

**LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)  
ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN  
MATERNAL PADA NY.R USIA 21 TAHUN G1P0A0 UK 39 MINGGU DENGAN  
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RSU PKU MUHAMMADIYAH  
KUTOWINANGUN**

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



Disusun Oleh : (Putrinda Agustiantias– 2510106017)

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

**LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)  
ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN  
MATERNAL PADA NY.R USIA 21 TAHUN G1P0A0 UK 39 MINGGU DENGAN  
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RSU PKU MUHAMMADIYAH  
KUTOWINANGUN**

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



Tempat, Tanggal 08-1-2026

Pembimbing Pendidikan

Preceptor

Mahasiswa

TTD

TTD

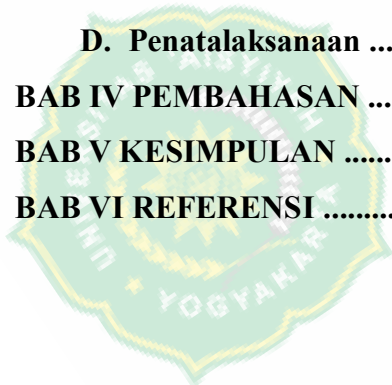
TTD

(Ririn Wahyu Hidayati, S.Sit., M.Km) (Yuli Astuti,Amd.Keb)

(Putrinda Agustantias, S.Keb)

## DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN .....	1
DAFTAR ISI .....	2
BAB I PENDAHULUAN .....	3
A. Latar belakang .....	4
B. Tujuan .....	5
BAB II TINJAUAN TEORI .....	6
A. Teori mengenai kasus yang diambil .....	6
B. Etiologi .....	6
C. Patofisiologi .....	7
D. Faktor resiko .....	7
E. Dampak .....	8
BAB III DOKUMENTASI SOAP .....	10
A. Data subjektif .....	10
B. Data objektif .....	11
C. Analisa data .....	12
D. Penatalaksanaan .....	12
BAB IV PEMBAHASAN .....	13
BAB V KESIMPULAN .....	14
BAB VI REFERENSI .....	15



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar belakang

Salah satu indikator untuk mengukur kualitas SDM adalah derajat kesehatan penduduk. Masalah kesehatan ibu, bayi, dan perinatal di Indonesia merupakan masalah nasional yang perlu mendapatkan prioritas utama untuk dicarikan pemecahannya, karena hal tersebut sangat erat kaitannya dengan kualitas sumber daya manusia (SDM) untuk generasi yang akan datang (Lia Dharmayanti, 2022).

Menurut World Health Organization (WHO) Angka kematian bayi yang mengalami ketuban pecah dini diseluruh dunia pada tahun 2015 sebanyak 303.000 jiwa. setiap hari terjadi kematian bayi sebanyak 83 akibat kehamilan dan persalinan. Setiap hari terjadi kematian ibu terjadi di daerah berkembang sedangkan angka kematian bayi di negara maju berkisar 45% perseribu kelahiran hidup. Sehingga dapat menurunkan angka kematian bayi. Hal ini dibuktikan dengan terjadinya penurunan AKB hingga 44%. Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2014, kejadian ketuban pecah dini (KPD) atau insiden PROM (prelabour rupture of membrane) berkisar antara 5-10% dari semua kelahiran. KPD preterm terjadi 1% dari semua kehamilan dan 70% kasus KPD terjadi pada kehamilan aterm. Pada 30% kasus KPD merupakan penyebab kelahiran prematur (Stefani Mellisa, 2021).

Di Indonesia dari 17.665 angka kelahiran terdapat 35,70% - 55,30% ibu melahirkan dengan proses ketuban pecah dini. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia penyebab langsung kematian ibu terkait kehamilan dan persalinan terutama adalah perdarahan (28%), preeklamsia dan eklamsia (24%), infeksi (11%), partus lama (5%), dan abortus (5%) Perdarahan, infeksi dan partus lama termasuk dalam komplikasi yang disebabkan oleh KPD. Menurut Departemen Kementerian Kesehatan RI, 2015 angka kematian ibu persalinan dengan ketuban pecah dini di Indonesia pada tahun 2015 sebanyak 6,400 kematian ibu atau 126 per seribu kelahiran hidup. Sedangkan angka kematian bayi (AKB) masih cukup tinggi, yaitu 307 per seribu kelahiran. Menurut laporan Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2016 angka kematian neonatal (AKN) sebesar 19 per seribu kelahiran hidup yang disebabkan karena faktor

ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) sering disebut dengan premature rupture of the membrane (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan (Meldafia Idaman, 2024).

Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm. Pada keadaan ini dimana risiko infeksi ibu dan anak meningkat. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam masalah obstetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi (Elika Puspitasari, 2021).

Penyebab KPD sebagian kasus belum bisa diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. mengutarakan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD adalah multipara/paritas, malposisi, serta disproporsi panggul, amniotomi dimana ketuban dipecahkan terlalu dini, Kehamilan ini menjadi berisiko jika terjadi KPD. pada kehamilan preterm atau kurang bulan, insiden KPD berkisar antara 2-4% dari kehamilan tunggal dan 7-10% dari kehamilan kembar. KPD sering terjadi pada usia kehamilan aterm 90% dalam 24 jam, usia kehamilan 28-34 minggu 50% persalinan 24 jam, dan usia kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu. Komplikasi ketuban pecah dini yang paling sering terjadi pada ibu bersalin yaitu infeksi dalam persalinan, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan post partum, meningkatkan kasus bedah caesar, dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal. Sedangkan komplikasi yang paling sering terjadi pada janin yaitu prematuritas, penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia, sindrom deformitas janin, dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal (Emy Yulianti, 2024).

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Mahasiswa mampu menganalisis kasus, melakukan mengkajian, mendiagnosa, dan mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny.R usia 21 tahun G1P0A0 UK 39 minggu dengan KPD di RSUD Muhammadiyah Kutowinangun

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mampu melakukan pengumpulan data dasar secara subyektif dan obyektif pada Ny.R usia 21 tahun G1P0A0 UK 39 minggu dengan KPD di RSUD PKU Muhammadiyah Kutowinangun
- b. Mampu melakukan penetapan diagnosa potensial dan antisipasi yang harus dilakukan dari asuhan kebidanan pada Ny.R usia 21 tahun G1P0A0 UK 39 minggu dengan KPD di RSUD PKU Muhammadiyah Kutowinangun
- b. Mampu melakukan penetapan kebutuhan/tindakan segera untuk konsultasi pada Ny.R usia 21 tahun G1P0A0 UK 39 minggu dengan KPD di RSUD PKU Muhammadiyah Kutowinangun
- c. Mampu melakukan penetapan rencana asuhan kebidanan pada Ny.R usia 21 tahun G1P0A0 UK 39 minggu dengan KPD di RSUD PKU Muhammadiyah Kutowinangun
- d. Mampu melakukan penatalaksanaan tindakan pada Ny.R usia 21 tahun G1P0A0 UK 39 minggu dengan KPD di RSUD PKU Muhammadiyah Kutowinangun
- e. Mampu melakukan evaluasi efektivitas asuhan kebidanan pada Ny.R usia 21 tahun G1P0A0 UK 39 minggu dengan KPD di RSUD PKU Muhammadiyah Kutowinangun



Universitas 'Aisyiyah  
Yogyakarta

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Teori mengenai kasus yang diambil**

##### **1. Persalinan**

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan 37-42 minggu, dimana janin dilahirkan secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dikatakan normal jika proses terjadinya pada kehamilan usia 37-40 minggu tanpa disertai adanya penyulit (Tasya Maullaya, 2022).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi (Vinna Milasari, 2025).

##### **2. Tanda-tanda persalinan**

###### **a. Lightening**

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul di rasakan ibu hamil terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, di bagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan, dan sering miksi. Pada multipara kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.

###### **b. His Persalinan**

Sifat his persalinan meliputi pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, kekuatan makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas, kekuatan makin bertambah.

###### **c. Pengeluaran Lendir dan Darah**

Terjadinya his persalinan mengakibatkan perubahan pada serviks yang menyebabkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan

lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, dan terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

d. Pengeluaran Cairan Ketuban

Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap, dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

### 3. Tahapan persalinan

a. Kala I

Kala I atau kala pembukaan berlangsung dari pembukaan (0 cm) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida sekitar 8 jam.

Kala I (pembukaan) dibagi menjadi dua fase, yakni :

1) Fase Laten

- a) Pembukaan serviks berlangsung lambat
- b) Pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm
- c) Berlangsung dalam 7-8 jam

2) Fase Aktif

Berlangsung selama 6 jam dan di bagi atas 3 fase, yaitu :

- a) Periode akselerasi, yakni berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.
- b) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- c) Periode deselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

Pada kala ini kita akan melakukan pemantauan persalinan dengan menggunakan partograf.

1) Pengertian partograf

Partograf adalah alat untuk mencatat informasi berdasarkan pobservas anamnesis, dan pemeriksaan fisik ibu dalam persalinan, dan sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinik selama kala I persalinan.

2) Tujuan partograf

Tujuan utama penggunaan partograf adalah mengamati dan mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan

serviks melalui pemeriksaan dalam dan menentukan normal atau tidaknya persalinan serta mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama.

b. Kala II

Pada kala II ini memiliki ciri khas , yaitu :

- 1) His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali
- 2) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan
- 3) Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB
- 4) Anus membuka

Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu :

- 1) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam-2 jam
- 2) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam-1 jam

Perubahan Fisiologis Kala II, yakni :

a) Kontraksi Uterus

Adapun kontraksi yang bersifat berkala dan yang harus di perhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung 60-90 detik, kekuatan kontraksi, kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim ke dalam, interval antara kedua kontraksi pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit.

b) Perubahan Uterus

Dalam persalinan perbedaan SAR dan SBR akan tampak lebih jelas, dimana SAR dibentuk oleh korpus uteri dan bersifat memegang peranan aktif (berkontraksi) dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan, dengan kata lain SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar. Sedangkan SBR dibentuk oleh isthimus uteri yang sifatnya memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan (disebabkan karena regangan), dengan kata lain SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi.

c) Perubahan Serviks

Perubahan pada serviks pada kala II ditandai dengan pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio, Segmen Bawah Rahim (SBR), dan serviks.

d) Perubahan Vagina dan Dasar Panggul

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dinding dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas dan anus, menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva.

c. Kala III

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dan fundus uteri sedikit di atas pusat. Beberapa saat kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta akan lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar secara spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri (Tasya Maullaya, 2022).

1) Fisiologi Kala III

Terbagi dalam dua tahap pada kelahiran plasenta, yaitu terlepasnya plasenta dari implantasinya pada dinding uterus dan pengeluaran plasenta dari dalam kavum uteri. Setelah bayi lahir, uterus masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri tempat implantasi plasenta. Oleh karena tempat implantasi plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta akan menekuk, menebal, kemudian dilepaskan dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina.

2) Tanda-tanda lepasnya plasenta

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- b) Tali pusat memanjang
- c) Semburan darah tiba-tiba

3) Metode pelepasan plasenta

- a) Metode Ekspulsi Schultze

Pelepasan ini dapat di mulai dari tengah atau dari pinggir plasenta, ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina tanpa adanya perdarahan per vaginam.

b) Metode Ekspulsi Matthew-Duncan

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas, umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral.

4) Cara pengecekan plasenta

a) Perasat Kustner

Tali pusat diregangkan atau ditarik sedikit, tangan ditekankan diatas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali, berarti plasenta belum lepas.

b) Perasat Strassman

Tali pusat diregangkan, ditarik sedikit sambil tangan mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

c) Perasat Klein

Pasien diminta mengedan, sehingga tali pusat ikut turun atau memanjang. Bila pengedan dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

5) Manajemen Aktif Kala III

a) Pemberian suntikan oksitosin

b) Melakukan peregangan tali pusat terkendali

c) Pemijatan atau masase fundus uteri.

d. Kala IV

1) Fisiologi kala IV

Kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan dua jam sesudahnya, hal-hal yang perlu diperhatikan pada kala IV adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali ke bentuk normal. Uterus dapat dirangsang untuk berkontraksi dengan baik dan kuat melalui massase atau rangsang taktil, kelahiran plasenta yang lengkap perlu juga dipastikan untuk menjamin tidak terjadi perdarahan lanjut (Nur Zanah, 2001)

## 2) Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

### a) Tanda Vital

Tanda syok pada ibu harus diperhatikan seperti nadi cepat dan lemah (110 kali/menit), tekanan darah rendah sistolik kurang dari 90 mmHg, dan pemantauan suhu tubuh perlu dilakukan untuk mencurigai terjadinya infeksi.

### b) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus yang baik adalah uterus teraba keras dan tinggi fundus uteri berada 1-2 jari di bawah pusat setelah melahirkan, pemeriksaan kontraksi dilakukan 15 menit pada satu jam pertama pascapartum dan 30 menit satu jam kedua pascapartum.

### c) Kandung Kemih

Kandung kemih harus terus dalam keadaan kosong, karena kandung kemih yang penuh dapat menghalangi kontraksi maksimal sehingga perdarahan dapat terjadi. Pemantauan kontraksi selama satu jam pertama dilakukan empat kali dalam 15 menit, dan dua kali selama 30 detik pada jam kedua.

## 4. Ketuban pecah dini

ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini atau spontaneous/early/premature rupture of the membrane (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum in partu, yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi yang dapat meningkatkan angka kematian ibu dan anak (Lucky Ikram Alfathany, 2024).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi in partu. Sebagian besar ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu, sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak. Ketuban pecah dini keluarnya cairan berupa air air dari vagina setelah usia kehamilan 22

minggu, ketuban dinyatakan pecah sebelum proses persalinan berlangsung, pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm dan aterm (Fonda Octarianingsih Shariff, 2024).

## **B. Etiologi dan faktor resiko KPD**

Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisinya adalah (Putri Alisa, 2024):

1. Infeksi, infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage).
2. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage).
3. Tekanan intra uterin yang tinggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gamelli.
4. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.
5. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.
6. Keadaan sosial ekonomi
7. Adanya hipermotilitas rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah Penyakit-penyakit seperti pielonefritis, sistitis, sevisitis dan vaginitis terdapat bersama-sama dengan hipermotilitas rahim ini. • Selaput ketuban terlalu tipis (kelainan ketuban).
8. Infeksi (amnionitis atau korioamnionitis)
9. Faktor-faktor predisposisi lain ialah: multipara, malposisi, disproporsi, cervix incompeten, dan lain-lain.
10. Ketuban pecah dini artifisial (amniotomi), dimana ketuban dipecahkan terlalu dini.

Faktor lain:

- a. Termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
- b. Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu.
- c. Faktor multi graviditas, merokok dan perdarahan

Beberapa faktor risiko dari KPD:

- a. Inkompetensi serviks (leher rahim)
- b. Polihidramnion (cairan ketuban berlebih)
- c. Riwayat KPD sebelumnya Kelainan atau kerusakan selaput ketuban
- d. Kehamilan kembar
- e. Trauma
- f. Serviks (leher rahim) yang pendek (<25mm) pada usia kehamilan 23 minggu

### C. Patofisiologi persalinan normal

#### 1. Mekanisme ketuban pecah dini

Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh (Soeri Oetami, 2023).

Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah.

Faktor risiko untuk terjadinya Ketuban Pecah Dini adalah (Soeri Oetami, 2023):

- a. berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen
- b. kekurangan tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok.

Degradasi kolagen dimediasi oleh matriks metaloproteinase (MMP) yang dihambat oleh inhibitor jaringan spesifik dan inhibitor protease. Mendekati waktu persalinan, keseimbangan antara MMP dan TIMP-1 mengarah pada degradasi proteolitik dari matriks ekstraselular dan membran janin. Aktivitas degradasi proteolitik ini meningkat menjelang persalinan. Pada

penyakit periodontitis di mana terdapat peningkatan MMP, cenderung terjadi Ketuban Pecah Dini (KPD). Selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda. Pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban (Desti Widya Astuti, 2023).

#### **D. Dampak (Lia Dharmayanti, 2022)**

1. Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelumn usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan (RDS=Respiratory Distress Syndrome), yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir.
2. Resiko infeksi meningkat pada kejadian KPD.
3. Semua ibu hamil dengan KPD prematur sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan amnion).
4. Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada KPD.
5. Risiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada KPD preterm.
6. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada KPD preterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila KPD preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu.
7. Komplikasi yang timbul akibat Ketuban Pecah Dini bergantung pada usia kehamilan Dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia ka kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden seksio sesarea, atau gagala persalinan normal.

**BAB III**  
**DOKUMENTASI SOAP**

**ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN  
MATERNAL PADA NY.R USIA 21 TAHUN G1P0A0 UK 39 MINGGU DENGAN  
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RSUD MUHAMMADIYAH  
KUTOWINANGUN**

Hari/ Tanggal Pengkajian : Kamis 8 Januari 2025  
Waktu Pengkajian : 22.00  
Tempat Pengkajian : RSUD Muhammadiyah Kutowinangun

**I. DATA SUBJEKTIF**

a. Identitas

Nama Istri	: Ny.R	Nama Suami	: Tn.S
Umur	: 21 Tahun	Umur	: 29 Tahun
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Lerep		

No.hp : -

b. Keluhan utama

Ibu mengatakan keluar cairan dari vagina

c. Riwayat kesehatan

Ibu dan keluarga tidak pernah dan tidak ada riwayat penyakit kanker dan penyakit menular seperti HIV, TBC, Hepatitis, penyakit menurun seperti diabetes, asma, hipertensi dan penyakit menahun seperti jantung dan ginjal. Ibu tidak alergi makanan atau minuman.

d. Riwayat psikososial dan spiritual

1. Orang terdekat : ibu mengatakan orang terdekat adalah suami dan ibunya
2. Sosial : ibu mengatakan hubungan dengan keluarga dan suami sangat baik dan sangat senang dengan kehamilan ibu saat ini dan sangat menantikan kelahiran anak Ny.R
3. Spiritual : ibu mengatakan rajin melakukan sholat 5 waktu.

e. Riwayat perkawinan

Ibu mengatakan ini adalah pernikahan yang pertama dan pernikahan berusia 1 tahun

f. Riwayat obstetrik

1. Riwayat kehamilan

- a) GPA : G1P0A0
- b) UK : 39 minggu
- c) ANC : 6 kali
- d) Tablet Fe : Rutin selama kehamilan
- e) Imunisasi TT : Lengkap
- f) Keluhan selama kehamilan
  - 1) TM 1 : Mengalami mual muntah namun tidak sering
  - 2) TM 2 : Tidak ada keluhan
  - 3) TM 3 : Sering BAK dan sakit pinggang

g. Riwayat KB

Tidak pernah menggunakan KB

h. Pola Nutrisi

Makanan sehari-hari, frekuensi : 3x/hari, sedang

Jenis makanan yang dimakan : Nasi, Lauk (ikan, tempe, tahu, telur, ayam),

Sayur (sawi, bayam, kangkung, buncis dll)

Nafsu makan : Tetap

Minum : 6-7x/hari (air putih)

Selama inpartu : Ibu makan, tetapi hanya sedikit dan lebih banyak minum

i. Pola Eliminasi

BAK : 2-4 kali hari, berwarna kuning jernih

BAB : 1 kali/hari

Konsistensi : padat

Selama inpartu :

BAK : 1 kali dengan menggunakan pispot

BAB : ibu belum BAB (ibu terakhir BAB jam 05.30)

j. Pola Istirahat

Siang : tidak teratur

Malam : 6-8 Jam

Selama inpartu : Tidak pernah tidur

k. Personal hygiene

Ibu mengatakan Mandi 2-3 kali sehari, mengganti pakaian setiap setelah mandi

Selama inpartu : ibu belum mandi dan sikat gigi

**II. DATA OBJEKTIF**

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

b. Tanda tanda vital

Tekanan darah : 123/76 mmhg

Nadi : 82x/menit

Pernafasan : 22x/menit

Suhu : 36,5°C

c. Pemeriksaan fisik

Kepala :

1. Rambut

Rambut rontok : tidak

Ketombe : tidak

Bekas luka : tidak

2. Wajah

Edema : tidak

Pucat : tidak

3. Mata

Konjungtiva : merah muda (ananemis)

Sklera : putih (anikterik)

4. Telinga

Cairan abnormal : tidak

5. Mulut

Keadaan bibir : lembab tidak pucat

Caries pada gigi : tidak

6. Leher

Kelenjar limfe : tidak ada pembesaran

Kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran

Vena jugularis : tidak ada pembesaran

7. Dada dan payudara

Bentuk : simetris, puting susu menonjol

Pengeluaran ASI : ada

Masa atau benjolan : tidak ada

8. Abdomen

Tampak pembesaran perut sesuai usia kehamilan, tampak linea nigra, dan stiae albican, tonus otot perut tampak kendur.

Pemeriksaan Leopold

Leopold I : TFU 3 jrbpx, 39 cm, teraba bokong di fundus

Leopold II : punggung kanan

Leopold III : kepala

Leopold IV : BDP, 3/5

LP : 99 cm

TBJ :  $TFU \times LP = 39 \times 99 = 3861$  gram

HIS : 3 kali dalam 10 menit, dengan durasi 30 – 35 detik

Auskultasi : DJJ terdengar jelas, kuat, dan teratur pada kuadran kanan perut ibu bagian bawah dengan frekuensi 140 x/menit.

9. Genetalia dan anus

Pengeluaran dan cairan : lendir darah

Varises : tidak

Hemoroid : tidak

Pemeriksaan dalam tanggal pukul 10.00

a. Keadaan vulva dan vagina : Tidak ada kelainan

b. Portio : Lunak dan Tipis

c. Pembukaan : 10 cm

d. Ketuban : pecah

e. Molase : tidak ada

f. Penumbungan : tidak ada

g. Kesan panggul : normal

h. Pelepasan : lendir darah

### III. ANALISA DATA

Ny.R usia 21 tahun G1P0A0 Uk 39 minggu dengan ketuban pecah dini, puka, presentasi kepala, Situs memanjang, Bergerak Dalam Panggul (BDP), Intrauterin, Tunggal, Hidup, Keadaan ibu baik, keadaan janin baik

#### IV. PENATALAKSANAAN

**Tanggal : 8 Januari 2025**

**Jam : 22.00**

##### 1. KALAI

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan fisik yang di dapatkan bahwa keadaan ibu baik TD : 123/76 mmhg, Nadi : 82x/menit, Pernafasan : 22x/menit, Suhu : 36,5°C, DJJ : 140. dan saat ini ibu sudah pembukaan lengkap dan akan memasuki persalinan.
- b. Memberi ibu therapy obat obatan seperti oxcitosin untuk mempercepat pembukaan servik
- c. Memberi ibu dukungan emosional dengan memberikan ibu semangat dan meminta keluarga untuk menemani ibu selama persalinan
- d. Mempersiapkan alat partus set berupa alat-alat yang dibutuhkan

##### 2. KALA II

- a. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa keadannya dan janinnya masih dalam batas normal
- b. Menganjurkan ibu untuk mengatur posisi senyaman mungkin agar mempermudah ibu selama persalinan
- c. Memimpin persalinan sesuai dengan asuhan 60 langkah APN
- d. Memberitahu ibu cara meneran yang baik dan benar dengan menarik nafas dari hidung secara dalam kemudian hembuskan dari mulut
- e. Menganjurkan keluarga untuk memberikan dukungan emosional dengan memberikan makan dan minum serta memberikan semangat

##### 3. KALA III

- a. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan masih dalam batas normal
- b. Memberitahu ibu tentang pemberian oksitosin
- c. Memberitahu ibu tentang pengeluaran plasenta
- d. Memberitahu ibu akan dilakukan masase uterus

##### 4. KALA IV

- a. Melakukan TTV ulang, TD : 110/25, N : 80x/menit, P : 23 x/menit, S : 36,5, TFU 2 jari dibawah pusat, Kontraksi uterus baik, Kandung kemih kosong, Perdarahan  $\pm$ 100 cc.
- b. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan tentang keadannya
- c. Menganjurkan ibu untuk melakukan IMD untuk membantu bayi mencari asi

- d. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum agar ibu memiliki tenaga
- e. Mengosongkan kandung kemih apabila ibu tidak dapat berkemih sendiri
- f. Memantau kontraksi uterus ibu, perdarahan, kandung kemih dan TTV ibu setiap 15 menit pada jam 1 dan setiap 30 menit pada jam ke 2.



**unisa**  
Universitas 'Aisyiyah  
Yogyakarta

## BAB IV PEMBAHASAN

Tanggal 8 Januari 2025 Ny.R usia 21 tahun G1P0A0 Uk 39 minggu dengan ketuban pecah dini Berdasarkan hasil asuhan kebidanan yang dilakukan pada kasus ini menggunakan metode SOAP yang diberikan kepada Ny.R dengan KPD. Hasil dari dilakukan pengkajian yang dilaksanakan dan didapatkan data objektif pada Ny.D dengan TD : 121/85 mmhg, Nadi : 95x/menit, S : 36,2, RR : 20, Spo2 : 98, keadaan umum baik kesadaran compos mentis, telah dilakukan interpretasi data dari hasil pengkajian diperoleh bahwa Ny.R usia 21 tahun G1P0A0 Uk 39 minggu dengan ketuban pecah dini .

Pada kasus Ny.R ketuban pecah jam 20.00 saat ibu dirumah dan saat sudah di RS pada jam 22.00 ibu mengalami kontraksi yang semakin lama semakin sering kemudian pembukaan lengkap. Ada dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, vulva membuka dan perineum menonjol. Menurut Sofian (2011), pada kala 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 mengedan. 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 1½-2 jam, dan pada multi ½ -1 jam. Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.R tidak terdapat kesenjangan dengan teori karena kala II berlangsung selama 15 menit. Kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda- tanda yaitu semburan darah mendadak, tali pusat bertambah panjang dan perubahan uterus menjadi globuler/bundar. Seluruh proses biasanya berlangsung 5–30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc. Dalam kasus Ny. R pada kala III tidak ada kesenjangan antara teori dengan pelaksanaan, perdarahan pada kala III normal yaitu kurang lebih 100 cc dan lama kala III adalah 5 menit. Asuhan pada kala IV yang diberikan pada Ny. D antara lain : mengawasi perdarahan post partum, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, tekanan darah, kandung kemih dan keadaan umum ibu. Menurut (Febriana, 2023), kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan

meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernapasan, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 - 500 cc. Ny. R pada kala IV tidak ada kesenjangan antara teori dengan pelaksanaan kala IV yaitu kala pengawasan selama 2 jam post partum dan tidak terdapat perdarahan yang melebihi 500 cc.



**unisa**  
Universitas 'Aisyiyah  
Yogyakarta

## **BAB V**

### **KESIMPULAN**

Berdasarkan Asuhan Kebidanan yang dilakukan pada pembahasan "Asuhan Kebidanan komprehensif pada Ny.R usia 21 tahun G1P0A0 Uk 39 minggu dengan ketuban pecah dini yang menggunakan SOAP yang dimana dimulai dari pengumpulan data sampai penatalaksanaan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan bahwa Ny.R usia 21 tahun G1P0A0 Uk 39 minggu dengan ketuban pecah dini, puka, presentasi kepala, Situs memanjang, Bergerak Dalam Pangul (BDP), Intrauterin, Tunggal, Hidup, Keadaan ibu baik, keadaan janin baik, Inpartu Kala 1 fase aktif.dengan persalinan normal.

Proses persalinanpada Ny. R berlangsung dengan normal. Plasenta lahir spontan dan lengkap, tidak ada perdarahan setelah melahirkan. Lama persalinan dari kala I sampai dengan kala 3 berlangsung dengan normal dan lancar. Adanya sinergi yang kuat antara ibu, keluarga dan tenaga kesehatan sangat dibuukan bagi seorang ibu yang akan melahirkan. Kesiagaan suami dan keluarga, serta persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga kesehatan akan bisa mencegah terjadinya kematian ibu dan bayi saat melahirkan. Sehingga pada akhirnya derajat kesehatan bisa ditingkatkan.



## **BAB VI**

### **REFERENSI**

- Lia Dharmayanti, 2022, Faktor Resiko Terjadinya Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin, Jurnal Pengembangan Ilmu Dan Praktik Kesehatan Volume I, Nomor 2.*
- Stefani Mellisa, 2021, Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini, Jurnal Medika Utama Vol 03 No 01.*
- Meldafia Idaman, 2024, Hubungan Faktor Risiko Dengan Ketuban Pecah Dini, Jurnal Kesehatan Medika Sainika G Volume 11 Nomor 1*
- Elika Puspitasari, 2021, Faktor Predisposisi Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit Nur Hidayah, Imogiri, Bantul Yogyakarta, Journal of Health Research, Vol 4 No 2.*
- Emy Yulianti, 2024 Pengaruh Edukasi Dengan Media Booklet Terhadap Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Ketuban Pecah Dini Di Pmb Marsini Karni Kota Pontianak, Jurnal Kebidanan Khatulistiwa Volume 9 Nomor 1.*
- Lucky Ikram Alfathany, 2024, Ketuban Pecah Dini pada Primigravida Usia Kehamilan 37 Minggu: Sebuah Laporan Kasus, jurnal Medula, Volume 14 Nomor 8*
- Fonda Octarianingsih Shariff, 2024, Hubungan Antara Usia Ibu Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit Artha Bunda Kabupaten Lampung Tengah, Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan, Vol. 11, No. 9.*
- Putri Alisa, Dhiya Maralin, Melisya, Juliyana, 2024, Ketuban Pecah Dini, The Journal Health Of Science Vol.1 No.1*
- Soeri Oetami, 2023, Gambaran Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Rumah Sakit Umum Banyumas, Jurnal Bina Cipta Husada Vol. XIX, No. 2.*
- Desti Widya Astuti, 2023, Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini, Jurnal STIKES Al-Ma'arif Baturaja, Vol.8 No.1.*
- Tasya Maullaya Husna<sup>1</sup>, Siti Rohani<sup>2</sup>, Rini Wahyuni<sup>3</sup>, Juwita Desri Ayu<sup>4</sup>, 2022, Studi Kasus Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.E Di Praktik Mandiri Bidan “ Rohayati, S.Tr.Keb “ Kecamatan Sidoharjo Kabupaten Pringsewu 2022, Jurnal Maternitas Aisyah.*
- Vinna Milasari Munanda, Sri Gustini\*, Bayu Irianti, 2025, Metode Cermin Untuk Mengurangi Lama Persalinan Kala Ii Di Wilayah Kerja Uptd Puskesmas*

*Cibeureum Kota Tasikmalaya, Jurnal Kebidanan Khatulistiwa Volume 11  
Nomor 1.*



**unisa**  
Universitas 'Aisyiyah  
Yogyakarta