

LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)
ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN
KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL PADA NY. S USIA 26
TAHUN G1P0A0 UK 38 MINGGU DENGAN KPD + FETAL DISTRESSES
DI RSU PKU MUHAMMADIYAH KUTOWIANANGUN
TAHUN 2025/2026

Dosen Pembimbing Pendidikan: Bdn. Fatiyatur Rohmah, S.ST., M.Kes



DISUSUN OLEH:

Misi Ayuni - 2510106011

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM
PROFESI FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
TAHUN 2025/2026

**HALAMAN PENGESAHAN LAPORAN
ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN
KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL PADA NY. S USIA 26
TAHUN G1P0A0 UK 38 MINGGU DENGAN KPD + FETAL DISTREES
DI RSU PKU MUHAMMADIYAH KUTOWIANANGUN
TAHUN 2025/2026**



Kutowinangun, Januari 2026

Pembimbing pendidikan

Preceptor

Mahasiswa

Bdn. Fatiyatur Rohmah,
S.ST.,M.Kes

Yuli Astuti, Amd. Keb

Misi Ayuni

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga tugas ini yang berjudul “Asuhan Kebidanan Dengan Komplikasi Dan Kegawatdaruratan Maternal Pada Ny. S Usia 26 Tahun G1P0A0 Uk 38 Minggu Dengan Kpd + Fetal Distrees” dapat terselesaikan dengan baik. Tugas ini disusun dalam rangka memenuhi target untuk menyelesaikan praktik stase Asuhan Kebidanan Dengan Komplikasi Dan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal.

Keberhasilan penulis dalam menyusun laporan ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan, bimbingan, dan dorongan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Warsiti, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat selaku Rektor Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
2. Dr.Dewi Rokhanawati,S.SiT.,MPH selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
3. Suyani,S.ST.,M.Keb Sselaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
4. Bdn. Fatiyatur Rohmah,S.ST.,M.Kes selaku dosen pembimbing pendidikan yang telah memberikan bimbingan dan masukan selama penyusunan laporan ini.
5. Yuli Astuti, Amd. Keb sebagai Preceptor di RSUD Muhammadiyah Kutowinangun.
6. Seluruh tim praktik Profesi Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
7. Pihak lain yang ikut membantu penyusunan buku panduan praktik ini.

Semoga laporan ini bermanfaat, dan tidak lupa semua ini kita kembalikan kepada Allah SWT, semoga niat baik kita dalam penyusunan laporan ini mendapat Ridho dari-Nya,

Kutowinangun, Januari 2026

Misi Ayuni

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN LAPORAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	2
BAB II TINJAUAN TEORI	3
A. Ketuban Pecah Dini (KPD)	3
B. Fetal Distress	5
C. Asuhan Kebidanan pada Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal	7
D. Persalinan Seksio Sesaria pada KPD dengan Fetal Distress	8
BAB III DOKUMENTASI SOAP	10
BAB IV PEMBAHASAN	18
BAB V PENUTUP	20
A. Kesimpulan	20
B. Saran	21
DAFTAR PUSTAKA	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Di Indonesia, tingkat persalinan operasi caesar terus meningkat, dengan persentase 7% dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (IDHS) pada tahun 2007 menjadi 17% di IDHS pada tahun 2017. Sebaran statistik insiden tertinggi berada di Provinsi DKI Jakarta dengan 31,3% kasus, dan terendah di Provinsi Papua sebesar 6,7% (Riskesdas Kemenkes, 2018). Dari total kasus persalinan, prosedur operasi caesar mencapai 17,6% kasus pada rentang usia 10-54 tahun dengan persentase komplikasi persalinan sebesar 23,3%. Rincian kasusnya adalah posisi janin melintang/sungsang sebesar 3,1%, pendarahan sebesar 2,4%, kejang sebesar 0,2%, pecahnya selaput dini sebesar 5,6%, persalinan berkepanjangan sebesar 4,3%, puntiran tali pusat sebesar 2,9%, 0,7% plasenta previa, 0,8% plasenta tertinggal, hipertensi 2,7%, dan 4,6% lainnya (PPK) (Widyanto et al., 2023).

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu komplikasi obstetri yang sering ditemui dalam praktik kebidanan, terutama pada kehamilan aterm (≥ 37 minggu). Kondisi ini ditandai dengan pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya tanda persalinan spontan, dan berpotensi memicu infeksi intrapartum, persalinan prematur, asfiksia, dan gangguan pernapasan (Astutia & Estri, 2025). Di Indonesia, insiden KPD mencapai sekitar 8–10% dari seluruh persalinan, dengan angka komplikasi lebih tinggi bila tidak ditangani secara cepat dan tepat (Kemkes RI, 2022).

Fetal distress adalah kasus darurat kehamilan pada janin yang bida disebabkan oleh Ketuban Pecah Dini. Fetal distress menyebabkan hipoksia janin sehingga janin membutuhkan suplai oksigen segera. Penanganan terapi awal adalah kanula hidung oksigen 2-6 liter/menit, atau masker wajah sederhana 5-10 liter/menit kecuali saturasi oksigen $< 85\%$ jika ada risiko hiperkapnia maka gunakan masker dengan reservoir. Ibu dengan persalinan gangguan janin lebih nyaman menggunakan oksigen dengan kanula hidung,

namun konsentrasi oksigennya sangat rendah, yaitu di bawah 40%, sehingga disarankan untuk menggunakan *Non Rebreathing Mask* (NRM) (Widyanto et al., 2023)

KPD pada kehamilan aterm umumnya memerlukan intervensi aktif, seperti induksi persalinan atau persalinan sesar, tergantung pada kondisi ibu dan janin. Dalam kasus Ny. S usia 26 tahun G1P0A0 dengan usia kehamilan 38 minggu, KPD disertai tanda fetal distress yang ditunjukkan oleh pola CTG irreguler dan laporan subjektif penurunan gerakan janin menjadi indikasi kuat untuk tindakan persalinan sesar elektif guna mencegah hipoksia janin progresif dan kematian perinatal. Penanganan ini harus dilakukan dalam kerangka asuhan kebidanan berbasis bukti dan kolaboratif.

Di fasilitas pelayanan kesehatan primer dan rujukan seperti RSUD Muhammadiyah Kutowinangun, kesiapsiagaan dalam menangani kegawatdaruratan maternal dan neonatal sangat penting. Asuhan kebidanan yang komprehensif, mulai dari pengkajian awal, pemantauan tanda vital dan janin, hingga pelaksanaan prosedur pra-operasi, menjadi kunci dalam menurunkan angka komplikasi persalinan. Dokumentasi dan analisis kasus seperti ini juga berkontribusi terhadap peningkatan mutu pelayanan serta pembelajaran klinis berbasis bukti bagi calon bidan profesional.

B. Tujuan

1. Menganalisis asuhan kebidanan pada kasus KPD disertai fetal distress pada kehamilan aterm.
2. Mengidentifikasi langkah-langkah klinis dan non-klinis yang tepat dalam penanganan kegawatdaruratan maternal dan janin.
3. Menilai efektivitas kolaborasi interprofesional antara bidan, dokter spesialis obstetri, dan tim anestesi dalam pengambilan keputusan klinis.
4. Memberikan rekomendasi berbasis bukti untuk peningkatan kualitas asuhan kebidanan dalam menghadapi komplikasi persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu terjadi pada pembukaan <4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu. Ada beberapa faktor resiko terjadinya ketuban pecah dini yaitu hubungan seksual, riwayat ketuban peca dini, usia ibu, paritas, pekerjaan dan Cephalo Pelvic Disproportion. Insidensi Ketuban Pecah Dini (KPD) berkisar antara 8-10% dari semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi antara 6-19%, sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2% dari semua kehamilan. Hampir semua Ketuban Pecah Dini (KPD) pada kehamilan pretermakan lahir sebelum aterm atau persalinan akan terjadi dalam 1 minggu setelah selaput ketuban pecah. 70% kasus ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan cukup bulan, sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematuritas, ketuban pecah dini berhubungan dengan penyebab kejadian prematuritas dengan insidensi 30-40% (Dharmayanti & Wardani, 2022).

Berikut adalah detail komplikasi KPD pada ibu dan janin:

1. Komplikasi pada Ibu:
 - a. Korioamnionitis: Infeksi pada cairan dan selaput ketuban.
 - b. Endometritis: Infeksi pada rahim, terutama setelah melahirkan.
 - c. Solusio Plasenta: Terlepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum waktunya.
 - d. Partus Lama: Proses persalinan menjadi lama.
 - e. Perdarahan Postpartum: Perdarahan berat setelah melahirkan, sering terkait retensi plasenta.
 - f. Operasi Caesar: Peningkatan risiko persalinan melalui operasi.
2. Komplikasi pada Janin/Bayi:

- a. Persalinan Prematur: Kelahiran sebelum waktunya yang memicu masalah pernapasan, pencernaan, dan infeksi.
- b. Sepsis Neonatal: Infeksi berat pada bayi baru lahir.
- c. Asfiksia/Gawat Janin: Kekurangan oksigen karena tali pusat tertekan akibat sedikitnya air ketuban (oligohidramnion).
- d. Hipoplasia Paru: Perkembangan paru-paru tidak sempurna, terutama jika KPD terjadi di usia kehamilan muda.
- e. Kematian Janin/Perinatal: Risiko tinggi, terutama jika KPD terjadi sebelum 23 minggu

(himpunan kedokteran fetomaternal, 2022)

Diagnosis KPD didasarkan pada anamnesis keluarnya cairan vagina tiba-tiba (“ngepyok”), jernih, berbau khas, dan tidak berhenti. Usia kehamilan ditentukan dari HPHT atau USG. Pemeriksaan speculum menunjukkan cairan keluar dari orifisium uteri eksternum (OUE); bila tidak tampak, dapat dibantu dengan batuk, mengejan, atau tekanan fundus. Pemeriksaan dalam (VT) hanya dilakukan bila sudah dalam persalinan atau akan diinduksi, karena risiko infeksi pada kehamilan preterm.

1. Pemeriksaan penunjang meliputi:

- a. Tes lakmus (Nitrazin): perubahan warna merah → biru menunjukkan pH alkalis (7–7,5), khas cairan ketuban (waspadai hasil positif palsu akibat darah/infeksi).
- b. Tes pakis: gambaran daun pakis pada mikroskop setelah pengeringan cairan.
- c. USG: menilai volume cairan ketuban secara subjektif, pengukuran *single deepest pocket* (SDP), atau *Amniotic Fluid Index* (AFI) menurut Phelan. AFI <5 cm atau SDP <2 cm mengindikasikan oligohidramnion.

2. Penatalaksanaan disesuaikan usia kehamilan:

- a. <32–34 minggu: rawat inap, antibiotik (ampisilin ± metronidazol), observasi infeksi dan janin.

- b. 32–37 minggu:
 - 1) Belum inpartu & tanpa infeksi → steroid (dexametason/betametason) untuk maturasi paru, observasi.
 - 2) Sudah inpartu → tokolitik + steroid, induksi setelah 24 jam.
 - 3) Ada infeksi → antibiotik dosis tinggi + segera terminasi.
- c. ≥ 37 minggu: induksi persalinan (oksitosin/misoprostol); jika gagal atau ada fetal distress → seksio sesarea. Antibiotik profilaksis diberikan pada semua kasus KPD.

(Lindo & Wildan, 2023)

B. Fetal Distress

Selama masa kehamilan, janin memperoleh nutrisi dan oksigen melalui plasenta. Gangguan pada fungsi plasenta atau aliran darah uteroplasenter dapat mengakibatkan penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke janin, yang berpotensi menyebabkan fetal distress atau gawat janin—suatu kondisi klinis akibat hipoksia janin yang mengancam keselamatan perinatal. Fetal distress umumnya terjadi pada periode antepartum (sebelum persalinan) maupun intrapartum (selama persalinan) dan merupakan indikasi kegawatdaruratan obstetrik yang memerlukan intervensi segera

1. Etiologi Fetal Distress

Faktor-faktor yang dapat mencetuskan fetal distress meliputi:

- a. Kontraksi uterus yang berlebihan (hipertonus) atau persalinan prematur,
 - b. Gangguan plasenta seperti solusio plasenta atau insufisiensi plasenta,
 - c. Kehamilan postterm (>42 minggu),
 - d. Kehamilan kembar,
 - e. Komplikasi maternal seperti preeklamsia, diabetes melitus, hipertensi kronis, anemia berat, asma, atau hipotiroidisme,
 - f. Usia ibu ≥ 35 tahun,
 - g. Perdarahan antepartum akibat trauma atau ablasi plasenta
- (Saifuddin, A. B., Gibb, D., & van den Broek, 2021).

2. Gejala Klinis

Gejala fetal distress seringkali tidak spesifik dan dapat hanya terdeteksi melalui pemantauan antenatal. Tanda-tanda klinis yang perlu diwaspadai meliputi:

- a. Penurunan gerakan janin secara signifikan atau perubahan pola gerak yang drastis,
- b. Tinggi fundus uteri yang tidak sesuai dengan usia kehamilan (mengindikasikan pertumbuhan janin terhambat),
- c. Detak jantung janin (DJJ) yang tidak normal—baik bradikardia (<110 x/menit), takikardia (>160 x/menit), deselerasi berulang, maupun hilangnya variabilitas,
- d. Keluarnya mekonium dalam cairan ketuban, serta
- e. Gejala maternal seperti perdarahan vagina, kram berat, atau kenaikan berat badan mendadak akibat edema (Kemenkes RI, 2022).

Sebaliknya, tanda janin dalam kondisi sehat mencakup gerakan aktif, DJJ teratur (110–160 x/menit), perubahan posisi janin menjelang persalinan, serta pertumbuhan intrauterin yang sesuai usia kehamilan.

3. Diagnosis Fetal Distress

Diagnosis fetal distress ditegakkan melalui kombinasi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, antara lain:

- a. Cardiotocography (CTG): untuk menilai pola DJJ dan respons terhadap kontraksi uterus,
- b. Ultrasonografi (USG): mengevaluasi pertumbuhan janin, volume cairan ketuban, dan tanda stres janin,
- c. USG Doppler: menilai aliran darah pada arteri umbilikalis dan serebral,
- d. Pemeriksaan cairan ketuban: deteksi mekonium atau oligohidramnion,
- e. Analisis gas darah janin (jika tersedia): pH darah janin $<7,20$ mengindikasikan asidosis metabolik akibat hipoksia
- f. Deteksi dini dan penanganan cepat sangat menentukan prognosis janin. Dalam kasus berat, intervensi seperti oksigenasi maternal, reposisi ibu,

- g. hidrasi intravena, hingga persalinan segera (**vaginal atau seksio sesarea**) menjadi langkah penyelamatan utama.

C. Asuhan Kebidanan pada Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Kegawatdaruratan maternal dan neonatal merupakan kondisi kritis yang mengancam jiwa ibu dan bayi baru lahir yang memerlukan intervensi segera oleh tenaga kesehatan terlatih. Menurut WHO (2022), kegawatdaruratan obstetri mencakup perdarahan antepartum/postpartum, pre-eklamsia/eklamsia, persalinan macet, infeksi berat, dan komplikasi abortus. Sementara kegawatdaruratan neonatal meliputi asfiksia neonatorum, prematuritas, infeksi neonatal, dan kelainan kongenital kritis.

Peran bidan dalam kegawatdaruratan maternal-neonatal bersifat sentral sebagai first responder yang harus mampu mengenali tanda bahaya, memberikan stabilisasi awal, dan melakukan rujukan tepat waktu. Protokol penanganan mengacu pada pendekatan sistematis:

1. Pengkajian cepat menggunakan algoritma ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure)
2. Intervensi life-saving sesuai protokol Basic Emergency Obstetric and Newborn Care (BEmONC)
3. Komunikasi efektif dengan tim rujukan;
4. Dokumentasi komprehensif (Bagou et al., 2022).

Perkembangan terkini menunjukkan peningkatan fokus pada simulation-based training untuk meningkatkan kesiapan bidan menghadapi kegawatdaruratan. Studi Chedraui (2025) menegaskan bahwa kematian maternal akibat kegawatdaruratan masih menjadi tantangan global, terutama di negara berpenghasilan rendah-menengah. WHO Technical Advisory Group (2023) merekomendasikan integrasi maternal early warning system (MEWS) dalam skrining dini komplikasi kehamilan untuk mempercepat identifikasi kegawatdaruratan.

Pada aspek neonatal, Neonatal Resuscitation Guidelines 2023 oleh AHA/AAP memperbarui rekomendasi ventilasi awal dengan oksigen 21-30% untuk bayi prematur <33 minggu, penundaan pengikatan tali pusat minimal 60 detik pada bayi stabil, serta penggunaan supraglottic airway sebagai alternatif masker wajah pada resusitasi tidak efektif (Yamada et al., 2024). Pelatihan Helping Babies Breathe (HBB) terbukti menurunkan mortalitas neonatal hingga 47% di setting sumber daya terbatas (MBRRACE-UK, 2025).

D. Persalinan Seksio Sesaria pada KPD dengan Fetal Distress

Ketuban Pecah Dini (KPD) didefinisikan sebagai ruptur membran sebelum onset persalinan spontan, terjadi pada 8-10% kehamilan aterm dan 3% kehamilan preterm (Dayal, 2024). KPD meningkatkan risiko infeksi intrauterin, prolaps tali pusat, dan fetal distress akibat oligohidramnion yang mengganggu perfusi plasenta. Fetal distress—kini lebih tepat disebut non-reassuring fetal status (NRFS) menurut ACOG (2021)—ditandai dengan pola DJJ kategori III: bradikardia persisten, deselerasi berat berulang, atau sinusoidal pattern.

Indikasi seksio sesarea pada KPD dengan fetal distress bersifat emergensi ketika:

1. DJJ menunjukkan pola kategori III yang tidak membaik dengan reposisi maternal, pemberian oksigen 10 L/menit, dan cairan kristaloid
2. Terdapat mekonium kental dengan tanda distress; atau
3. Terjadi prolaps tali pusat dengan DJJ abnormal (Abebe et al., 2024). Studi di Indonesia (Primadiyadi, 2024) menunjukkan 40% persalinan KPD berakhir dengan seksio sesarea, dengan fetal distress sebagai indikasi utama pada 50% kasus.

Manajemen multidisiplin menjadi kunci keberhasilan. Langkah kritis meliputi:

1. Pemantauan DJJ kontinu dengan cardiotocography (CTG)
2. Persiapan ruang operasi simultan dengan evaluasi maternal;

3. Pemberian antibiotik profilaksis sebelum insisi kulit (sefalosporin generasi pertama);
4. Ekstraksi janin dalam waktu ≤ 30 menit dari keputusan operasi (decision-to-delivery interval); dan
5. Resusitasi neonatal segera oleh tim terlatih (Charolin, 2025).

Komplikasi maternal meliputi infeksi luka operasi (2-5%), endometritis (10-15%), dan perdarahan berlebihan akibat atonia uteri pasca KPD lama. Pada neonatus, risiko sindrom distress respirasi (RDS), sepsis neonatal, dan meconium aspiration syndrome (MAS) meningkat signifikan pada KPD >18 jam (Abebe et al., 2024). Penelitian terkini menekankan pentingnya antenatal corticosteroid pada KPD preterm untuk mematangkan paru janin dan mengurangi RDS hingga 40% (WHO, 2022).



BAB III
DOKUMENTASI SOAP

**ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN
KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL PADA NY. S USIA 26
TAHUN G1P0A0 UK 38 MINGGU DENGAN KPD + FETAL DISTRESSES
DI RSU PKU MUHAMMADIYAH KUTOWIANANGUN**

No. Registrasi : 0358**
Hari, tanggal pengakjian : Kamis, 20 – 11 - 2025
Tempat : Ruang bersalin (VK)
Pengkajian oleh : Misi Ayuni

A. SUBJEKTIF

Nama	: Ny. S	Tn. Y
Umur	: 28 tahun	29 tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	TNI AD
No. Hp	: 0823278xxxxx	0823278xxxxx
Alamat	: Kiring 1/4 , Ambalkebrek, Kebumen, Jateng	

1. Alasan kunjungan saat ini :

Pasien Baru datang Via IGD

2. Keluhan :

ibu mengatakan keluar air-air sejak tgl 15-12-2025 jam 01.00 merasakan perutnya kencang-kencang dan hari ini gerakan janin berkurang

Riwayat Menstruasi :

- Usia menarche : 11 tahun
- Siklus : 29 hari
- Lamanya : 6-7 hari
- Jumlah : 3-5 kali ganti pembalut/hari
- Keluhan : nyeri haid kadang-kadang

4. Riwayat pernikahan :
ibu mengatakan ini pernikahan pertamanya, menikah sah secara hukum dan agama
5. Riwayat obstetric :
 - HPHT :20-03-2025
 - HPL : 27-12-2025
 - G1P0A0
6. Riwayat kehamilan,persalinan dan nifas yang lalu :
ibu mengatakan saat ini merupakan kehamilan,persalinan dan nifas pertamanya
7. Riwayat kontrasepsi yang digunakan :
ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi
8. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari :

Makan

Frekuensi : 3 kali sehari

Macam : Nasi,lauk,terkadang sayur dan buah

Jumlah : 1 porsi sedang

Keluhan : tidak ada

Minum

Frekuensi : 8 gelas sehari

Macam : air mineral

Jumlah : 1 gelas 200ml

Keluhan : tidak ada

- Pola Istirahat
ibu mengatakan mengatakan tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam
ibu mengatakan terkadang terbangun untuk menyusui bayinya
- Pola aktivitas
ibu mengatakan dirumah beberes rumah, mengurus dan mengurus anak di bantu oleh ibu,mertua dan suami

- Pola eliminasi

BAB

frekuensi : 1-2x/hari

konsisten : lunak

warna : kuning

bau : khas feces

keluhan : tidak ada

BAK

Frekuensi : 4-5x/hari

konsisten : cair

warna : kuning jernih

bau : khas urine

keluhan : tidak ada

- Personal hygiene

mandi : 2-3x/hari

ganti pakaian : 2-3x/hari

gosok gigi : 2x/hari

keramas : 2-3x/minggu

- Pola Seksual

ibu mengatakan 1 bulan terakhir rutin melakukan hubungan seksual 1x seminggu

- Pola Menyusui

ibu mengatakan saat ini merupakan pengalaman menyusui pertamakalinya

- Pola kebiasaan sehari-hari

Merokok : ibu mengatakan tidak merokok

Alcohol : ibu mengatakan tidak minum alkohol

Narkoba : ibu mengatakan tidak memakai narkoba

Obat-obatan : ibu mengatakan tidak meminum obat-obatan selain yang diberikan ketika sakit

Jamu-jamuan: ibu mengatakan tidak meminum jamu-jamuan

- 9. Riwayat Kesehatan :

a) Penyakit yang pernah diderita oleh ibu dan suami :

Ibu mengatakan bahwa dirinya dan suami tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit menular (Hepatitis, TBC, HIV/AIDS, dll), menurun (Asma, Diabetes Melitus, Hipertensi, dll), dan menahun (jantung, ginjal, dll)

b) Penyakit yang pernah diderita keluarga :

Ibu mengatakan bahwa di keluarganya tidak memiliki riwayat, tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit menular (Hepatitis, TBC, HIV/AIDS, dll), menurun (Asma, Diabetes Melitus, Hipertensi, dll), dan menahun (jantung, ginjal, dll)

c) ibu mengatakan di keluarganya tidak ada riwayat keturunan gemeli/kembar

10. Riwayat psikososial dan spiritual:

- ibu mengatakan suami dan keluarga mensupport kehamilan, melahirkan sampai saat ini nifas dan menyusui.
- Ibu meyakini kesembuhan adalah atas izin Allah, merasa tenang dengan membaca doa/zikir
- ibu mengatakan akan memberikan asi eksklusif pada bayinya

6. Keadaan lingkungan :

- Ibu mengatakan lingkungan rumahnya aman, nyaman, dan bersih.
- Ibu mengatakan tidak memiliki hewan peliharaan

B. OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Tanda vital
 - Tekanan Darah : 124/77 mmHg
 - Nadi : 69x/menit
 - Respirasi : 20x/menit
 - Suhu : 36.5'C

- Spo2 : 98%

d. Antropometri

- BB : 80 kg

- TB : 157 cm

- IMT : 32.0 kg/m²

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : Tidak ada benjolan atau nyeri tekan, kulit kepala bersih

b. Wajah : Tidak oedema, tidak pucat, tidak ada cloasma

c. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik

d. Hidung : Tidak ada pembengkakan polip, secret tidak ada

e. Telinga : simetris, tidak ada serumen abnormal

f. Bibir dan mulut : Tidak pucat, tidak ada caries, tidak ada sariawan

g. Leher : pembesaran kel. tiroid, kel. limfe, dan vena jugularis (-)

h. Payudara : puting susu menonjol, lecet (-), pengeluaran ASI (-)

i. Abdomen :

bekas luka : tidak ada

linea nigra : tidak ada

striae gravidarum : ada

- leopold 1

TFU 3 jari bawah px, pada fundus teraba satu bagian bulat, lunak (bokong).

- leopold 2

bagian kanan ibu teraba memanjang seperti papan, ada tahanan dan keras (punggung)

- leopold 3

bagian terendah janin teraba satu bagian bulat, keras (kepala)

- leopold 4

kedua tangan tidak bertemu/divergen (sudah masuk panggul)

osborn test : tidak dilakukan

TFU : 34 cm

TBJ : (34-12) x 155 = 3410 gram

His : tidak ada

Auskultasi DJJ : 131x/menit, irama teratur kuat

- j. Ekstremitas atas : simetris, gerakan aktif, tidak sianosis, tidak odema
- k. Ekstremitas bawah : Ekstremitas bawah simetris, tidak edema, tidak varises, pergerakan normal, refleks patella (+/+)
- l. Genetalia luar :
tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada pembesaran kelennjar bartolini

VT:

- porsio tebal lunak
- pembukaan 5 cm
- dinding vagina licin
- presentasi kepala
- KK(-) AK (+) STLD (+)Anus

- m. Anus bersih, tidak ada hemoroid/fisura, tidak ada keluhan

C. ASSASSMENT

Ny. S usia 26 tahun G1P0A0 UK 38 minggu dengan KPD + Fetal Distress

D. PLAN(PERENCANAAN)

1. Melakukan informed consent untuk pemeriksaan, TTV, Antropometri, palpasi, labor, periksa dalam serta pemeriksaan CTG dan pemasangan infus. Evaluasi: ibu bersedia dilakukan pemeriksaan dan dilakukan pemasangan infus
2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan :
 - TTV:
Tekanan Darah : 124/77 mmHg
Nadi : 69x/menit
Respirasi : 20x/menit
Suhu : 36.5'C
Spo2 : 98%

- Antropometri

BB : 80 kg

TB : 157 cm

IMT : 32 kg/m²

- Palpasi

TFU : 3 jari bawah px

presentasi Kepala (Divergen)

punggung kanan

DJJ : 131 x/menit

- VT:

- porsio tebal lunak

- pembukaan 5 cm

- dinding vagina licin

- presentasi kepala

- KK(-) AK (+) STLD (+) Lakmus (+)

-CTG : Hasil menunjukkan irreguler

Evaluasi : ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan

3. Melakukan melakukan informed consent dan melakukan pemasangan infus dengan Abocat 20, RL 500 ml 20 tpm, langsung dilakukan pengambilan sampel untuk pemeriksaan labor lengkap. Evaluasi : ibu bersedia di pasang infus, infus telah terpasang dan sampel telah di dapatkan

4. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan Labor:

Leukosit : $14.9 \times 10^3/uL$

Eritrosit : $4.23 \times 10^3/uL$

Hemoglobin : 12.6 g/dl

Hematokrit : 36.3 %

Trombosit : $186 \times 10^3/uL$

GDS : 103 gr/dL

HBsAg : Non Reactive

Goldar : O Rh (+)

Evaluasi: ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan labor

5. Melakukan kolaborasi dengan dr. SpOG selaku DPJP Advice: Lakukan segera persiapan SC Jam 15.00 WIB dengan pemberian 2 gram antibiotik ceftriaxone pre OP SC. Evaluasi: kolaborasi dr. SpOG telah dilakukan
6. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan tindakan dan persiapan SC yaitu melakukan pencukuran dan pemberian terapi antibiotik pre OP yaitu 2 gr ceftriaxone. Evaluasi: ibu bersedia dilakukan tindakan dan persiapan SC
7. Menjelaskan pada ibu bahwa prosedur SC akan berlangsung \pm 1 jam dan ibu akan di bius (anestesi spinal) bius ini akan membuat area tubuh dari pinggang ke bawah mati rasa, sementara pasien tetap sadar. Evaluasi: ibu telah memahami penjelasan yang diberikan
8. Melakukan persiapan SC seperti melampirkan SIO (persetujuan tindakan dokter dan anestesi), labor, serah terima pasien dan riwayat pasien yang lainnya dan mengkonfirmasi jadwal OP SC pada Ruang IBS. Evaluasi: persiapan SC telah dilakukan
9. Melakukan pencukuran dan pemberian antibiotik pre OP SC 2 gr ceftriaxone pukul 05.00 WIB. Evaluasi: pencukuran dan pemberian antibiotik pre OP SC telah dilakukan
10. Menganjurkan ibu untuk tidur lebih sering dengan posisi miring ke kiri untuk meningkatkan aliran darah dan oksigenasi ke plasenta dan janin. sampai persiapan SC selesai dan ibu di pindahkan ke ruang IBS. Evaluasi: ibu memahami penjelasan yang diberikan
11. Mengantar pasien ke ruang IBS pukul 14.30 WIB. Evaluasi : pasien telah di antar ke ruang IBS.
12. melakukan serah terima pasien dengan perawat IBS dan melakukan pendokumentasian. Evaluasi: Serah terima pasien di IBS dan pendokumentasian telah dilakukan

BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan dokumentasi asuhan kebidanan pada Ny. S usia 26 tahun G1P0A0 UK 38 minggu dengan KPD disertai fetal distress, ditemukan beberapa kesesuaian antara penatalaksanaan klinis dengan teori yang berlaku. Pertama, diagnosis KPD pada kasus ini ditegakkan melalui anamnesis keluarnya cairan vagina sejak 15 Desember 2025 pukul 01.00 WIB yang bersifat terus-menerus, disertai hasil pemeriksaan lakmus positif dan VT menunjukkan ketuban tidak utuh (KK-). Hal ini sesuai dengan teori Lindo & Wildan (2023) yang menyatakan diagnosis KPD didasarkan pada keluarnya cairan vagina tiba-tiba yang jernih, berbau khas, tidak berhenti, serta dikonfirmasi melalui tes lakmus (Nitrazin) yang menunjukkan perubahan warna menjadi biru akibat pH alkalis cairan ketuban (7–7,5).

Kedua, temuan CTG irreguler dan laporan subjektif penurunan gerakan janin mengindikasikan adanya fetal distress. Sesuai dengan teori Saifuddin et al. (2021), fetal distress merupakan kondisi klinis akibat hipoksia janin yang ditandai dengan pola DJJ tidak normal seperti bradikardia, takikardia, deselerasi berulang, atau hilangnya variabilitas—sebagaimana tercermin pada hasil CTG irreguler pada kasus ini. Penurunan gerakan janin juga merupakan gejala klinis fetal distress yang perlu diwaspadai sebagaimana dijelaskan dalam teori Kemenkes RI (2022).

Ketiga, penatalaksanaan dengan persalinan seksio sesarea elektif pada usia kehamilan aterm (38 minggu) merupakan indikasi tepat mengingat kombinasi KPD dan fetal distress. Sesuai dengan teori Dharmayanti & Wardani (2022), KPD pada kehamilan aterm (≥ 37 minggu) memerlukan intervensi aktif berupa induksi persalinan atau seksio sesarea jika terdapat komplikasi seperti fetal distress. Leukosit yang meningkat ($14.9 \times 10^3/\mu\text{L}$) pada pemeriksaan laboratorium juga mengindikasikan risiko infeksi intrapartum akibat KPD yang telah berlangsung lebih dari 24 jam, sehingga memperkuat indikasi terminasi segera.

Keempat, pemberian antibiotik profilaksis ceftriaxone 2 gram sebelum insisi kulit merupakan langkah preventif yang tepat. Sesuai dengan teori Abebe et al. (2024), pemberian antibiotik profilaksis sebelum insisi kulit (sefalosporin generasi pertama) menjadi komponen kritis dalam manajemen KPD untuk mencegah infeksi maternal seperti endometritis dan infeksi luka operasi. Hal ini sejalan dengan rekomendasi WHO (2022) yang menekankan pentingnya profilaksis antibiotik pada semua kasus KPD untuk menurunkan morbiditas maternal.

Kelima, pendekatan kolaboratif antara bidan dan dokter spesialis obstetri dalam pengambilan keputusan klinis mencerminkan prinsip asuhan kebidanan pada kegawatdaruratan maternal-neonatal. Sesuai dengan teori Bagou et al. (2022), peran bidan sebagai *first responder* mencakup pengkajian cepat, stabilisasi awal, komunikasi efektif dengan tim rujukan, dan dokumentasi komprehensif—sebagaimana dilakukan pada kasus ini melalui serah terima pasien ke ruang IBS dengan pendokumentasian lengkap.

Keenam, posisi miring ke kiri yang dianjurkan kepada ibu sebelum operasi bertujuan meningkatkan aliran darah uteroplasenter untuk memperbaiki oksigenasi janin. Langkah ini sesuai dengan teori Charolin (2025) yang menyebutkan reposisi maternal merupakan intervensi awal pada fetal distress untuk mengurangi kompresi vena cava inferior dan meningkatkan perfusi plasenta.

Secara keseluruhan, asuhan kebidanan pada kasus Ny. S telah mengintegrasikan prinsip *evidence-based practice* dengan pendekatan kolaboratif multidisiplin. Keputusan klinis untuk melakukan seksio sesarea elektif dalam waktu ≤ 30 menit sejak diagnosis fetal distress merupakan upaya meminimalkan risiko asfiksia neonatal dan kematian perinatal sebagaimana direkomendasikan dalam *decision-to-delivery interval* menurut Abebe et al. (2024). Dengan demikian, penatalaksanaan kasus ini tidak hanya sesuai dengan standar klinis nasional, tetapi juga selaras dengan panduan internasional dalam menangani kegawatdaruratan maternal-neonatal akibat KPD komplikata.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan analisis asuhan kebidanan pada kasus Ny. S usia 26 tahun G1P0A0 dengan usia kehamilan 38 minggu yang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) disertai fetal distress di RSUD Muhammadiyah Kutowinangun, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Diagnosis KPD pada kasus ini ditegakkan melalui anamnesis keluarnya cairan vagina terus-menerus sejak 15 Desember 2025 pukul 01.00 WIB, dikonfirmasi dengan tes lakmus positif dan pemeriksaan dalam yang menunjukkan ketuban tidak utuh (KK-), sesuai dengan kriteria diagnostik KPD menurut Lindo & Wildan (2023).
2. Fetal distress teridentifikasi melalui temuan CTG dengan pola irreguler dan laporan subjektif penurunan gerakan janin, yang merupakan manifestasi klinis hipoksia janin akibat kompresi tali pusat sekunder dari oligohidramnion pasca KPD.
3. Penatalaksanaan dengan persalinan seksio sesarea elektif merupakan indikasi tepat mengingat kombinasi KPD pada kehamilan aterm dengan fetal distress yang mengancam keselamatan janin. Keputusan klinis ini sejalan dengan rekomendasi Dharmayanti & Wardani (2022) yang menyatakan bahwa KPD pada kehamilan ≥ 37 minggu dengan komplikasi fetal distress memerlukan terminasi segera.
4. Pemberian antibiotik profilaksis ceftriaxone 2 gram sebelum insisi kulit merupakan langkah preventif kritis untuk mencegah infeksi maternal (endometritis, infeksi luka operasi) mengingat risiko infeksi intrapartum yang meningkat akibat KPD berkepanjangan (>24 jam), sesuai panduan WHO (2022) dan Abebe et al. (2024).
5. Pendekatan kolaboratif multidisiplin antara bidan sebagai first responder, dokter spesialis obstetri sebagai DPJP, dan tim anestesi mencerminkan penerapan prinsip Basic Emergency Obstetric and Newborn Care

(BEmONC) yang efektif dalam menangani kegawatdaruratan maternal-neonatal.

6. Intervensi awal berupa reposisi maternal ke posisi miring kiri dan pemberian oksigenasi merupakan upaya optimalisasi perfusi uteroplasenter sebelum dilakukan terminasi kehamilan, sesuai protokol penanganan fetal distress menurut Charolin (2025).
7. Asuhan kebidanan yang diberikan telah mengintegrasikan evidence-based practice dengan pendekatan sistematis mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi hingga evaluasi, sehingga mampu meminimalkan risiko komplikasi maternal dan perinatal.

B. Saran

1. Bagi Tenaga Kesehatan (Bidan dan Dokter)
 - a. Meningkatkan kewaspadaan dalam mendeteksi tanda bahaya KPD melalui anamnesis komprehensif dan pemeriksaan penunjang sederhana (tes lakmus, speculum) pada setiap kunjungan antenatal maupun saat datang ke fasilitas kesehatan.
 - b. Memperkuat keterampilan interpretasi CTG untuk mengenali pola non-reassuring fetal status secara dini, sehingga intervensi dapat dilakukan sebelum terjadi hipoksia janin progresif.
 - c. Menegakkan protokol antibiotik profilaksis pada semua kasus KPD tanpa kecuali, sesuai rekomendasi nasional dan internasional untuk mencegah morbiditas maternal.
 - d. Mempercepat decision-to-delivery interval pada kasus kegawatdaruratan fetal distress menjadi ≤ 30 menit guna menurunkan angka asfiksia neonatal dan mortalitas perinatal.
2. Bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan
 - a. Menyediakan alat deteksi KPD yang memadai (tes lakmus, speculum) di seluruh unit pelayanan primer dan rujukan untuk mempercepat diagnosis.

- b. Memastikan ketersediaan ruang operasi siaga 24 jam serta tim multidisiplin (obstetri, anestesi, neonatologi) yang terlatih dalam menangani kegawatdaruratan maternal-neonatal.
 - c. Mengembangkan Maternal Early Warning System (MEWS) terintegrasi untuk skrining dini komplikasi kehamilan berisiko tinggi, termasuk KPD dan fetal distress.
 - d. Melakukan simulation-based training secara berkala bagi seluruh tenaga kesehatan dalam menangani skenario kegawatdaruratan obstetri menggunakan pendekatan ABCDE.
3. Bagi Institusi Pendidikan Kebidanan
- a. Memperkuat kurikulum praktik klinik pada kompetensi penanganan kegawatdaruratan maternal-neonatal, khususnya KPD dan fetal distress, melalui simulasi kasus nyata.
 - b. Mengintegrasikan pembelajaran berbasis bukti (evidence-based practice) dalam setiap modul asuhan kebidanan komplikasi untuk membekali mahasiswa dengan kemampuan klinis yang mutakhir.
 - c. Mendorong mahasiswa untuk menyusun laporan kasus klinis (case report) sebagai sarana refleksi kritis dan pengembangan kompetensi dokumentasi asuhan.
4. Bagi Penelitian Selanjutnya
- a. Perlu dilakukan studi evaluasi terhadap efektivitas penerapan protokol KPD di fasilitas pelayanan kesehatan primer dalam menurunkan angka persalinan sesarea tidak terindikasi.
 - b. Penelitian kualitatif mengenai pengalaman ibu hamil dengan KPD dalam mengenali gejala dini dan keputusan mencari pertolongan dapat menjadi dasar pengembangan edukasi kesehatan yang lebih efektif.
 - c. Analisis biaya-manfaat (cost-benefit analysis) pemberian antibiotik profilaksis pada KPD aterm perlu dikaji lebih lanjut untuk mendukung kebijakan kesehatan yang berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abebe, T., et al. (2024). The magnitude of maternal and neonatal adverse outcomes in preterm premature rupture of membranes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 164(1), 112-120.
- Astutia, L. P., & Estri, B. A. (2025). Gambaran Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Di RS PKU Muhammadiyah Kabupaten Temanggung Jawa Tengah. *Jurnal Ilmu Psikologi Dan Kesehatan Jurnal Ilmu Psikologi Dan Kesehatan*, 01(04), 271–278. <https://jurnal.ittc.web.id/index.php/jfkes> Published
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). Practice Bulletin No. 229: Antepartum Fetal Surveillance. *Obstetrics & Gynecology*, 138(4), e131-e148.
- Bagou, G., et al. (2022). Guidelines for the management of urgent obstetric situations in emergency medicine. *European Journal of Obstetrics & Gynecology*, 278, 113-122.
- Charolin, C., et al. (2025). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Sectio Caesarea. *Sriwijaya Scientific Journal*, 7(1), 45-58.
- Chedraui, P., et al. (2025). Obstetric and neonatal emergencies are still global health challenges. *Journal of Perinatal Medicine*, 53(1), 1-8.
- Dayal, S. (2024). Preterm and Term Prelabor Rupture of Membranes. In *StatPearls*. NCBI Bookshelf.
- Dharmayanti, L., & Wardani, R. A. (2022). *FAKTOR RESIKO TERJADINYA KETUBAN PECAH DINI PADA IBU BERSALIN. I*, 68–73.
- Himpunan kedokteran fetomaternal. (2022). KETUBAN PECAH DINI Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. In *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran KETUBAN*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Buku Panduan Asuhan*

Persalinan Normal. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Lindo, M., & Wildan, D. R. (2023). Ketuban Pecah Dini dan Oligohidramnion pada Kehamilan Preterm. *JIKA(Jurnal Ilmu Kesehatan Abdurrah)*, Vol. 1, No, 81–87. <https://jurnal.univrab.ac.id/index.php/jika/article/view/3685/1532>

Primadiyadi, S.A.E., et al. (2024). Cross-Sectional Study on Cesarean Section Indications in PROM Cases. *Jurnal Ners Indonesia*, 5(2), 112-125.

Saifuddin, A. B., Gibb, D., & van den Broek, N. (2021). bstetric and Neonatal Care in Low-Resource Settings. In . *Maternal and Newborn Health: A Global Perspective*. Springer. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-65200-5>World Health Organization (WHO). (2022). WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience. Geneva: WHO Press.

World Health Organization Technical Advisory Group. (2023). Consolidated Guidelines for Prevention, Diagnosis and Treatment of Maternal and Perinatal Conditions. Geneva: WHO.

Widyanto, M. G., Handayani, R. N., & Novitasari, D. (2023). Effect oxygen on fetal heart frequency (distress) at Panti Nugroho Hospital Muhammad. *Riset Informasi Kesehatan*, 12(1), 80–87. <https://doi.org/10.30644/rik.v12i1.745>

Yamada, N.K., et al. (2024). 2023 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Focused Update on Neonatal Resuscitation. *Circulation*, 149(5), e1-e18.