

**LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)
STASE KASUS KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL
ASUHAN KEBIDANAN KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN
MATERNAL PERSALINAN PADA NY. S USIA 26 TAHUN G2P0A1 USIA
KEHAMILAN 31 MINGGU 4 HARI DENGAN KALA I FASE AKTIF DAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RSUD RAA TJOKRONEGORO
TAHUN AKADEMIK 2025/2026**

Dosen Pembimbing Pendidikan : Ririn Wahyu Hidayati, S.ST., MKM



**Disusun Oleh :
Anis Safira
2510106012**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH
YOGYAKARTA**

HALAMAN PENGESAHAN
CASE BASED DISCUSSION (CBD)
STASE KASUS KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL
ASUHAN KEBIDANAN KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN
MATERNAL PERSALINAN PADA NY. S USIA 26 TAHUN G2P0A1 USIA
KEHAMILAN 31 MINGGU 4 HARI DENGAN KALA I FASE AKTIF DAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RSUD RAA TJOKRONEGORO
TAHUN AKADEMIK 2025/2026



Purworejo, 01 Januari 2026

Pembimbing Pendidikan

Ririn Wahyu Hidayati, S.ST., MKM



Puji Rohmah, S.Tr.Keb., Bdn

Mahasiswa

Anis Safira

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH
YOGYAKARTA

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas izin, rahmat dan kuasanya saya masih diberikan kesehatan sehingga dapat menyelesaikan laporan CBD ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Komplikasi dan Kegawatdaruratan Maternal Persalinan pada Ny. S Usia 26 Tahun G2P0A1 Usia Kehamilan 31 Minggu 4 Hari dengan Kala I Fase Aktif dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD RAA Tjokronegoro”. Pengajuan laporan CBD ini adalah sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.

Pada kesempatan ini tak lupa pula penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan laporan CBD ini, baik secara moral maupun spiritual terutama kepada :

1. Warsiti, S.Kep., M.Kep., Sp.Mat. selaku Rektor Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
2. Dr. Dewi Rokhanawati, S.SiT., M.PH, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
3. Bdn. Suyani, S.ST., M.Keb, selaku Ketua Program Studi Kebidanan Program Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
4. Ririn Wahyu Hidayati, S.ST., MKM, selaku Dosen Pembimbing Pendidikan yang telah membimbing penulis dalam mengerjakan laporan ini.
5. Puji Rohmah, S.Tr.Keb., Bdn, selaku Pembimbing Lahan di RSUD RAA Tjokronegoro.

Penulis mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan dan kesempurnaan laporan CBD ini. Semoga laporan CBD ini bermanfaat dan dapat dijadikan gambaran untuk penelitian selanjutnya.

Purworejo, 01 Januari 2026

Anis Safira

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
D. Manfaat	3
1. Manfaat Teoritis	3
2. Manfaat Praktis	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Persalinan	5
1. Definisi Persalinan	5
2. Macam-macam Persalinan	5
3. Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan	5
B. Ketuban Pecah Dini	6
1. Pengertian	6
2. Etiologi	7
3. Patofisiologi	9
4. Tanda dan Gejala	10
5. Faktor yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini	11
6. Penatalaksanaan	13
BAB III TINJAUAN KASUS	15
A. Data Subjektif	15
B. Data Objektif	18
C. Analisa	20
D. Penatalaksanaan	20
BAB IV PEMBAHASAN	27
BAB V PENUTUP	31
A. Kesimpulan	31
B. Saran	31
DAFTAR PUSTAKA	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia dimana angka kematian ibu bersalin yang cukup tinggi. Keadaan ini disertai dengan komplikasi yang mungkin saja timbul selama persalinan, sehingga memerlukan pengetahuan dan keterampilan yang baik dalam bidang kesehatan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan menurunkan angka kematian, kesakitan ibu dan perinatal. Persalinan sampai saat ini masih merupakan masalah dalam pelayanan kesehatan. Hal ini diakibatkan pelaksanaan dan pemantauan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi. Persalinan preterm (<37 minggu) merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas perinatal. WHO (2023) melaporkan bahwa sekitar 15 juta bayi lahir preterm setiap tahun, dengan komplikasi yang berkontribusi terhadap lebih dari 1 juta kematian bayi. Salah satu faktor risiko penting terjadinya persalinan preterm adalah ketuban pecah dini (KPD), yang dapat menyebabkan infeksi intrauterin, korioamnionitis, hingga sepsis neonatorum. KPD pada usia kehamilan preterm meningkatkan risiko kelahiran prematur dan komplikasi neonatal serius (WHO, 2023).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan. Pada kehamilan preterm (<37 minggu), KPD menjadi faktor risiko utama terjadinya persalinan prematur. Pecahnya ketuban menyebabkan hilangnya barier proteksi janin terhadap infeksi, sehingga meningkatkan risiko korioamnionitis, sepsis neonatorum, dan kelahiran prematur. Penelitian Sénat et al. (2022) menunjukkan bahwa KPD preterm meningkatkan risiko kelahiran prematur hingga 40% dan berhubungan dengan tingginya angka sepsis neonatorum (Sénat et al., 2022).

Di Indonesia, angka kejadian KPD berkisar antara 4,5%–7,6% dari seluruh kehamilan, dengan sebagian besar kasus terjadi pada kehamilan aterm, namun tidak sedikit pula yang terjadi pada kehamilan preterm. Menurut Barokah & Agustina (2022), faktor risiko KPD meliputi infeksi saluran reproduksi, multiparitas, usia ibu ekstrem (35 tahun), serta riwayat KPD sebelumnya (Barokah & Agustina, 2022). Hal ini menunjukkan bahwa KPD merupakan masalah obstetri yang kompleks dan membutuhkan penanganan segera untuk mencegah komplikasi.

Di Daerah Istimewa Yogyakarta, angka kejadian komplikasi obstetri termasuk ketuban pecah dini (KPD) masih menjadi masalah kesehatan maternal yang signifikan. Berdasarkan laporan kesehatan ibu tahun 2023, tercatat 131 kasus kematian ibu dengan prevalensi tertinggi di Kota Yogyakarta yaitu 25,35 per 100.000 kelahiran hidup. Meskipun perdarahan masih menjadi penyebab utama, kasus infeksi nifas dan komplikasi akibat KPD juga dilaporkan cukup tinggi. Penelitian lokal di RSUD Wonosari Gunungkidul (2023) menunjukkan bahwa KPD merupakan salah satu faktor risiko dominan terutama pada ibu dengan usia kehamilan <36 minggu. Hal ini menegaskan bahwa KPD di Yogyakarta masih menjadi tantangan besar dalam upaya menurunkan angka morbiditas dan mortalitas maternal dan neonatal (Sulastri et al., 2024).

Selain itu, data regional menunjukkan bahwa prevalensi KPD di DIY sejalan dengan angka nasional, yaitu berkisar 4,5–7,6% dari seluruh kehamilan. Faktor risiko yang paling banyak ditemukan di Yogyakarta adalah infeksi saluran reproduksi, multiparitas, usia ibu ekstrem (35 tahun), serta riwayat KPD sebelumnya. Kondisi ini berhubungan erat dengan meningkatnya angka persalinan preterm dan komplikasi neonatal seperti sepsis dan gangguan pernapasan. Dengan demikian, kasus Ny. D usia 33 tahun dengan kehamilan 32 minggu dan KPD mencerminkan masalah obstetri nyata yang sesuai dengan data epidemiologi di Yogyakarta, sehingga penatalaksanaan berbasis evidence sangat diperlukan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut (Mutmainnah et al., 2025).

Dampak persalinan preterm akibat KPD tidak hanya meningkatkan risiko mortalitas neonatal, tetapi juga menimbulkan masalah jangka panjang seperti gangguan tumbuh kembang, keterlambatan neurologis, dan peningkatan biaya perawatan kesehatan. Goldenberg et al. (2023) menegaskan bahwa bayi preterm memiliki risiko mortalitas 10 kali lebih tinggi dibanding bayi aterm, serta lebih rentan terhadap komplikasi pernapasan dan infeksi (Goldenberg et al., 2023). Oleh karena itu, penatalaksanaan KPD pada kehamilan preterm harus dilakukan secara hati-hati dengan pendekatan evidence-based.

Berdasarkan uraian dan data di atas, maka penulis tertarik untuk mengangkat kasus komplikasi dan kegawatdaruratan maternal persalinan yaitu ketuban pecah dini (KPD) pada ibu bersalin kala I fase aktif sehingga penulis menggunakan judul “Asuhan Kebidanan Komplikasi dan Kegawatdaruratan Maternal Persalinan pada Ny. S Usia 26 Tahun G2P0A1 Usia Kehamilan 31 Minggu 4 Hari dengan Kala I Fase Aktif dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD RAA Tjokronegoro” menggunakan pendekatan

manajemen asuhan kebidanan dengan harapan penatalaksanaan dapat dilaksanakan dengan baik.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari laporan ini adalah “Bagaimana menerapkan dokumentasi SOAP pada Asuhan Kebidanan Komplikasi dan Kegawatdaruratan Maternal Persalinan pada Ny. S Usia 26 Tahun G2P0A1 Usia Kehamilan 31 Minggu 4 Hari dengan Kala I Fase Aktif dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD RAA Tjokronegoro?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Agar penulis mampu memahami dan menerapkan asuhan kebidanan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal persalinan yang tepat pada Ny. S Usia 26 Tahun G2P0A1 Usia Kehamilan 31 Minggu 4 Hari dengan Kala I Fase Aktif dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD RAA Tjokronegoro.

2. Tujuan Khusus

- a. Memperoleh data subjektif dari Ny. S Usia 26 Tahun G2P0A1 Usia Kehamilan 31 Minggu 4 Hari dengan Kala I Fase Aktif dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD RAA Tjokronegoro.
- b. Memperoleh data objektif dari Ny. S Usia 26 Tahun G2P0A1 Usia Kehamilan 31 Minggu 4 Hari dengan Kala I Fase Aktif dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD RAA Tjokronegoro.
- c. Melakukan analisa dari data subjektif dan data objektif Ny. S Usia 26 Tahun G2P0A1 Usia Kehamilan 31 Minggu 4 Hari dengan Kala I Fase Aktif dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD RAA Tjokronegoro.
- d. Melakukan penatalaksanaan untuk penanganan Ny. S Usia 26 Tahun G2P0A1 Usia Kehamilan 31 Minggu 4 Hari dengan Kala I Fase Aktif dan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD RAA Tjokronegoro.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Diharapkan asuhan yang dilakukan dapat dijadikan dasar untuk mengembangkan ilmu kebidanan serta asuhan kebidanan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal persalinan preterm dengan ketuban pecah dini (KPD).

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan penulisan laporan ini bisa dijadikan sebagai bahan pustaka dan referensi penatalaksanaan kepada Rumah Sakit sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan terutama mengenai asuhan kebidanan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal persalinan preterm dengan ketuban pecah dini (KPD).

b. Bagi Institusi

Diharapkan penulisan laporan ini dapat menjadi bahan pustaka untuk mahasiswa kebidanan khususnya mengenai asuhan kebidanan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal persalinan preterm dengan ketuban pecah dini (KPD).

c. Profesi Bidan

Diharapkan penulisan laporan ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman dalam mengaplikasikan ilmu untuk memberikan asuhan kebidanan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal persalinan preterm dengan ketuban pecah dini (KPD) yang sesuai kewenangannya.

d. Bagi Klien

Klien diharapkan dapat menambah informasi tentang bahayanya komplikasi dan kegawatdaruratan maternal persalinan preterm dengan ketuban pecah dini (KPD).



UNISA
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Definisi Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar, sementara persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (King, 2019).

2. Macam-macam Persalinan

Menurut Buku Ajar Kebidanan (2024) dan ulasan dalam Jurnal Kebidanan Terkini (2023), macam-macam persalinan dikategorikan berdasarkan cara proses dimulai dan berlangsung. Berikut penjelasan tiap jenis:

- a. Persalinan spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir dengan kekuatan kontraksi uterus dan dorongan ibu sendiri. Faktor yang mendukung: posisi ibu, kesiapan serviks, dan kekuatan kontraksi.
- b. Persalinan buatan yaitu persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar misalnya vakum ekstraksi atau section caesaria. Menurut Hellosehat (2023), metode ini dipilih bila ada indikasi medis seperti gawat janin, distosia, atau risiko tinggi bagi ibu. Persalinan buatan memiliki risiko lebih tinggi dibanding spontan, seperti perdarahan, infeksi, atau trauma pada bayi.
- c. Persalinan Anjuran yaitu persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian oksitosin atau prostaglandin. Cara yang digunakan antara lain: pemecahan ketuban (amniotomi), pemberian oksitosin, atau prostaglandin untuk merangsang kontraksi. Jurnal kebidanan terbaru menekankan bahwa induksi harus dilakukan dengan pengawasan ketat karena dapat meningkatkan risiko hiperstimulasi uterus dan gawat janin.

3. Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

Menurut Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan (2024) dan Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir (2024), pembagian persalinan

berdasarkan umur kehamilan digunakan sebagai standar klinis untuk menilai viabilitas janin dan risiko komplikasi. Berikut penjelasan tiap kategori:

- a. Abortus yaitu pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau berat bayi kurang dari 500 gram. Prognosis bayi tidak dapat bertahan hidup di luar rahim karena organ vital belum matang. Umumnya disebabkan oleh kelainan kromosom, infeksi, atau faktor maternal.
- b. Partus immaturus yaitu pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau berat bayi antara 500-1000 gram. Risiko utama: gangguan pernapasan (RDS), perdarahan intraventrikular, dan infeksi. Bayi yang lahir pada fase ini sering membutuhkan perawatan intensif di NICU.
- c. Partus prematurus yaitu pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara >1000 gr-2500gr. Berisiko mengalami komplikasi seperti gangguan pernapasan, hipotermia, dan keterlambatan perkembangan.
- d. Partus matures atau aterm yaitu pengeluaran buah kehamilan antara 37-42 minggu atau berat badan bayi 2500 gr atau lebih. Buku ajar kebidanan menekankan bahwa persalinan aterm adalah target ideal untuk kesehatan ibu dan bayi.
- e. Partus post matures atau serotinus yaitu pengeluaran buah kehamilan setelah 42 minggu. Risiko: plasenta mengalami insufisiensi, cairan ketuban berkurang, dan bayi dapat mengalami gawat janin.

B. Ketuban Pecah Dini

1. Pengertian

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum timbul tanda-tanda persalinan. Menurut WHO (2024), KPD merupakan salah satu komplikasi obstetri yang berkontribusi terhadap persalinan preterm dan meningkatkan risiko infeksi intrauterin serta morbiditas neonatal. Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut periode laten atau dengan sebutan Lag Period. Ada beberapa perhitungan yang mengukur Lag Period, diantaranya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatas 6 jam setelah ketuban pecah. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi pada ibu dan juga bayi.

2. Etiologi

Ketuban pecah dini merupakan kondisi multifaktorial yang dipengaruhi oleh faktor maternal, janin, maupun lingkungan. Salah satu penyebab utama adalah infeksi intrauterin dan saluran reproduksi, yang dapat melemahkan membran ketuban melalui proses inflamasi dan degradasi kolagen. Infeksi bakteri seperti *Gardnerella vaginalis* dan *Ureaplasma urealyticum* terbukti meningkatkan risiko KPD dengan memicu pelepasan enzim proteolitik yang merusak struktur membran amnion. Hal ini menjelaskan mengapa riwayat keputihan atau infeksi genital sering menjadi faktor predisposisi pada kasus KPD (Putri et al., 2025). Selain infeksi, faktor mekanis juga berperan penting. Tekanan intrauterin yang berlebihan akibat polihidramnion atau kehamilan ganda (gemelli) dapat menyebabkan distensi rahim yang berlebihan sehingga membran ketuban menjadi tipis dan rapuh. Kondisi malpresentasi janin, seperti letak sungsang atau lintang, turut meningkatkan tekanan abnormal pada segmen bawah rahim sehingga mempercepat robekan ketuban (Kusuma et al., 2024). Faktor maternal seperti usia ibu ekstrem (35 tahun), multiparitas, dan riwayat KPD sebelumnya juga terbukti meningkatkan risiko. Multiparitas sering dikaitkan dengan kelemahan serviks akibat persalinan sebelumnya, sedangkan usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua berhubungan dengan kualitas jaringan ikat yang kurang optimal. Selain itu, kebiasaan merokok dan status gizi rendah dapat menurunkan kadar kolagen serta elastisitas membran ketuban, sehingga lebih mudah pecah sebelum waktunya (WHO, 2024). Faktor hematologis dan imunologis juga tidak dapat diabaikan. Anemia pada kehamilan, khususnya anemia defisiensi besi, menyebabkan berkurangnya suplai oksigen ke jaringan ketuban sehingga meningkatkan kerentanan membran. Sementara itu, inkompatibilitas rhesus dapat memicu reaksi imunologis yang berdampak pada integritas membran amnion. Kedua kondisi ini semakin memperbesar risiko terjadinya KPD pada ibu hamil (POGI, 2024). Dengan demikian, etiologi KPD bersifat kompleks dan melibatkan interaksi antara faktor infeksi, mekanis, maternal, serta hematologis. Pemahaman menyeluruh terhadap faktor-faktor ini sangat penting untuk mendukung upaya pencegahan dan penatalaksanaan berbasis evidence di layanan kebidanan (Goldenberg et al., 2025). Menurut (Syaifudin, 2020) faktor yang menyebabkan kejadian ketuban pecah dini antara lain:

- a. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban yang bisa menyebabkan terjadinya KPD.

- b. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka karena kelainan pada servik uteri akibat persalinan atau curetage.
- c. Tekanan intra uterine yang meningkat secara berlebihan Tekanan intra uterine yang meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya:
- 1) Pada kehamilan Gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan, hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.
 - 2) Hasil penelitian yang dilakukan (Barokah & Agustina, 2022) mengenai penyebab kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin bahwa kejadian KPD mayoritas pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun, umur kehamilan \geq 37 minggu, pembesaran uterus normal dan letak janin presentasi kepala.
 - 3) Kelainan Letak Hubungan kelainan letak adalah lebih dominan pada kelainan letak sungsang karena pada letak sungsang posisi janin berbalik, kepala berada dalam ruangan yang besar yaitu di fundus uteri, sedangkan bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar di paksa untuk menempati ruang yang kecil yaitu di segmen bawah rahim, sehingga dapat membuat ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri dan ketegangan rahim meningkat, sedangkan letak lintang bagian terendah adalah bahu sehingga tidak dapat menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah maupun pembukaan servik (Nkwabong dkk., 2023).
 - 4) Faktor Golongan Darah Inkompatibilitas rhesus dapat terjadi jika ibu yang bergolongan darah rhesus negatif mengandung janin yang bergolongan darah rhesus positif, perbedaan golongan darah ini terjadi akibat ayah memiliki golongan darah rhesus positif. Inkompatibilitas rhesus jarang terjadi pada kehamilan pertama. Hal ini karena ibu hamil dengan rhesus negatif baru membentuk antibodi terhadap rhesus positif setelah kehamilan pertama. Oleh karena itu, anak pertama ibu dengan kondisi ini umumnya terlahir normal. Sedangkan pada kehamilan kedua dan seterusnya, antibodi yang sudah terbentuk dalam tubuh ibu akan menyerang darah bayi dengan golongan rhesus positif, hal ini menyebabkan sel sel darah bayi hancur (tutik

dkk., 2023).

- 5) Infeksi lokal pada saluran kelamin: infeksi saluran kemih (Arif & Kurnia, 2021).
- 6) Faktor sosial seperti: peminum minuman keras dan keadaan sosial ekonomi rendah (Barokah & Agustina, 2022). Terdapat sefalopelvik disproporsi yaitu kepala janin belum masuk pintu atas panggul dan kelainan letak janin, sehingga ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri yang dominan (Arif & Kurnia, 2021).
- 7) Anemia Menurut hasil penelitian Puspitasari (2021) bahwa mayoritas responden tidak mengalami anemia pada kelompok kasus 53 orang (47,3%) dan pada kelompok kasus ada 28 orang (25%) disimpulkan ada hubungan anemia dengan kejadian KPD. Anemia pada kehamilan menyebabkan berkurangnya massa hemoglobin di dalam jaringan sehingga tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen keseluruh tubuh. Kurangnya oksigen terutama jaringan ketuban akibatnya menimbulkan kerapuhan pada selaput ketuban.

3. Patofisiologi

Pecahnya selaput ketuban disebabkan oleh hilangnya elastisitas pada daerah tepi robekan selaput ketuban. Hilangnya elastisitas selaput ketuban ini sangat erat kaitannya dengan jaringan kolagen, yang dapat terjadi karena penipisan oleh infeksi atau rendahnya kadar kolagen. Kolagen pada selaput terdapat pada amnion di daerah lapisan kompakta, fibroblas serta pada korion di daerah lapisan retikuler atau trofoblas (Para dkk., 2020). Selaput ketuban pecah karena adanya perubahan biokimia dan struktural pada membran amnion dan korion yang menyebabkan kelemahan jaringan. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa proses ini berkaitan dengan degradasi kolagen, peningkatan aktivitas enzim proteolitik (seperti matrix metalloproteinases / MMPs), serta perubahan jumlah dan fungsi sel fibroblas. Ketidakseimbangan antara sintesis dan katabolisme kolagen membuat membran kehilangan elastisitas dan kekuatan mekanis, sehingga lebih mudah robek sebelum waktunya (Goldenberg et al., 2025). Zona kelemahan pada membran ketuban kini dikenal sebagai "*focal zone of altered morphology*", yaitu area dengan perubahan ekstrem pada struktur sel dan matriks ekstraseluler. Studi klinis tahun 2025 menegaskan bahwa zona ini merupakan titik paling rentan terhadap pecahnya ketuban, terutama bila disertai infeksi intrauterin yang memicu pelepasan sitokin

proinflamasi (IL-6, TNF- α) dan meningkatkan kerusakan jaringan (Putri et al., 2025). Selain faktor biokimia, stres oksidatif juga berperan dalam mempercepat kerusakan membran. Produksi radikal bebas yang berlebihan pada ibu dengan anemia, malnutrisi, atau kebiasaan merokok dapat memperburuk degradasi kolagen dan mempercepat terjadinya KPD. Hal ini menjelaskan mengapa faktor maternal dan lingkungan sangat berpengaruh terhadap integritas membran ketuban (Kusuma et al., 2025). Dengan demikian, patofisiologi KPD pada literatur terbaru menekankan interaksi antara perubahan biokimia (kolagen dan enzim), inflamasi, serta stres oksidatif, yang bersama-sama menciptakan zona kelemahan pada membran ketuban hingga akhirnya pecah sebelum waktunya (Indonesian Journal of Health Science, 2025).

4. Tanda dan Gejala

KPD umumnya ditandai dengan keluarnya cairan dari vagina secara terus-menerus yang tidak dapat dikendalikan oleh ibu. Cairan ini biasanya berwarna jernih atau agak pucat, berbau manis khas, dan berbeda dengan urine. Pada sebagian kasus, cairan dapat keluar deras atau hanya berupa rembesan, namun tetap berlanjut hingga persalinan. Kondisi ini menjadi tanda klinis utama yang membedakan KPD dari keluhan keputihan biasa (Putri et al., 2025). Selain keluarnya cairan, gejala infeksi intrauterine sering menyertai KPD, terutama bila periode laten berlangsung lama. Gejala tersebut meliputi demam, nyeri perut, peningkatan denyut jantung ibu, serta takikardia janin. Infeksi yang tidak segera ditangani dapat berkembang menjadi korioamnionitis atau sepsis neonatorum. Oleh karena itu, pemantauan suhu tubuh ibu dan denyut jantung janin menjadi indikator penting dalam deteksi dini komplikasi (Goldenberg et al., 2025). Gejala lain yang dapat muncul adalah perubahan warna cairan ketuban. Cairan yang awalnya jernih dapat berubah menjadi kehijauan bila bercampur dengan mekonium, atau berbau menyengat bila terjadi infeksi. Pada beberapa kasus, ibu juga melaporkan adanya bercak darah dari vagina, yang dapat menandakan adanya trauma atau infeksi yang lebih berat. Pemeriksaan penunjang seperti tes nitrazin, ferning test, dan pemeriksaan USG sangat membantu dalam memastikan bahwa cairan tersebut benar-benar ketuban (Kusuma et al., 2025). Dengan demikian, tanda dan gejala KPD tidak hanya berupa keluarnya cairan dari vagina, tetapi juga meliputi indikasi infeksi sistemik dan perubahan karakteristik cairan ketuban. Pemahaman menyeluruh terhadap gejala ini sangat penting agar tenaga kesehatan dapat segera melakukan intervensi yang tepat untuk mencegah

komplikasi lebih lanjut (Indonesian Journal of Health Science, 2025).

5. Faktor yang Mempengaruhi Ketuban Pecah Dini

Berikut adalah data faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini (KPD), diantaranya:

a. Usia

Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan maupun menghadapi persalinan. Usia reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20–35 tahun. Di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan dan persalinan. Usia yang terlalu muda maupun terlalu tua dapat mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya mengalami penurunan fungsi dan elastisitas sehingga lebih rentan terhadap komplikasi termasuk KPD (Rahardjo & Tunjungsari, 2025).

b. Paritas

Paritas merupakan banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Pembagian paritas yaitu primipara, multipara, dan grande multipara. Kehamilan yang terlalu sering (multipara atau grande multipara) dapat mempengaruhi proses embriogenesis, menyebabkan selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya. Semakin banyak paritas, semakin tinggi risiko infeksi amnion akibat kerusakan serviks dari persalinan sebelumnya. KPD lebih sering terjadi pada multipara karena penurunan fungsi reproduksi, berkurangnya jaringan ikat, vaskularisasi, serta serviks yang sudah mengalami perubahan akibat persalinan terdahulu (Wardani dkk., 2024).

c. Anemia

Anemia pada kehamilan terutama disebabkan oleh kekurangan zat besi. Setiap kehamilan akan mengurangi cadangan zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan terjadi hemodilusi dengan peningkatan volume plasma 30–40% yang puncaknya pada usia kehamilan 32–34 minggu. Ibu hamil dengan anemia biasanya menunjukkan gejala lemas, pucat, cepat lelah, dan mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah minimal dilakukan 2 kali selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Anemia terbukti meningkatkan risiko KPD karena gangguan metabolisme jaringan dan kelemahan membran ketuban (Rahardjo & Tunjungsari, 2025).

d. Perilaku Merokok

Merokok selama kehamilan meningkatkan risiko KPD karena zat toksik dalam rokok dapat mengganggu vaskularisasi plasenta dan mempercepat degenerasi membran ketuban (Wardani dkk., 2024).

e. Riwayat KPD

Ibu dengan riwayat KPD sebelumnya memiliki risiko lebih tinggi mengalami KPD pada kehamilan berikutnya (Rahardjo & Tunjungsari, 2025).

f. Servik yang Inkompensik

Inkompetensi serviks akibat trauma persalinan atau tindakan kuretase meningkatkan risiko KPD karena kelemahan struktur serviks (Wardani dkk., 2024).

g. Tekanan Intra Uterine

Tekanan intrauterine yang meningkat akibat polihidramnion, gemeli, atau trauma dapat menyebabkan ketuban pecah sebelum waktunya (Rahardjo & Tunjungsari, 2025).

h. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan Laboratorium (tutik dkk., 2023).
- 2) Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau, dan pH. Secret vagina ibu hamil memiliki pH 4–5, sedangkan air ketuban memiliki pH 7–7,5. Tes nitrazin dan tes pakis masih digunakan sebagai pemeriksaan standar, namun saat ini pemeriksaan biomarker seperti IGFBP-1 (Insulin-like Growth Factor Binding Protein-1) dan PAMG-1 (Placental Alpha Microglobulin-1) lebih direkomendasikan karena sensitivitas dan spesifisitas lebih tinggi (Wardani dkk., 2024).
- 3) Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). Ph air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.
- 4) Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas obyektif dan dibiarkan kering. menunjukkan gambaran daun pakis.
- 5) Pemeriksaan USG

USG digunakan untuk menilai jumlah cairan ketuban, mendeteksi oligohidramnion, serta memperkirakan usia kehamilan melalui pengukuran diameter biparietal dan lingkaran kepala janin. Sonografi juga dapat mengidentifikasi kehamilan ganda, anomali janin, serta lokasi kantong cairan

amnion. Pemeriksaan USG tetap menjadi standar dalam diagnosis KPD (Rahardjo & Tunjungsari, 2025).

- 6) Pengukuran diameter biparietal, sirkumferensia tubuh janin, dan panjangnya lender memperkirakan umur kehamilan. Diameter biparietal lebih besar dari 9,2 cm pada pasien non diabetes atau plasenta taingkat III biasanya berhubungan dengan maturitas paru janin.
- 7) Sonografi dapat mengidentifikasi kehamilan ganda, anomali janin, atau melokalisasi kantong cairan amnion pada aminosintesis. Hitung darah lengkap dengan apusan darah. Leukositosis >16.000 tanpa persalinan menunjukkan adanya infeksi intrauterine. Pemeriksaan ini tetap relevan sebagai indikator adanya komplikasi KPD (Wardani dkk., 2024).
- 8) Faktor risiko lain yang berhubungan dengan KPD adalah riwayat persalinan preterm, haemorrhage antepartum, keputihan, inkompetensi serviks akibat persalinan dan tindakan kuretase, pH vagina di atas 4,5, overdistensi uterus akibat trauma, seperti pasca senggama dan pemeriksaan dalam, polihidramnion, gemeli, defisiensi gizi, ukuran serviks yang pendek, perdarahan trimester kedua dan ketiga, indeks massa tubuh rendah, status sosial ekonomi rendah, merokok, dan penggunaan obat-obat terlarang.
- 9) Amniosentesis

Cairan amnion dapat dikirim ke laboratorium untuk evaluasi kematangan paru janin (rasio L / S: Fosfatidilgliserol; Fosfatidilkolin jenuh). Pewarna gram dan hitting koloni kuantitatif membuktikan adanya infeksi intrauterine. Pemantauan janin. Membantu dalam evaluasi janin (NST, gerakan janin).
 Proten C reaktif : peningkatan Proten C-reaktif serum menunjukkan peringatan awal korioamnionitis (Sénat dkk., 2022).

6. Penatalaksanaan

Penanganan Ketuban Pecah Dini (KPD) memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada kehamilan ibu dan janin, serta adanya tanda-tanda persalinan. Ketuban Pecah Dini dengan Kehamilan Aterm Penatalaksanaan KPD aterm meliputi pemberian antibiotik profilaksis (ampicillin atau kombinasi dengan eritromisin), observasi suhu tubuh, serta induksi persalinan bila tidak ada tanda inpartu setelah 12 jam. Regimen antibiotik terbaru tetap mengacu pada kombinasi ampicillin dan eritromisin intravena diikuti amoksisilin dan eritromisin oral selama 7 hari (Rahardjo & Tunjungsari, 2025). Diberikan antibiotika profilaksis, Ampicillin 4 x 500 mg

selama 7 hari. Observasi temperature setiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan 37,6 C, segera dilakukan terminasi. Bila temperature tidak meningkat, dilakukan observasi selama 12 jam. Setelah 12 jam bila belum ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi. Batasi pemeriksaan dalam, dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetrik. Bila dilakukan terminasi, lakukan evaluasi Pelvic Score (PS) : Bila $PS \geq 5$, dilakukan induksi dengan oksitosin drip. (2) Bila $PS > 5$, dilakukan pematangan serviks dengan Misoprostol 50 μ gr tiap 6 jam per oral maksimal 4 kali pemberian.

Menurut (Wolf dkk., 2020) Semua pasien dengan ketuban pecah dini yang dicurigai terkena infeksi harus diberikan terapi antibiotik atau profilaksis antibiotik. Regimen antibiotik yang paling baik digunakan dalam studi NICHD Maternal-Fetal Medicine Units. Diberikan ampicillin intravena (2g IV) setiap 2 gr /6 jam dan eritromisin (250 mg IV) dalam 48 jam pertama, diikuti oleh Amiksisilin (500 mg PO) dan Eritromisin (150 mg PO)2x sehari selama 7 hari.

Menurut penelitian (Sénat dkk., 2022) Kasus ketuban pecah dini sebelum persalinan tidak dianjurkan dilakukan di RS tipe C, ketuban pecah dini 12 jam di anjurkan untuk diberikan antibiotic profilaksis (grade C). Induksi persalinan dapat dilakukan setelah diberikan antibiotik.

Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan Kehamilan Preterm, Pada kehamilan kurang 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tidak baring, diberikan sedatif berupa fenobarbital 3 x 30 mg. Berikan antibiotik selama 5 hari dan glukokortikosteroid, seperti deksametason 3 x 5 mg selama 2 hari. Berikan pula tokolisis, apabila terjadi infeksi maka akhiri kehamilan. Pada kehamilan 33-35 minggu, lakukan terapi konservatif selama 24 jam kemudian induksi persalinan. Pada kehamilan lebih dari 36 minggu dan ada his maka pimpin meneran dan apabila tidak ada his maka lakukan induksi persalinan. Apabila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan pembukaan kurang dari 5 cm atau ketuban pecah lebih dari 5 jam pembukaan kurang dari 5 cm (tutik dkk., 2023).

Pada kehamilan (<32 minggu) dilakukan tindakan konservatif dengan tirah baring, antibiotik, kortikosteroid untuk maturasi paru, serta tokolisis bila diperlukan. Pada usia 33–35 minggu dilakukan terapi konservatif 24 jam kemudian induksi persalinan. Pada usia >36 minggu dilakukan induksi bila tidak ada his. Prinsip ini masih digunakan dalam pedoman terbaru (Wardani dkk., 2024).

BAB III
TINJAUAN KASUS

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN
MATERNAL PERSALINAN PADA NY. S USIA 26 TAHUN G2P0A1 USIA
KEHAMILAN 31 MINGGU 4 HARI DENGAN KALA I FASE AKTIF DAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RSUD RAA TJOKRONEGORO**

Tanggal Pengkajian : 31 Desember 2025
Jam Pengkajian : 09.00 WIB
Pengkajian Oleh : Anis Safira
Ruang : VK

A. Data Subjektif

1. Biodata

a. Nama Istri	: Ny. S	Nama Suami	: Tn. A
b. Umur	: 26 tahun	Umur	: 27 tahun
c. Agama	: Islam	Agama	: Islam
d. Suku Bangsa	: Jawa	Suku Bangsa	: Jawa
e. Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
f. Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan	: Buruh Harian
g. Telepon	: 08128862xxxx		
h. Alamat	: Kemiri Kidul RT002/RW001, Kecamatan Kemiri		

2. Alasan Kunjungan

Ibu datang ke RSUD RAA Tjokronegoro pada pukul 08.30 WIB mengatakan keluar cairan banyak dari jalan lahir sejak 31 Desember 2025 pukul 02.00 WIB.

3. Keluhan

Ibu mengeluh kencing-kencing hilang timbul.

4. Riwayat Menstruasi

a. Menarche	: 12 tahun
b. Siklus	: 28 hari, teratur
c. Banyak	: 1-2 kali ganti pembalut/hari
d. Lama	: 4-5 hari

e. Warna : Merah segar

f. Dismenore : Tidak ada

5. Riwayat Pernikahan

Ibu mengatakan menikah 1 kali pada tahun 2024 pada usia 25 tahun dan suami berusia 26 tahun, sah secara agama maupun negara, usia pernikahan saat ini sudah 1 tahun.

6. Riwayat Obstetri

HPHT : 24 Mei 2025

HPL : 03 Maret 2026

Usia Kehamilan : 31 Minggu 4 Hari

G2P0A1Ah0

7. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang Lalu

a. Hamil anak pertama pada tahun 2024, Abortus.

b. Hamil anak kedua pada Mei 2025 (Hamil ini).

8. Riwayat Kehamilan dan Persalinan Sekarang

Ibu mengatakan selama kehamilan ini sudah melakukan kunjungan ANC di Puskesmas Kemiri sebanyak 4 kali.

TM I : Ibu mengatakan pada kehamilan trimester I mengeluh mual

TM II : Ibu mengatakan pada kehamilan trimester II tidak ada keluhan

TM III : Ibu mengatakan pada kehamilan trimester III tidak ada keluhan

9. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun.

10. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Makan :

Ibu mengatakan frekuensi makan dengan porsi 1 piring sebanyak 2 kali/hari, jenis makanan yang dikonsumsi yaitu nasi, lauk pauk, sayuran. Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

Minum :

Ibu mengatakan frekuensi minum dengan porsi 1 gelas sebanyak 7-8 gelas/hari, jenis air yang diminum yaitu air mineral. Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

b. Pola Istirahat

Ibu mengatakan selama hamil tidur siang 30 menit-1 jam, tidur malam sekitar 6-7 jam.

c. Pola Aktivitas

Ibu mengatakan aktivitasnya melakukan aktivitas rumah tangga, namun selama hamil ini mengurangi kerja berat dan terkadang dibantu oleh suami.

d. Pola Eliminasi

BAB :

Ibu mengatakan frekuensi BAB sebanyak 1 kali/hari dengan konsistensi feses lembek dan berwarna kecoklatan, baunya khas dan tidak ada keluhan.

BAK :

Ibu mengatakan frekuensi BAK sebanyak 5-6 kali/hari dengan konsistensi urine cair dan berwarna jernih, baunya khas dan tidak ada keluhan.

e. Personal Hygiene

Ibu mengatakan mandi 2 kali/hari, gosok gigi 3 kali/hari, ganti pakaian dalam 2 kali/hari, keramas 3 kali/minggu.

f. Pola Seksualitas

Tidak dilakukan pengkajian.

g. Pola Menyusui

Ibu mengatakan belum memiliki pengalaman menyusui.

h. Pola Kebiasaan Sehari-hari

Ibu mengatakan kebiasaan sehari-hari yaitu melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, menyapu, mencuci, dll.

11. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit yang pernah diderita oleh ibu dan suami

Ibu mengatakan bahwa dirinya dan suami tidak memiliki riwayat, tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit menular (Hepatitis, TBC, HIV/AIDS, dll), menurun (Asma, DM, 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, DM, Hipertensi, dll) dan menahun (Jantung, Ginjal, dll).

c. Riwayat keturunan kembar

Ibu mengatakan tidak memiliki keturunan kembar.

12. Riwayat Psikososial dan Spiritual

a. Penerimaan keluarga terhadap kelahiran

Ibu mengatakan suami dan keluarganya sangat menanti kelahiran bayinya.

b. Hubungan sosial

Ibu mengatakan memiliki hubungan yang baik dengan tetangga dan lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

c. Pemberian ASI

Ibu mengatakan akan memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama dan akan dilanjutkan hingga anaknya berusia 2 tahun.

d. Perawatan bayi

Ibu mengatakan masih tinggal bersama kedua orangtuanya, untuk perawatan bayinya akan dibantu oleh suami dan ibu kandungnya.

e. Kegiatan spiritual

Ibu mengatakan menunaikan sholat serta menjalankan ibadah wajib lainnya serta tidak ada tradisi atau ritual keagamaan yang membahayakan ibu dan bayinya.

13. Keadaan Lingkungan

Ibu mengatakan bahwa suaminya merokok, keluarga tidak mengonsumsi minuman keras dan jamu-jamuan, lingkungan sekitarnya aman, bersih, nyaman serta tidak ada hewan peliharaan.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| a. Keadaan Umum | : Baik |
| b. Kesadaran | : Composmentis |
| c. Tanda Vital | |
| Tekanan Darah | : 118/89 mmHg |
| Nadi | : 88 kali/menit |
| Pernapasan | : 22 kali/menit |
| Suhu | : 36,6°C |
| d. BB Sebelum Hamil | : 48 kg |
| e. BB sekarang | : 60 kg |
| f. Tinggi Badan | : 152 cm |
| g. LILA | : 25 cm |
| h. IMT | : 20,78 kg/m ² |

2. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

- | | |
|-----------|---|
| a. Kepala | : Mesesefal, rambut hitam, bersih, tidak ada ketombe, tidak rontok dan tidak ada benjolan yang abnormal |
|-----------|---|

- b. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ada pelebaran vena jugularis
- c. Wajah : Tidak pucat, tidak ada edema, tidak ada bekas luka
- d. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ikterik, tidak ada kelainan strabismus
- e. Telinga : Simetris, terdapat dua lubang telinga, tidak ada pengeluaran cairan berlebih
- f. Hidung : Simetris, terdapat dua lubang hidung, bersih, tidak ada polip
- g. Mulut : Mukosa bibir lembab, tidak pucat, tidak pecah-pecah, tidak ada kelainan labioskizis maupun labiopalatoskizis
- h. Payudara : Simetris, puting susu menonjol, aerola hiperpigmentasi, tidak ada benjolan abnormal, terdapat pengeluaran kolostrum
- i. Abdomen : LI : TFU 3 jari dibawah px, teraba bokong
 LII : Pada perut sebelah kiri teraba ekstremitas janin, pada perut sebelah kanan ibu teraba memanjang yaitu punggung janin
 LIII : Teraba kelapa, tidak dapat digoyangkan
 LIV : Posisi tangan pemeriksa divergen
 TFU : 26 cm
 TBJ : $(26-11) \times 155 = 2325$ gram
 DJJ : 146 kali/menit
- j. Ekstremitas Atas : Simetris, kuku tidak pucat dan tidak panjang
- k. Ekstremitas Bawah : Simetris, tidak ada edema, tidak ada varises, kuku tidak pucat dan tidak panjang
- l. Genetalia : Tidak ada edema, tidak ada varises, v/u tenang, dinding vagina teraba licin, portio tipis lunak, pembukaan 4 cm, kepala turun di Hodge II, preskep, UUK di jam 1, tidak ada bagian janin yang menumbung, STLD (+), selket (-), AK (+)



m. Anus : Tidak ada hemoroid

3. Pemeriksaan Penunjang

- a. Hemoglobin : 12,3 gr%
- b. Hematokrit : 32,2%
- c. Leukosit : $10,8 \cdot 10^3/\text{uL}$
- d. Trombosit : $239 \cdot 10^3/\text{uL}$
- e. Gula Darah Sewaktu : 102 mg/dl
- f. HBsAg : Non-reaktif

C. Analisa

Ny. S Usia 26 Tahun G2P0A1 Umur Kehamilan 31 Minggu 4 Hari dengan Kala I Fase Aktif dan Ketuban Pecah Dini (KPD)

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan saat ini, ibu dan janin hasilnya dalam keadaan baik, pembukaan 4 cm, presentasi kepala, tidak ada bagian janin yang menumbung, terdapat lendir darah dan terdapat pengeluaran air ketuban.
Evaluasi : Ibu mengerti yang disampaikan bidan
2. Meminta suami atau keluarga untuk memberikan makan/minum kepada ibu.
Evaluasi : Suami atau keluarga yang mendampingi bersedia untuk memberi makan/minum sesuai dengan permintaan ibu
3. Mengajarkan ibu untuk berbaring menghadap ke kiri agar bayi mendapatkan oksigen yang cukup dan membantu mempercepat kemajuan persalinan.
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia untuk menghadap ke kiri
4. Mengajarkan dan menganjurkan ibu untuk selalu mengatur pernafasannya apabila terasa mulas, jangan panik dan selalu mengucapkan istighfar serta selalu mengingat Allah.
Evaluasi : Ibu mengerti dan sudah melakukan anjuran yang telah diberikan dengan baik dan benar
5. Kolaborasi dengan Dokter SpOG, advice dokter :
 - a. Lakukan pemeriksaan Cardiotocography (CTG)
 - b. Pasang infus RL 20 tetes/menit
 - c. Injeksi Ampicillin 1 gram/8 jam secara IV
 - d. Terapi Amoxicillin 500 mg secara oral
 - e. Injeksi Dexamethasoen secara IV
 - f. Pemberian O₂ 3 liter/menit

g. Evaluasi 4 jam

Evaluasi : Advice diterima, tindakan telah dilakukan

6. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Pendokumentasian telah dilakukan

Catatan Perkembangan Persalinan I

Tanggal Pengkajian : 31 Desember 2025

Jam Pengkajian : 13.00 WIB

Pengkajian Oleh : Anis Safira

Ruang : VK

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan mulesnya semakin sering dan kuat.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda Vital

Tekanan Darah : 119/72 mmHg

Nadi : 86 kali/menit

Pernapasan : 18 kali/menit

Suhu : 36,7°C

2. Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen : Kandung kemih kosong, penurunan kepala 2/5, DJJ 145 kali/menit, regular, His 3x10'35-40"

b. Genitalia : Tampak pengeluaran lendir darah

c. Pemeriksaan dalam : V/u tenang, dinding vagina licin, portio tipis, pembukaan 7 cm, air ketuban (+), presentasi kepala, kepala di Hodge III, STLD (+)

C. Analisa

Ny. S Usia 26 Tahun G2P0A1 Umur Kehamilan 31 Minggu 4 Hari dengan Kala I Fase Aktif dan Ketuban Pecah Dini (KPD)

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin baik, pembukaan 7 cm.
Evaluasi : Ibu mengerti yang disampaikan bidan
2. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum diantara kontraksi.
Evaluasi : Ibu sudah makan beberapa sendok nasi, lauk dan minum air putih
3. Menganjurkan ibu untuk posisi miring ke kiri untuk membantu mempercepat pembukaan.
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia miring kiri
4. Memberitahu ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB.
Evaluasi : Ibu mengerti dan belum ingin BAK
5. Mengajarkan teknik relaksasi disaat ada kontraksi, yaitu mengambil napas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut.
Evaluasi : Ibu mengerti yang disampaikan bidan dan sudah melakukannya
6. Memantau kesejahteraan ibu dan janin seperti pemantauan tekanan darah, suhu, nadi, respirasi, pemantauan DJJ, kontraksi, pembukaan.
Evaluasi : Hasil terlampir pada lembar observasi.

Catatan Perkembangan Persalinan II

Tanggal Pengkajian : 31 Desember 2025
 Jam Pengkajian : 14.00 WIB
 Pengkajian Oleh : Anis Safira
 Ruang : VK

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan ada rasa ingin BAB dan ingin mengejan, pengeluaran lendir darah semakin banyak.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum
 - a. Keadaan Umum : Baik
 - b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda Vital

Tekanan Darah	: 112/82 mmHg
Nadi	: 78 kali/menit
Pernapasan	: 18 kali/menit
Suhu	: 36,7°C

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Abdomen : Kontraksi 4x10'45", DJJ 148 kali/menit
- b. Genetalia : Vulva dan vagina tidak ada kelainan, terdapat dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka
- c. Pemeriksaan dalam : v/u tenang pembukaan 10 cm, ketuban (-), presentasi kepala, hodge IV

C. Analisa

Ny. S Usia 26 Tahun G2P0A1 Umur Kehamilan 31 Minggu 4 Hari dengan Inpartu Kala II

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.
Evaluasi : Ibu mengerti dengan keadaanya
2. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman dan sesuai keinginannya serta memberitahu ibu akan dilakukan pimpinan meneran jika sudah ada rasa dorongan kuat untuk meneran.
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia dengan tindakan yang dijelaskan oleh bidan
3. Menganjurkan kepada suami untuk memberikan dukungan dan semangat pada ibu saat ibu meneran dan menjelaskan kepada suami untuk diberikan makan atau minum di sela-sela kontraksi.
Evaluasi : Suami mengerti dan bersedia untuk memberikan dukungan dan semangat kepada ibu saat meneran serta memberikan makan atau minum di sela-sela kontraksi
4. Memberitahu ibu bahwa akan segera dilakukan pertolongan kelahiran bayi.
Evaluasi : Bayi lahir tanggal 31 Desember 2025 pukul 14.35 WIB jenis kelamin laki-laki
5. Melakukan pendokumentasian.
Evaluasi : Pendokumentasian telah dilakukan

Catatan Perkembangan Persalinan III

Tanggal Pengkajian : 31 Desember 2025

Jam Pengkajian : 14.36 WIB

Pengkajian Oleh : Anis Safira

Ruang : VK

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules, nyeri dibagian jalan lahir dan senang atas kelahiran bayinya.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda Vital
 - Tekanan Darah : 114/94 mmHg
 - Nadi : 78 kali/menit
 - Pernapasan : 18 kali/menit
 - Suhu : 36,7°C

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Abdomen : Uterus globular, TFU setinggi pusat
- b. Genitalia : Tampak tali pusat di vagina

C. Analisa

Ny. S Usia 26 Tahun P1A1 dengan Inpartu Kala III

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus berkontraksi baik, pemotongan dan pengikatan tali pusat, dilakukan inisiasi menyusui dini (IMD), pertolongan mengeluarkan plasenta serta segera setelah plasenta lahir lakukan massase uterus.

Evaluasi : Semua tindakan telah dilakukan dan plasenta lahir pukul 14.40 WIB

2. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan penjahitan pada vagina dan perineum ibu, dikarenakan ada robekan dari mukosa vagina hingga otot perineum.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia dilakukan penjahitan

3. Mengajarkan ibu cara massase uterus dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi yaitu fundus teraba keras.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan oleh bidan

4. Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi : Pendokumentasian telah dilakukan

Catatan Perkembangan Persalinan IV

Tanggal Pengkajian : 31 Desember 2025
 Jam Pengkajian : 14.40 WIB
 Pengkajian Oleh : Anis Safira
 Ruang : VK

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda Vital
 - Tekanan Darah : 116/88 mmHg
 - Nadi : 82 kali/menit
 - Pernapasan : 18 kali/menit
 - Suhu : 36,7°C

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Tidak pucat, tidak ada edema
- b. Abdomen : TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik dan teraba keras, kandung kemih teraba kosong
- c. Genetalia : Terdapat perdarahan \pm 40 ml, terdapat laserasi derajat II

C. Analisa

Ny. S Usia 26 Tahun P1A1 dengan Inpartu Kala IV

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa akan membersihkan badan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dan memakaikan pembalut serta mengganti pakaian atau kain yang kotor dengan yang bersih.

Evaluasi ; Ibu bersedia dan kondisi tubuh ibu sudah bersih dari darah serta ibu sudah menggunakan pembalut

2. Menganjurkan suami atau keluarga untuk memberi ibu makanan atau minuman yang diinginkan sebagai menggantikan cairan yang hilang selama persalinan.

Evaluasi : Suami mengerti dan bersedia memberikan ibu makanan atau minuman

3. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan observasi tekanan darah, nadi, perdarahan, kontraksi uterus dan kandung kemih selama 2 jam yaitu tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui akan dilakukan observasi selama 2 jam

4. Memberitahu ibu bahwa akan memberikan salep mata untuk mencegah infeksi, vitamin K1 dengan dosis 1 mg/IM di paha kiri bawah lateral untuk mencegah perdarahan di otak bayi dan satu jam kemudian akan dilakukan pemberian imunisasi pertama yaitu Hepatitis B (HB0) di paha kanan bawah lateral untuk mencegah penyakit Hepatitis B.

Evaluasi : Ibu bersedia bahwa bayinya diberikan salep mata, suntikan vitamin K1 serta imunisasi Hepatitis B (HB0)

5. Memberikan ibu terapi obat Amoxicillin sebagai antibiotik, Asam Mefenamat sebagai anti nyeri serta Nonemil sebagai tablet tambah darah dan diminum setelah ibu makan.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia mengonsumsi terapi obat yang telah diberikan

6. Memberitahu ibu bahwa ibu akan dipindahkan ke ruangan Kasuari setelah 2 jam pasca tindakan.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

7. Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi : Pendokumentasian telah dilakukan

BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan kebidanan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal persalinan yang dilaksanakan tanggal 31 Desember 2025 di wilayah kerja RSUD RAA Tjokronegoro pada Ny. S usia 26 tahun G2P0A1 usia kehamilan 31 minggu 4 hari dengan kala I fase aktif dan ketuban pecah dini (KPD).

Berdasarkan data subjektif, didapatkan hasil anamnesa yang dilakukan pada Ny. S usia 26 tahun G2P0A1 dengan usia kehamilan 31 minggu 4 hari, ditemukan keluhan utama berupa keluarnya cairan dari vagina sejak beberapa jam sebelum masuk rumah sakit. Data subjektif menunjukkan ibu merasa cemas dan khawatir terhadap kondisi janin. Data objektif memperlihatkan cairan jernih keluar terus-menerus, suhu tubuh normal, denyut jantung janin (DJJ) 146 x/menit, dan tidak ada tanda-tanda infeksi sistemik.

Analisa kasus mengarah pada diagnosis ketuban pecah dini (KPD) preterm dengan risiko tinggi terhadap infeksi intrauterin dan persalinan prematur. Penatalaksanaan dilakukan secara konservatif dengan pemberian antibiotik profilaksis, kortikosteroid untuk maturasi paru janin, serta pemantauan tanda vital ibu dan janin secara ketat.

Kasus Ny. S selaras dengan teori bahwa KPD preterm meningkatkan risiko morbiditas neonatal melalui infeksi intrauterin dan gangguan pernapasan. Studi terbaru di Banda Aceh (Dari et al., 2025) menunjukkan prevalensi KPD pada kehamilan preterm mencapai 5–15% dari seluruh kehamilan, dengan dampak signifikan terhadap mortalitas perinatal. Hal ini sesuai dengan kondisi Ny. D yang mengalami KPD pada usia kehamilan 32 minggu, sehingga tindakan konservatif menjadi pilihan utama untuk memperpanjang usia gestasi dan menurunkan risiko komplikasi.

Selain itu, praktik terbaru dari American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2025) menekankan bahwa pada kasus preterm prelabor rupture of membranes (PPROM), pemberian antibiotik intravena diikuti terapi oral serta kortikosteroid merupakan standar penatalaksanaan. Hal ini sejalan dengan tindakan yang diberikan pada Ny. D, yaitu ampicillin intravena dilanjutkan dengan amoxicillin oral, serta pemberian dexamethason untuk maturasi paru janin.

Dari sisi neonatal, penelitian meta-analisis oleh Burstein et al. (2024) menegaskan bahwa bayi preterm dengan riwayat KPD memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan perkembangan neurologis dan keterlambatan tumbuh kembang. Oleh karena itu, intervensi

dini berupa perawatan intensif neonatal sangat diperlukan untuk menekan angka morbiditas.

Kondisi Ny. S juga sesuai dengan tinjauan terbaru oleh Gette et al. (2025) yang menekankan bahwa bayi preterm akibat KPD memiliki risiko jangka panjang berupa gangguan pernapasan kronis dan peningkatan kebutuhan perawatan kesehatan. Hal ini menegaskan pentingnya pendekatan evidence-based dalam penatalaksanaan KPD preterm. Dengan demikian, hasil observasi dan penatalaksanaan pada Ny. S konsisten dengan teori dan rekomendasi terkini (2024-2025), yang menekankan pentingnya antibiotik profilaksis, kortikosteroid, serta monitoring ketat untuk mencegah komplikasi maternal dan neonatal.

Kala I

Berdasarkan hasil pemeriksaan data subjektif diketahui ibu mengalami kencang-kencang dan keluar air dari jalan lahir sejak tanggal 31 Desember 2025 pukul 02.00 WIB. Berdasarkan hasil data objektif didapati hasil pembukaan 4 cm. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan >4 cm (fase aktif) KPD dapat terjadi saat usia kehamilan cukup bulan ataupun kurang bulan (Tahir, 2021). Menurut Izzaty (2021) pecahnya selaput ketuban saat usia kehamilan kurang bulan disebut dengan preterm premature rupture of membrane (PPROM).

Menurut Barikah & Agustina (2022) faktor penyebab KPD yaitu usia >35 tahun, multipara, anemia, riwayat KPD, gameli, faktor sosial seperti mengonsumsi minuman keras. Namun dari hasil pemeriksaan data subjektif diketahui usia ibu 33 tahun, ibu primigravida, tidak memiliki riwayat kehamilan kembar, hasil pemeriksaan Hb normal dan tidak mengonsumsi minuman beralkohol sehingga masih tidak diketahui penyebab terjadinya ketuban pecah dini (KPD) pada Ny. S.

Penatalaksanaan pada kala I ibu diberikan antibiotik berupa injeksi ampisilin 1gr/8 jam. Menurut (Wolf dkk., 2020) semua pasien dengan ketuban pecah dini yang dicurigai terkena infeksi harus diberikan terapi antibiotik atau profilaksis antibiotik. Regimen antibiotik yang paling baik digunakan dalam studi NICHD Maternal-Fetal Medicine Units. Pemberian ampisillin direkomendasikan pada kasus ketuban pecah dini.

Ibu dianjurkan untuk makan dan minum ketika tidak mengalami kontraksi. Menurut Resmana (2019) Ketika proses persalinan berlangsung, ibu memerlukan stamina dan kondisi tubuh yang prima. Metabolisme pada ibu bersalin akan mengalami peningkatan, hal tersebut diakibatkan terjadinya peningkatan kegiatan otot tubuh yang disertai dengan adanya kecemasan. Kegiatan otot tubuh ibu saat mengedan memerlukan energi yang optimal. Dengan energi yang optimal, ibu akan mendapatkan kekuatan atau energy yang

optimal pula. Energi yang dimiliki oleh ibu berasal dari asupan nutrisi dan hidrasi. Ibu bersalin yang memenuhi cairan dan nutrisi akan memiliki lebih banyak energi selama persalinan, sedangkan bila menghiraukan intake cairan dan nutrisi akan mempengaruhi keadaan ibu dan bayi saat persalinan.

Ny. S dianjurkan untuk miring kiri agar mempercepat kemajuan persalinan. Berdasarkan hasil penelitian Ijabah, dkk (2023) diketahui bahwa posisi miring kiri lebih efektif dalam percepatan kemajuan persalinan kala I fase aktif. Posisi miring kiri juga mempercepat penurunan kepala janin dan mempercepat proses kala II pada partus lama. Posisi miring kiri juga membuat ibu merasa lebih nyaman dan kontraksi uterus lebih efektif sehingga memudahkan ibu untuk mengejan.

Kala II

Pada kasus Ny. S mengalami kontraksi yang semakin lama semakin sering kemudian pembukaan lengkap. Ada dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, vulva membuka dan perineum menonjol. Menurut Anggreni (2022), pada kala II pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2–3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot panggul yang melalui lengkung refleks yang menimbulkan rasa mencedan. Oleh karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Kala II pada primi berlangsung 2 jam, dan pada multi 1 jam. Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. S tidak terdapat kesenjangan dengan teori karena kala II berlangsung selama 35 menit.

Kala III

Pada penatalaksanaan kala III dilakukan penyuntikan oksitosin. Manajemen aktif persalinan kala III merupakan intervensi yang direncanakan untuk mempercepat pelepasan plasenta dalam mencegah perdarahan post partum dengan meningkatkan kontraksi rahim sehingga menghindari terjadinya atonia uteri. Salah satu uterotonika yang sering diberikan pada ibu saat memasuki kala III adalah suntikan oksitosin. Hormon oksitosin diharapkan dapat merangsang uterus berkontraksi yang juga mempercepat pelepasan plasenta. Jika oksitosin tidak tersedia, merangsang puting payudara ibu dapat dilakukan atau menyusukan bayi guna menghasilkan oksitosin alamiah (Purwanti, 2023). Kala III dimulai setelah bayi lahir sampai lepasnya plasenta. Proses ini berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus menjadi bulat, tali pusat bertambah panjang dan terdapat semburan darah tiba-tiba.

Kala IV

Penatalaksanaan kala IV dilakukan pemantauan pada Ny. S selama 2 jam, 15 menit pada 1 jam pertama, dan 30 menit pada jam kedua. Menurut Seftia dkk (2020) pada Kala IV dilakukan pemantauan kontraksi uterus, perdarahan, nadi, tinggi fundus uterus, kontraksi uterus, kandung kemih pada 1 jam pertama dilakukan pemantauan setiap 15 menit dan pada jam kedua dilakukan pemantauan persalinan setiap 30 menit. Lamanya persalinan dari kala I sampai dengan kala IV berlangsung kurang lebih 4 jam.



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dalam kasus ini, kami memahami secara nyata tentang asuhan yang diberikan pada persalinan dengan ketuban pecah dini. Asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. S di RSUD RAA Tjokronegoro berjalan sesuai dengan *evidence based*. Selain itu dari kasus ini dapat kami simpulkan bahwa :

1. Dari anamnesa Ny. S, ibu mengatakan keluar air dari jalan lahir sejak 31 Desember 2025 pukul 02.00 WIB.
2. Dari hasil anamnesa dan pemeriksaan di dapatkan diagnosa Ny. S Usia 26 tahun G2P0A1 Umur Kehamilan 31 Minggu 4 Hari dengan Kala I Fase Aktif dan Ketuban Pecah Dini (KPD).
3. Penatalaksanaan tindakan Ny. S dengan KPD yaitu melakukan pemantauan kemajuan persalinan dan kolaborasi dengan dokter SpOG, pemberian injeksi Ampicillin 1 gram/8 jam untuk mencegah terjadinya infeksi, terapi oral Amoxicillin sebagai antibiotik dan injeksi Dexamethasone sebagai pematangan paru janin dan melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan prosedur APN.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat mempertahankan pelayanan yang sudah baik dan sesuai dengan standar asuhan kebidanan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal persalinan sehingga pasien merasa nyaman atas pelayanan yang diberikan dan dapat dijadikan contoh pembelajaran asuhan kebidanan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal persalinan yang sesuai standar bagi para mahasiswa dilahan praktik.

2. Bagi Profesi Bidan

Bidan sebagai tenaga kesehatan diharapkan mampu memberikan asuhan kebidanan yang sesuai dengan standar praktik dan wewenang bidan.

3. Bagi Institusi

Dapat terus memberikan motivasi dan evaluasi pada mahasiswa dalam memberikan bimbingan baik secara teori maupun praktik agar mahasiswa dapat memberikan pelayanan kebidanan sesuai standar sehingga dapat meluluskan alumni yang kompeten.

4. Bagi Klien

Dapat memberitahu lebih banyak informasi mengenai bahayanya persalinan preterm (<37 minggu) dengan ketuban pecah dini (KPD).



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2025). *Practice advisory on preterm prelabor rupture of membranes*. Washington, DC: ACOG. Retrieved from <https://www.acog.org>.
- Barokah, A., & Agustina, R. (2024). Hubungan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Kesehatan Maternal*, 8(2), 112–120.
- Barokah, L., & Agustina, S. A. (2022). Faktor Internal Kejadian Ketuban Pecah Dini di Kabupaten Kulonprogo. *Window of Health : Jurnal Kesehatan*, 108–115. Available at: <https://doi.org/10.33096/woh.vi.242>.
- Burstein, O., Aryeh, T., & Geva, R. (2024). Neonatal care and developmental outcomes following preterm birth: A systematic review and meta analysis. *Developmental Psychology*. Advance online publication. Available at: <https://doi.org/10.1037/dev0001844>.
- Dari, W., Bastian, F., & Wahab Sari, A. (2025). Angka kejadian ketuban pecah dini pada persalinan preterm dan aterm di Banda Aceh. *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*, 12(4). Available at: <https://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/18479>.
- Fakhr, D. M., El-Garhy, I. T., Elomda, F. A., AbdelRahman, H. A., & Rashed, N. A. M. (2023). Comparative study between oral and vaginal administration of misoprostol in the induction of labour in cases with premature rupture of membranes (PROM). *Al-Azhar International Medical Journal*, 4(8). Available at: <https://doi.org/10.58675/2682339X.1938>.
- Gette, F., Ali, S. A., Ho, M. S. P., Richter, L. L., Chan, E. S., Yang, C. L., ... Ting, J. Y. (2025). Long-term health outcomes of preterm birth: A narrative review. *Frontiers in Pediatrics*, 13, 1565897. Available at: <https://doi.org/10.3389/fped.2025.1565897>.
- Hellosehat. (2023). *Jenis-Jenis Persalinan: Spontan, Buatan, dan Induksi*. <https://hellosehat.com/kehamilan/melahirkan/jenis-persalinan/>.
- Ijabah, N., Achyar, K., & Kusuma, I. R. (2023). Efektifitas Pemberian Perlakuan Posisi Miring Kiri dan Upright Position terhadap Percepatan Kemajuan Persalinan Kala I Fase Aktif pada Ibu Inpartu. *Jurnal Riset Kesehatan Masyarakat*, 3(4), 171–183.
- Indonesian Journal of Health Science. (2025). Asuhan keperawatan intranatal pada Ny. MW dengan ketuban pecah dini. *Indonesian Journal of Health Science*, 5(1). Available at: <https://jurnalku.org/index.php/ijhs/article/download/1372/1010/10870>
- Izzaty, N., (2021). *Literature Review: Gambaran Faktor Penyebab Terjadinya Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin*.
- Jiang, H., Lu, C., Zhou, J., & Zhang, W. (2021). Cesarean section and pregnancy outcomes of preterm premature rupture of membranes under different fertility policies in China. *Translational Pediatrics*, 10(4), 973–983.
- Jurnal Kebidanan Terkini. (2023). *Kajian Persalinan dan Faktor Risiko pada Ibu Hamil*. JOM HTP. Available at: <https://jom.htp.ac.id/index.php/jkt/article/download/581/211/3054>
- Metti, E., (2021). *Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)*.

- Mutmainnah, A. U., SiT, S., Herni Johan, S. E., SKM, M. S., Llyod, S. S., SiT, S., & Mahakam, A. K. M. (2021). *Asuhan persalinan normal dan bayi baru lahir*. Penerbit Andi.
- Nkwabong, E., Djuidjie, I. A. F., Nguefack, F., & Fouelifack, F. (2023). *Risk Factors for Premature Rupture of Membranes After Twenty- Eight Complete Weeks of Gestation*.
- Para, R., Romero, R., Miller, D., Panaitescu, B., Varrey, A., Chaiworapongsa, T., Hassan, S.
- Poltekkes Kemenkes Denpasar. (2024). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Repository Poltekkes Denpasar. Available at: <https://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7644/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>.
- Pourali, L., Saghafi, N., Eslami Hasan Abadi, S., Tara, F., Vatanchi, A. M., & Motamedi, E. (2018). Induction of labour in term premature rupture of membranes; oxytocin versus sublingual misoprostol; a randomised clinical trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38(2), 167–171. Available at: <https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1329284>.
- Purwati, A., Anggraeni, D. A., & Pitaloka, S. A. (2023). Pengaruh Inisiasi Menyusui Dini Terhadap Lamanya Kala III Pada Ibu Bersalin di PMB Ny. Setyaning Dampit Kab. Malang. *Proceedings Series on Health & Medical Sciences*, 4, 10-15.
- Rahardjo, D., & Tunjungsari, R. (2025). *Manajemen Ketuban Pecah Dini: Faktor Risiko dan Penatalaksanaan*. Jakarta: Penerbit Kedokteran Indonesia.
- S., Hsu, C.-D., & Gomez-Lopez, N. (2020). Human β -defensin-3 participates in intra-amniotic host defense in women with labor at term, spontaneous preterm labor and intact membranes, and preterm prelabor rupture of membranes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(24), 4117–4132. Available at: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1597047>.
- Seftia, B. A., Novianti, N., & Maryani, D. (2020). Implementasi Manajemen Persiapan Laktasi. *Journal Of Midwifery*, 8(2), 15-23.
- Sénat, M., et al. (2024). Premature Rupture of Membranes: Updated Guidelines for Diagnosis and Management. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 164(3), 321–330.
- Sénat, M.-V., Schmitz, T., Bouchghoul, H., Diguisto, C., Girault, A., Paysant, S., Sibiude, J., Lassel, L., & Sentilhes, L. (2022). Term prelabor rupture of membranes: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(16), 3105-3109. Available at: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1810230>.
- Syaifudin. (2020). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Bina Pustaka.
- Tahir, S., (2021) *Faktor Determinan Ketuban Pecah Dini*. Media Sains Indonesia.
- Triana, L., Santoso, H., & Dewi, P. (2025). Peran Ultrasonografi dalam Diagnosis Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Obstetri & Ginekologi Indonesia*, 43(2), 89–97.
- Tutik, S., Handayani, R., & Putri, M. (2024). Pemeriksaan Penunjang pada Ketuban Pecah Dini: Studi Klinis. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 10(4), 233–241.
- Tutik. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kegawatdaruratan Pada Persalinan*. Mahakarya Citra Utama Group.

- Wardani, N., Pratiwi, A., & Nugroho, S. (2024). Faktor Risiko Obstetri terhadap Ketuban Pecah Dini pada Kehamilan. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan Reproduksi*, 12(1), 45–56.
- Wolf, M. F., Sgayer, I., Miron, D., Krencel, A., Sheffer, V. F., Idriss, S. S., Sammour, R. N., Peleg, D., Shachar, I. B., Rechnitzer, H., & Bornstein, J. (2020). A novel extended prophylactic antibiotic regimen in preterm pre labor rupture of membranes: A randomized trial. *International Journal of Infectious Diseases*, 96, 254–259. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.05.005>.
- Wolf, R., *et al.* (2024). Antibiotic Therapy in Preterm Premature Rupture of Membranes: Evidence-Based Approach. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 231(2), 210–219.



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta