu.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan asuhan persalinan pada Ny. N dengan KPD dilakukan secara komprehensif meliputi tindakan kolaboratif dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi (SpOG) pemberian antibiotik profilaksis, pemberian drip oksitosin untuk akselerasi persalinan, pemantauan kondisi ibu dan janin secara berkelanjutan serta tindakan pertolongan persalinan pada kala I hingga kala IV.

4.4.1 Pemberian Antibiotik Profilaksi

Pada Ny. N diberikan erytromicin 1x 250 mg/ oral pada pukul 10.00 WIB, diberikan Erytromicin 250 mg/ oral pada pukul 16.00 WIB, diberikan Erytromicin 250 mg/ oral pada pukul 22.00 WIB, dan setelah bersalin diberikan Cefadroxil 2x1 500mg/ oral. Sebagai antibiotik profilaksis pemberian antibiotik sesuai dengan teori penatalaksanaan KPD aterm yang di temukan oleh (Hermanses & Kotarumalos, 2025). Bahwa salah satu prinsip utama tatalaksana KPD adalah pemberian antibiotik profilaksis untuk mencegah terjadinya korioamnionitis dan infeksi neonatal.

Menurut septian pada KPD aterm di fasilitas kesehatan perlu dipertimbangkan pemberian antibiotik untuk mencegah infeksi meternal dan neonatal., terutama bila durasi ketuban pecah sudah lebih dari 18 jam. Pada kasus Ny. N ketuban telah pecah selama 21 jam sebelum pengkajian sehingga pemberian antibiotik profilaksis sudah sangat tepat dilakukan. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik dalam aspek pemberian antibiotik profilaksis pada kasus ini. (Septian, 2024)

4.4.2 Pemberian Drip Oksitosin

Penatalaksanaan kunci yang diberikan kepada Ny. N adalah drip oksitosin 0,5 ml (2,5 IU) dilarutkan dalam ringer Laktat (RL) 500 ml dengan tetesan awal 20 tetess per menit, dimulai pada pukul 11.00 WIB. Pemberian drip oksitosin ini merupakan tindakan kolaboratif antara bidan dengan dokter SpOG yang bertujuan untuk menginduksi/menstimulasi kontraksi uterus agar persalinan dapat berlangsung dalam waktu yang lebih singkat untuk mencegah risiko infeksi lebih lanjut.

Pemberian oksitosin pada KPD aterm sangat direkomendasikan berdasarkan evidence-based practice. Menurut hermanses dan kotarumalos, pada KPD aterm dengan lama pecah ketuban lebih dari 6 jam dan tidak ada kemajuan persalinan yang adekuat, induksi/akselerasi persalinan menggunakan oksitosin dianjurkan untuk memperpendek durasi pecah ketuban hingga persalinan berlangsung, sehingga risiko infeksi intrauterin dapat ditekan. Semakin panjang interval antara pecah ketuban dengan

kelahiran bayi, maka risiko korioamnionitis, sepsis neonatal, dan komplikasi lain semakin meningkat.(Hermanses & Kotarumalos, 2025)

Oksitosin bekerja dengan cara berikatan dengan reseptor oksitosin pada sel-sel miometrium uterus sehingga merangsang kontraksi otot polos uterus yang teratur, adekuat, dan progresif. Pada kasus Ny. N, setelah pemberian infus drip oksitosin, terjadi peningkatan frekuensi, durasi, dan kekuatan kontraksi uterus secara bertahap. Pada pengkajian awal pukul 14.00 WIB, his tercatat 2 kali dalam 10 menit dengan durasi 15 detik, kemudian meningkat menjadi 2 kali dalam 10 menit dengan durasi 25 detik. Selanjutnya, pada pukul 18.00 WIB his meningkat menjadi 3 kali dalam 10 menit dengan durasi 35 detik, pada pukul 21.00 WIB menjadi 4 kali dalam 10 menit dengan durasi 40 detik, dan saat kala II persalinan mencapai 5 kali dalam 10 menit dengan durasi 50 detik. Peningkatan frekuensi dan durasi kontraksi tersebut menunjukkan bahwa uterus memberikan respons yang baik terhadap pemberian oksitosin. Temuan ini sejalan dengan mekanisme kerja oksitosin eksogen yang mampu meningkatkan frekuensi, amplitudo, dan kekuatan kontraksi miometrium sehingga mendukung kemajuan persalinan secara efektif.

Pemantauan selama drip oksitosin dilaksanakan sesuai standar, meliputi pemantauan DJJ setiap 30 menit, pemantauan his, tanda-tanda vital, dan kemajuan persalinan. Pemantauan ketat ini penting karena risiko hipertimulasi uterus (*tachysistole*) akibat oksitosin dapat menyebabkan

gawat janin , Pada kasus Ny. N tidak ditemukan tanda hiperstimulasi uterus ataupun gawat janin selama pemberian drip oksitosin berlangsung.

4.4.3 Pertolongan Persalinan

Pada pukul 00.40 WIB tanggal 22 April 2026, Ny. N memasuki kala II dengan pembukaan lengkap 10cm, presentasi kepala Uuk depan, Hodge IV, his 5x10'51". Bayi lahir spontan pada pukul 00.57 WIB, jenis kelamin perempuan, BB 2520 gram, PB 48cm, langsung menangis kuat, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan. Nilai APGAR dapat diasumsikan baik berdasarkan kondisi bayi yang menangis kuat dan aktif. Kondisi bayi yang lahir dengan kondisi baik menunjukkan bahwa penatalaksanaan KPD selama persalinan berhasil mencegah terjadinya gawat janin.

Dalam proses persalinan kala II, dilakukan episiotomi medialis karena perineum kaku pada primigravida. Menurut teori Kurniaty Episiotomi pada kasus tertentu masih dipertimbangkan pada primigravida dengan perineum yang tidak elastis, untuk mencegah robekan perineum yang tidak teratur. Meskipun demikian WHO dalam rekomendasinya menyatakan bahwa episiotomi rutin tidak dianjurkan dan hanya dilakukan atas indikasi klinis yang jelas. Pada kasus ini, episiotomi dilakukan atas indikasi perineum kaku yang dinilai dapat memperlambat kelahiran kepala dan berisiko menyebabkan robekan tidak beraturan, sehingga tindakan ini dapat dibenarkan secara klinis. (Kurniaty Asa et al., 2025).

Manajemen aktif kala III dilakukan dengan pemberian oksitosin 10 IU/IM dalam 1 menit bayi setelah lahir, penegangan tali pusat terkendali

(PTT), dan massase uterus. Plasenta lahir spontan pada pukul 01.20 WIB, lengkap,. Penatalaksanaan ini sesuai dengan standar manajemen aktif kala III yang bertujuan mencegah pendarahan postpartum, sebagaimana direkomendasikan oleh (Who, 2023) dan (Kementrian Kesehatan, 2025). Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik dalam aspek manajemen aktif kala III ini.

Pada kala IV, dilakukan penjahitan episiotomi derajat II, pemantauan TTV setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua, serta pemasangan IUD post Plasenta sesuai rencana KB ibu. Pemberian KIE tanda bahaya Nifas , memberikan advis dokter Cefadroxil 500 mg 2x1/ oral, Asam mefenamat(asmef) 500 mg 3x1/ oral, dan Sufas Ferosus(Fe) 200 mg 1x1 / oral, perawatan luka jahitan, dan perawatan payudara juga dilaksanakan. Pemantauan kala IV yang ketat bertujuan mendeteksi dini komplikasi post partum seperti pendarahan, atonia uteri, atau infeksi sesuai dengan standar asuhan persalinan Normal (APN). Pengeluaran darah pervaginam < 300 ml selama Kala IV menunjukkan tidak ada pendarahan post partum yang bermakna.

4.4.4 Pendokumentasian

Pendokumentasian asuhan kebidanan persalinan pada Ny. N dilaksanakan menggunakan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan) secara berkesinambungan dari kala I hingga kala IV. Metode SOAP merupakan salah satu metode pendokumentasian yang diakui dalam praktik kebidanan di Indonesia karena memungkinkan

pencatatan yang sistematis, mudah dibaca, dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum dan etik.

Pendokumentasian kala I fase laten dilakukan pada pukul 10.00 WIB tanggal 21 April 2026, mencakup data subjektif keluhan utama ibu, data objektif hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, analisa diagnosis KPD fase laten, serta penatalaksanaan awal termasuk kolaborasi dengan dokter SpOG dan pemberian antibiotik profilaksis. Catatan perkembangan (progress notes) juga dibuat secara berkala pada pukul 14.10 WIB (kala I fase aktif pembukaan 4 cm), pukul 18.00 WIB (pembukaan 6-7), pukul 21.00 WIB (pembukaan 8 cm), dan pukul 00.40 WIB (kala II pembukaan 10 cm) untuk mendokumentasikan perkembangan kondisi ibu dan kemajuan persalinan.

Penggunaan partograf sebagai alat pemantauan dan pendokumentasian kemajuan persalinan juga dilaksanakan sesuai standar. Partograf merupakan alat yang direkomendasikan oleh WHO dan Kemenkes RI untuk memantau kemajuan persalinan, kondisi ibu, dan kondisi janin secara bersamaan dalam satu lembar dokumentasi yang terstandarisasi. Pemantauan dan pencatatan pada partograf meliputi DJJ, his, pembukaan serviks, penurunan kepala, tanda-tanda vital ibu, cairan ketuban, dan molase kepala janin. Penggunaan partograf pada kasus Ny. N membantu tenaga kesehatan dalam mendeteksi kelambatan kemajuan persalinan dan mengambil keputusan klinis yang tepat.

Pendokumentasian asuhan persalinan kala III dan kala IV juga dilaksanakan secara lengkap mencakup tindakan manajemen aktif kala III, kondisi plasenta, tindakan penjahitan luka perineum, pemantauan tanda-tanda vital postpartum, serta pemberian KIE dan terapi yang diberikan. Secara keseluruhan, pendokumentasian yang dilakukan pada kasus Ny. N sudah sesuai dengan standar metode SOAP dan tata cara pendokumentasian asuhan kebidanan yang baik dan dapat dipertanggungjawabkan.

Berdasarkan seluruh pembahasan di atas, asuhan kebidanan persalinan yang diberikan kepada Ny. N dengan KPD aterm di RSUD dr. Slamet Garut telah dilaksanakan sesuai dengan standar asuhan persalinan normal berbasis bukti (*evidence-based practice*). Kesenjangan yang ditemukan antara teori dan praktik bersifat minor dan dapat dipahami dari konteks klinis yang ada, seperti tidak dilakukannya pemeriksaan USG di tempat untuk menilai indeks cairan amnion, episiotomi yang dilakukan tanpa anestesi, dan tidak terlaksananya IMD akibat kondisi klinis bayi yang memerlukan penanganan tim perinatalogi. Aspek-aspek ini menjadi catatan penting untuk peningkatan kualitas pelayanan persalinan di masa mendatang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. N usia 21 tahun P₁A₀ kala III dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di UOBK RSUD dr. Slamet Garut dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Pengkajian data subjektif pada Ny. N usia 21 tahun P₁A₀ dengan ketuban pecah dini sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- b. Pengkajian data objektif pada Ny. N usia 21 tahun P₁A₀ dengan ketuban pecah dini sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- c. Analisa pada Ny. N dapat ditegakan P₁A₀ dengan ketuban pecah dini sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- d. Penatalaksanaan pada Ny. N P₁A₀ dengan ketuban pecah dini sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan
- e. Perdokumentasian yang dilakukan adalah metode SOAP

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan Bagi Mahasiswa khususnya Program Studi D III kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut dapat meningkatkan kualitas pembelajaran tentang penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri termasuk ketuban pecah dini, melalui penambahan referensi terbaru tentang manajemen KPD berbasis bukti, Peningkatan frekuensi praktik

laboratorium simulasi kasus obstetri, serta perkembangan kurikulum yang mengintegrasikan evidence-based midwifery dalam penanganan komplikasi persalinan. Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi bagi mahasiswa kebidanan dalam menghadapi kasus serupa di lapangan.

5.2.1 Bagi RSUD dr. Slamet Garut

Diharapkan UOBK RSUD dr. Slamet Garut dapat terus meningkatkan kualitas pelayanan persalinan dengan komplikasi KPD melalui penerapan protokol manajemen KPD yang Terstandarisasi sesuai dengan pedoman terbaru, peningkatan keterampilan tenaga kesehatan dalam pemantauan persalinan dengan drip oksitosin, serta optimalisasi sistem rujukan dari fasilitas tingkat pertama agar kasus KPD dapat ditangani lebih cepat, penyediaan anestesi lokal yang memadai untuk tindakan episiotomi guna meningkatkan kenyamanan pasien serta meningkatkan pencatatan dan pelaporan kasus KPD secara sistematis sebagai bahan evaluasi mutu pelayanan.

5.2.2 Bagi Tenaga Kesehatan (Bidan)

Diharapkan bidan sebagai tenaga kesehatan profesional di lini terdepan dapat meningkatkan kompetensi dalam deteksi dini faktor risiko KPD pada saat asuhan antenatal, memberikan konseling yang komprehensif kepada ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan termasuk tanda-tanda KPD, meningkatkan kemampuan dalam pemantauan persalinan dengan KPD menggunakan partograf, serta menjalin

komunikasi dan kolaborasi yang efektif dengan dokter SpOG dalam penatalaksanaan kasus KPD. Bidan juga diharapkan selalu memperbarui pengetahuan dan keterampilannya melalui pelatihan dan seminar kebidanan terkini.

5.2.3 Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan Ny. N dan keluarga dapat memahami dan menerapkan informasi kesehatan yang telah diberikan selama proses asuhan, termasuk tanda-tanda bahaya masa nifas, cara merawat luka jahitan perineum , pentingnya ASI eksklusif , serta penggunaan kontrasepsi IUD pasca plasenta yang telah dipasang. Untuk kehamilan berikutnya, Ny. N dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin sesuai standar ANC terpadu, Memperhatikan kebersihan area genital selama kehamilan, melakukan pemeriksaan USG dan konsultasi SpOG secara berkala, serta segera datang ke fasilitas kesehatan apabila menemukan tanda-tanda ketuban pecah atau tanda bahaya kehamilan lainnya

5.2.4 Bagi Penulis

Penulis diharapkan dapat terus meningkat kemampuan dan pengetahuan dalam memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif dan berbasis bukti. Khususnya dalam penanganan persalinan dengan komplikasi Ketuban Pecah Dini. Pengalaman melakukan studi kasus ini diharapkan menjadi bekal berharga dalam praktik kebidanan ini masa mendatang. Sehingga dapat memberikan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidah, S. N., Suryani, I., Hernawati, Y., & Purnamasari, D. (2023). *Efektivitas Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Trimester III Dalam Persiapan Menghadapi Persalinan*
- Adhistry, Y., Pratiwi, F., Astra, D., Ati, L., Islam, U., & Yogyakarta, M. (2024). *Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Trimester III Dalam Menghadapi Persalinan*
- Adriani Zai, R., Aruan, L. Y., Lubis, S. ramadani, Nasywa, S., Siahaan, L., Pasaribu, R., & Sihombing, R. (2025). *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Dalam Melakukan Mobilisasi Dini Pada Ibu Pasca Persalinan*
- Akbarzadeh, M., Vaziri, F., Farahmand, M., Masoudi, Z., Amooee, S., & Zare, Amelia Sari, R., Putriningrum, R., & Kusuma Husada Surakarta,. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini*
- Amiruddin, S. H., Sadih, Y., Nurlatifah, T., & Kartika, I. (2025).
Andriawati, L., & Maftuchah. (2025). *Asuhan Kebidanan*
Annisa, M., & Anik, P. (2025).
- Aureli, D. A., & Kusumawardhani, R. (2022). *Faktor–Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil:*
- Badan Pusat Statistik (BPS). (2026). *Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS).*
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., & Dashe, J. S. (2022).
- Dewi, A. R., Ulfiana, E., & Anggraini, D. D. (2025). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan pada Ibu Hamil Trimester III.*
- Ellita, E. L., Indriati, M., & Herawati, Y. (2025). *Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)*
- Etika Nur Ilmawati, & Erika Puspitasari. (2026). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini*
- Febriyaningsih, N., & Susilowati, E. (2025). *Asuhan Kebidanan Komprehensif*
Fithrah, A. N., Sharief, S. A., & Azrida, M. (2024). *Asuhan Kebidanan Antenatal dengan Ketidaknyamanan Sering Buang Air*
- Hanifa, V. L. (2025). *ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN*
- Happy, M., Sari, N., & Ramadhani, A. A. (2022). *Kompres Air Hangat dalam Mengurangi Nyeri Persalinan Kala I. kala I, 85–91.*

- Hermanses, S. S., & Kotarumalos, S. (2025). Penerapan evidence based practice pada kasus ketuban pecah dini. *Jurnal Kebidanan*, 5(2), 89–96.
- Hidayati, S. R., Lathifah, N., Yualiantie, P., & Istiqamah. (2025). KETUBAN PECAH DINI
- Himma Muliani, R., & Handayani, S. (2025). HUBUNGAN PARTISIPASI KELAS IBU HAMIL DENGAN KEJADIAN KETUBAN PECAH
- Ibriani, J., Ibrahim, F., Tandiallo, D., & Indah, M. (2024). *Asuhan Kebidanan Ibu Hamil*
- Indrawati, H., Suhartini, T., & Tinggi Ilmu Kesehatan Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan Probolinggo, S. (2023). *Jurnal Keperawatan* Hubungan Pola Seksual Ibu Hamil Trimester III Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini.
- Indriyani, I., Hadisaputra, S., & Febriana, W. (2024). Efektivitas Penerapan Prenatal Yoga Dalam Mengurangi Ketidaknyamanan Fisik Dan Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester III
- Istiana, S., Rahmawati, A., & Kusumawati, E. (2020). Pengaruh derajat laserasi perineum terhadap skala nyeri perineum pada ibu post partum.
- Kamerayani, Fauzianty, A., Hutahean, R. F., Arianty, P., Parida, W., Nasution, A., & Ardiani, L. (2025). Faktor-faktor Yang Mempengaruh Kecemasan Dalam Melakukan Mobilisasi Dini Pada Ibu Pasca Persalinan
- Kementrian Kesehatan. (2025). *Profil Kesehatan Indonesia 2025*.
- Kurniaty Asa, Rosmita Nuzuliana, & Intan Mutiara Putri. (2025). Gambaran Tindakan Indikasi Episiotomi Pada Persalinan
- Mahardika, K. V. P., Sianipar, berlian K., & Ravika, R. (2022). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil Tentang Ketuban Pecah Dini Dengan Perilaku Pencegahan Ketuban Pecah Dini
- Mey, D., Mukodri, L., Ginting, A. K., Kusumawati, D. D., Hanifah, L., Hanifa, F., Kurniyati, E. M., & Hidayatunnikmah, N. (2024). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*.
- Misharwati, M., Putri, N. C. M., Eprilia, E., Noviyanti, A., & Pastuty, R. (2025). Mizaniyyah, N., Muliawati, D., & Fatmawati, E. (2026). *Asuhan Kebidanan Berkelanjutan*
- Mutia, F. M. D. (2023). Untuk menegakkan diagnosis berdasarkan temuan evaluasi melalui sumber manapun, hasil penyimpanan

- Nur Habibi, N., Prastyana, E., & Windarti, W. (2025). Karakteristik Ibu Hamil dengan Ketuban Pecah Dini
- Oetami, S., & Ambarwati, D. (2023). Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Ketuban pecah dini (KPD)
- OMS. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.
- Organization, W. H. (2024). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
- Paijah, S. (2026). Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Dalam Menurunkan Risiko Komplikasi Persalinan.
- Permata, P., Nursanti, I., & Widakdo, G.
- Qamruddin, I., Alam, M. K., Mahroof, V., Fida, M., Khamis, M. F., & Husein, A..
- Ratika Lelo Yasinta, Catur Yulinawati, & Yulia Devi Putri. (2025). Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin
- Retni, A., Harismayanti, & Malapo, □Adeliyawati. (2024).
- Safitri, S., Triana, A., Tinggi, S., Kesehatan, I., & Pekanbaru, H. (2021). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil. 1*, 79–86.
- Sari, T. (2024). *Masa Hamil Sampai Dengan Masa Nifas Dan Pelayanan Keluarga Berencana*
- Septian, M. (2024). Hubungan Anemia dan Jarak Kehamilan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini.
- Siagian, L., Anggraeni, M., & Pangestu, G. K. (2023). Ketuban Pecah Dini .
- Tulhajjah, R., & Indreswati. (2024). Hubungan Ibu Bersalin Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini
- Ulpawati, Susanti, & Jannah, M. (2022).
- Vicky Andrea Malvino. (2022). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil Tentang Ketuban Pecah Dini
- Wanda, A. N., Setyabudi, M. T., Irsam, M., & Ratnaningrum, K. (2024). Analisis Faktor Risiko Kejadian KPD
- who. (2023).
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*.
- World Health Organization. (2025). *Conducting qualitative research on maternal morbidities*.

LAMPIRAN

2.3.7 Standar Operasional Prosedur (SOP)

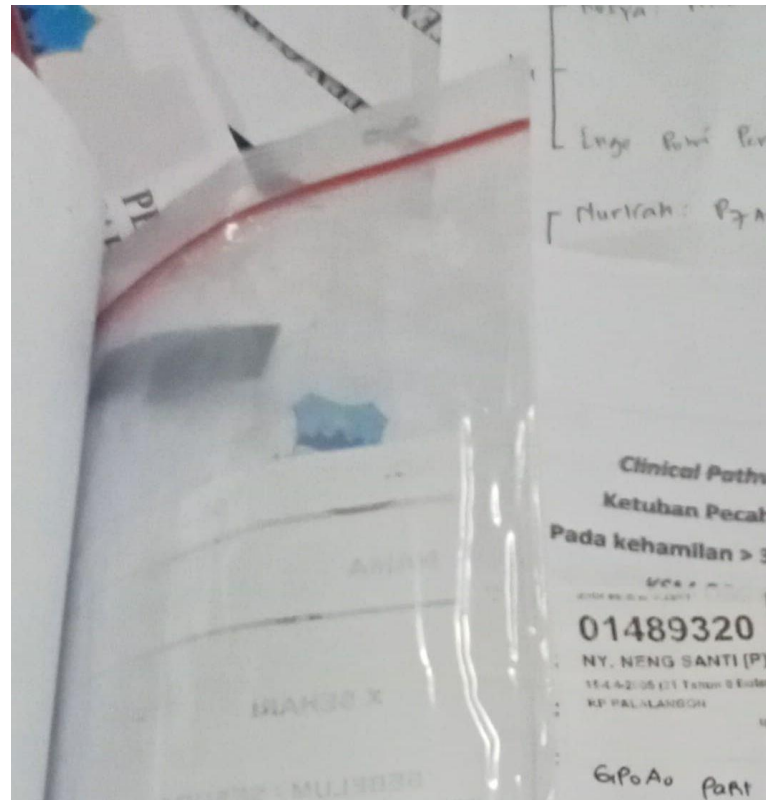
PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr.Slamet		KETUBAN PECAH DINI		
		No. Dokumen: KS.01.03/004/089/RSUD	No. Revisi: 01	Halaman 1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		Tanggal Terbit: 01 Januari 2023	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr.Slamet Kabupaten Garut	
Batasan	Ketuban pecah dini adalah robeknya selaput korioamnion 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 dari vagina - Pemeriksaan spekulum: terlihat keluar cairan ostium uteri eksternum - Kertas nitrazin merah akan menjadi biru - Mikroskopis: terlihat lanugo dari verniks kaseosa DIAGNOSIS BANDING - Fistula vesiko vaginal dengan kehamilan - Stres inkontinesia PEMERIKSAAN PENUNJANG USG: Menilai jumlah cairan ketuban, menentukan usia kehamilan, berat janin, letak janin, kesejahteraan janin dan letak			

	plasenta PENGELOLAAN a. Konservatif pengelolaan konservatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun janin)., pada umur kehamilan 28-34 minggu, dirawat selama 2 hari. Selama perawatan dilakukan 1. Observasi adanya kemungkinan adanya amnionitis/tanda infeksi • Ibu suhu 38°C takikardi ibu ,leukositosis, tanda-tanda infeksi intauterin , rasa nyeri pada rahun, sekret vagina varulen • Janin : takikardi janin 2. Pengawasan timbulnya persalinan. 3. Pemberian antibiotika p.o (cefadroxil 2x500 mg. Eritomisin 4x500 mg) selama 3 hari atau antibiotika spektrum luas lain yang sensitif. 4. Ultrasonografi untuk menilai kesejahteraan janin 5. Bila ada indikasi untuk melahirkan janin , dilakukan pematangan paru , dan proteksi otak janin (lihat Bab persalinan kurang bulan) Kriteria diagnosis amnionitis 1. Febris 2. Pengawasan timbulnya tanda persalinan 3. Pemberian antibiotika p.o (Sefadroxil 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 untuk pematangan paru, dan proteksi otak janin (Lihat Bab persalinan kurang bulan) Kriteria diagnosis amnionitis 1. Febris 2. Leukositosis 3. Takikdi 4. Cairan Ketuban Mungkin berbau Aktif 1. Pengelolaan aktif pada KPD dengan Umur kehamilan 200-28 minggu dan 34 minggu (lihat bab terminas kehamilan. 2. Ada Tanda tanda infeksi 3. Timbulnya tanda-tanda persalinan 4. Gawat janin PENYULIT • Infeksi, sepsis Kematian janin karena infeksi atau prematuritas.
--	---

tabel 1.1 SOP RSUD dr Slamet Garut

Gambar 1.1 Partograf

113



Gambar 1.2 Hasil Lakmus

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama lengkap : Haniazzahra Eka Putri
Tempat, Tanggal, Lahir : Garut, 31 Maret 2005
Motto : Berusaha, Berjuang , Berdoa ,dan Usaha Tidak Akan Menghianati Hasil.
Agama : Islam
No. hp : 087814613521
E-mail : haniazzahraekaputriraaaa@gmail.com
Alamat : kp. Lengkong Kaler Rt02/Rw02 Ds. Samarang, Kec. Samarang, Kab.Garut.
Instragram : @_raraams
Riwayat Pendidikan : 1. SDN IV Samarang
2. SMPN 2 Samarang
3. SMA 15 Garut,
4. Terdaftar sebagai mahasiswa kebidanan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

LEMBAR BIMBINGAN

LEMBAR BIMBINGAN KTI

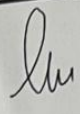
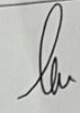
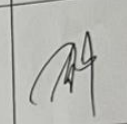
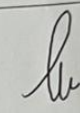
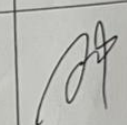
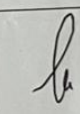
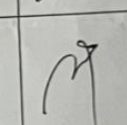
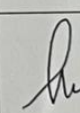
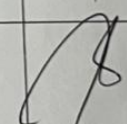
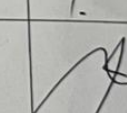
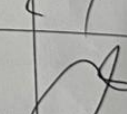
Nama Mahasiswa : Haniz Zahra Eka Putri

Nama Pembimbing :

NIM : KHGB23017

NIDN :

Judul KTI : KPD (keluhan Pecah Dini)

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Senin 09-04-2021	Konsul Judul	ACC Judul		
2.	Rabu 13 Mei 2021	Bab I-III	REVISI		
3.	Rabu 20 Mei 2021	Bab I-III	REVISI		
4.	Kamis 21 Mei 2021	BAB II-III	REVISI		
5.	Kamis 30 Mei 2021	BAB II	REVISI carikan penggab		
6.	Rabu 3 Juni 2021	Bab I-II-III	REVISI		
7.	Rabu 10 Juni 2021	BAB IV-V	Lanjutkan ↓		

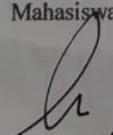
8.	Sabtu 13-06-26	Bablu-v	Revisi		
9.	Senin 15-06-26	ACC	ACC		
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Garut

2025

Mahasiswa

Pembimbing


(Hanwazzahra Eka Putri)

(.....)