

LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA KASUS
KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN PADA NY. S
USIA 30 TAHUN G3P2A0Ah1 HAMIL 36+6 MINGGU DENGAN
RIWAYAT BSC KPD, RIWAYAT BSC, PPI DAN ANEMIA
DI RS PKU MUHAMMADIYAH BANTUL**



Disusun Oleh :

Rina Komalasari (2510106023)

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

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA KASUS
KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN PADA NY. S
USIA 30 TAHUN G3P2A0Ah1 HAMIL 36+6 MINGGU DENGAN
RIWAYAT BSC KPD, RIWAYAT BSC, PPI DAN ANEMIA
DI RS PKU MUHAMMADIYAH BANTUL**



Bantul,

2026

Pembimbing Pendidikan

Preceptor

Mahasiswa

(Bdn. Evi Wahyuntari, S.ST., M.Keb)

(Bdn. Siti Abdillah, S.ST)

(Rina Komalasari)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmah dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan *Case Based Discussion* Asuhan Kebidanan Pada Ny. S Usia 30 Tahun G3P2A0Ah1 Umur Kehamilan 36+6 Minggu Dengan KPD, Riwayat BSC 2 Kali, PPI dan Anemia Di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul dengan tepat waktu. Laporan ini disusun untuk memenuhi tugas *Case Based Discussion* Program Studi Kebidanan Program Profesi Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

Penyelesaian laporan ini terwujud atas bimbingan, arahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu. Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dr. Warsiti, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat selaku Rektor Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta
2. Dr. Dewi Rokhanawati, S.SiT., M.P.H selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta
3. Bdn. Suyani, S.ST., M.Keb selaku Ketua Program Studi Kebidanan Program Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta
4. Bdn. Evi Wahyuntari, S.ST., M.Keb selaku Pembimbing Akademik Praktik Klinik Di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul
5. Bdn. Sulistya Dewi, S.ST selaku Pembimbing Lahan Praktik Klinik Stase Komplikasi dan Kegawatdaruratan RSUD PKU Muhammadiyah Bantul
6. Ny. S selaku pasien yang telah kooperatif dalam pengkajian Asuhan Kebidanan
7. Seluruh karyawan RSUD PKU Muhammadiyah Bantul yang telah memberikan bimbingan dan kesempatan

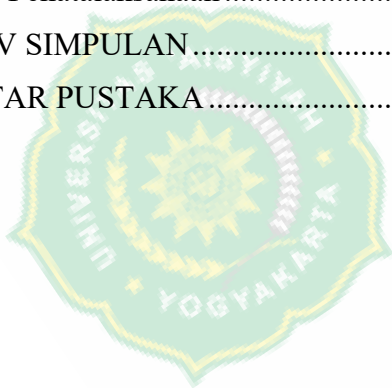
Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Laporan *Case Based Discussion* ini, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan oleh penulis demi perbaikan dimasa yang akan datang. Akhir kata, semoga laporan ini dapat diterima dan bermanfaat untuk kita semua.

Yogyakarta,

2026

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	2
BAB II TINJAUAN TEORI	4
A. Partus Prematurus Imminens	4
B. Ketuban Pecah Dini	7
C. Anemia.....	11
BAB III DOKUMENTASI SOAP.....	14
BAB IV PEMBAHASAN	21
A. Data Subyektif	21
B. Data Obyektif.....	22
C. Analisa	24
D. Penatalaksanaan	24
BAB V SIMPULAN.....	26
DAFTAR PUSTAKA.....	27



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Partus Prematurus Imminens (PPI) merupakan suatu kondisi yang menunjukkan adanya ancaman terhadap kelangsungan kehamilan, yang ditandai oleh kontraksi uterus yang terjadi secara teratur dan disertai perubahan pada serviks sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu. Kondisi ini termasuk salah satu komplikasi kehamilan yang memerlukan penatalaksanaan segera guna mencegah terjadinya persalinan prematur, yang berpotensi membahayakan kesehatan ibu maupun janin. Diagnosis partus prematurus imminens atau yang dikenal sebagai threatened preterm labour ditegakkan berdasarkan beberapa tanda klinis, antara lain kontraksi uterus yang terjadi secara berulang dengan interval sekitar 7–8 menit atau sebanyak 2–3 kali dalam 10 menit, nyeri pada punggung bagian bawah, perdarahan berupa bercak, serta adanya rasa tekanan pada daerah serviks. Pemeriksaan serviks umumnya menunjukkan adanya pembukaan minimal 2 cm disertai penipisan serviks sebesar 50–80%. Selain itu, presentasi janin berada pada posisi rendah hingga mencapai spina ischiadica, dan pecahnya selaput ketuban dapat menjadi salah satu tanda awal terjadinya persalinan preterm. Kondisi ini umumnya terjadi pada usia kehamilan antara 22 hingga 37 minggu (Shariff & Irhamna, 2024).

Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu permasalahan serius yang dihadapi oleh negara-negara di dunia. AKI adalah semua kematian dalam ruang lingkup tersebut di setiap 100.000 kelahiran hidup. Secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2020 dari 390 menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini hampir mencapai target RPJMN 2024 sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, masih diperlukan upaya dalam percepatan penurunan AKI untuk mencapai target SDGs yaitu sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Profil Kesehatan Indonesia, 2022). Berdasarkan data dari Kemenkes RI tahun 2023 Kemenkes RI (2023), Angka Kematian Ibu (AKI) masih sekitar 205 per 100.000 kelahiran hidup, belum mencapai target yang ditentukan yaitu 183 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2024 dan lebih dari 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2030.

Data *Maternal Perinatal Death Notification* (MPDN) yang dikumpulkan pada tahun 2021, penyebab teratas kematian ibu terdiri dari tiga faktor yaitu kejadian

eklamsia (37,1%), perdarahan (27,3%) serta infeksi (10,4%) (Puspitasari *et al.*, 2023). Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu komplikasi yang paling sering terjadi pada masa kehamilan dan persalinan. Kondisi ini dikenal sebagai *premature rupture of membranes* (PROM) atau *preterm premature rupture of membranes* (PPROM). PROM aterm terjadi apabila ketuban pecah pada usia kehamilan 37 minggu atau lebih, sedangkan PPRM terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau disebut sebagai PROM preterm. Di Indonesia, angka kejadian ketuban pecah dini dilaporkan berkisar antara 8–10% dari seluruh kehamilan, dengan insidensi sekitar 3–10% dari total persalinan (Muliani, 2024).

Partus Prematurus Imminens (PPI) merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang paling sering dijumpai. Berbagai faktor dapat menyebabkan partus prematurus termasuk infeksi. Ketuban pecah dini dilaporkan terjadi pada sekitar 10% dari seluruh persalinan dan sekitar 4% pada kehamilan dengan usia kurang dari 34 minggu. Berbagai faktor dapat melatarbelakangi terjadinya ketuban pecah dini, di antaranya kondisi psikologis ibu hamil yang tidak stabil serta adanya infeksi pada organ reproduksi, seperti kantung ketuban, uterus, serviks, dan vagina, yang berperan dalam meningkatkan risiko terjadinya kondisi tersebut. Fungsi utama air ketuban adalah melindungi bayi dalam janin, sehingga jika terjadi pecah ketuban dini maka perlindungan terhadap bayi akan hilang dan dapat mengakibatkan komplikasi terhadap ibu dan janin seperti infeksi puerperalis/masa nifas, dry labour/partus lama, perdarahan postpartum, morbiditas dan mortalitas maternal, termasuk kejadian kematian. Maka ketuban pecah dini juga berpotensi besar dalam terjadinya *partus prematurus imminens* (Jayantini *et al.*, 2025).

B. Tujuan

1. Mampu melaksanakan pengkajian data baik subyektif maupun obyektif asuhan kebidanan pada komplikasi dan kegawatdaruratan maternal dengan ketuban pecah dini, *partus prematurus imminens* dan anemia di RSUD Muhammadiyah Bantul.
2. Mampu menginterpretasikan data dan merumuskan diagnose, masalah dan kebutuhan pada asuhan kebidanan pada komplikasi dan kegawatdaruratan maternal dengan ketuban pecah dini, *partus prematurus imminens* dan anemia di RSUD Muhammadiyah Bantul.

3. Mampu mengidentifikasi tindakan segera asuhan kebidanan pada komplikasi dan kegawatdaruratan maternal dengan ketuban pecah dini, *partus prematurus imminens* dan anemia di RSUD Muhammadiyah Bantul.
4. Mampu merencanakan asuhan kebidanan pada asuhan kebidanan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal dengan ketuban pecah dini, *partus prematurus imminens* dan anemia di RSUD Muhammadiyah Bantul.
5. Mampu melaksanakan perencanaan yang sesuai dengan pengkajian asuhan kebidanan pada komplikasi dan kegawatdaruratan maternal dengan ketuban pecah dini, *partus prematurus imminens* dan anemia di RSUD Muhammadiyah Bantul.
6. Mampu melakukan evaluasi pelaksanaan asuhan kebidanan pada komplikasi dan kegawatdaruratan maternal dengan ketuban pecah dini, *partus prematurus imminens* dan anemia di RSUD Muhammadiyah Bantul.



BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Partus Prematurus Imminens

1. Pengertian *Partus Prematurus Imminens*

Prematurus iminens merupakan suatu kondisi ancaman pada kehamilan yang ditandai dengan munculnya tanda-tanda persalinan sebelum usia kehamilan mencapai aterm, yaitu antara 20 hingga kurang dari 37 minggu, dengan berat badan lahir bayi di bawah 2500 gram. Persalinan kurang bulan atau persalinan prematur adalah proses persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu atau ditandai dengan bayi yang memiliki berat lahir antara 500–2499 gram. Persalinan premature adalah persalinan yang berlangsung pada usia kehamilan 20 - < 37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (Shariff & Irhamna, 2024).

2. Etiologi *Partus Prematurus Imminens*

Pemendekan serviks (cervical shortening) merupakan salah satu penyebab utama terjadinya kelahiran prematur. Baik kelahiran prematur spontan maupun pemendekan serviks dipandang sebagai kondisi yang bersifat multifaktorial. Serviks pendek didefinisikan sebagai panjang serviks (cervical length/CL) ≤ 25 mm yang diukur melalui pemeriksaan ultrasonografi transvaginal (TVS) sebelum usia kehamilan 24 hingga 32 minggu. Panjang serviks merupakan variabel kontinu dengan nilai rata-rata berkisar antara 35–40 mm pada usia kehamilan 14 hingga 30 minggu.

Berbagai faktor dapat menyebabkan pemendekan serviks, antara lain infeksi intra-amniotik atau peradangan steril (yang ditandai dengan tidak ditemukannya mikroorganisme dalam cairan ketuban), perdarahan desidua, distensi uterus yang berlebihan, gangguan toleransi ibu-janin, serta faktor lainnya. Kondisi-kondisi klinis tersebut dapat memicu terjadinya pemendekan serviks secara prematur, yang sering kali berujung pada keguguran trimester kedua atau kelahiran prematur. Salah satu penyebab kelahiran prematur adalah pendeknya leher rahim akibat perubahan struktural yang mengarah pada insufisiensi serviks (cervical insufficiency/CI). Insufisiensi serviks ditandai oleh empat kriteria utama, yaitu dilatasi serviks tanpa nyeri, kejadian yang berulang, terjadinya persalinan pada trimester kedua, serta tidak ditemukannya penyebab lain. Kriteria ini digunakan untuk mengidentifikasi wanita yang mengalami persalinan dini semata-mata akibat

kelemahan struktural jaringan serviks, yang pada beberapa kasus dapat diperbaiki melalui tindakan pembedahan (Kurniaji & Zulfadli, 2024).

3. Faktor Risiko *Partus Prematurus Imminens*

a. Kehamilan Gemeli

Kehamilan gêmei dapat memicu terjadinya persalinan premature yang sebagian besar disebabkan oleh distensi uterus yang tinggi atau berlebih yang berakibat pula terjadinya kontraksi yang semakin sering dan dilatasi serviks. Kejadian persalinan premature diinduksi oleh kontraksi uterus dan dilatasi serviks tersebut (Jayantini *et al.*, 2025).

b. Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi intrauterin, karena setelah selaput ketuban pecah, mikroorganisme dapat bermigrasi masuk ke dalam rongga amnion. Oleh karena itu, pada kasus ketuban pecah dini, kehamilan sering kali harus diakhiri meskipun usia kehamilan belum mencapai cukup bulan. Selain itu, ketuban pecah dini juga dapat menimbulkan berbagai komplikasi, antara lain infeksi pada ibu maupun neonatus, serta meningkatkan risiko terjadinya persalinan premature (Julianti, 2024).

c. Paritas

Paritas dapat berperan sebagai salah satu faktor risiko terjadinya persalinan prematur. Risiko kesehatan bagi ibu dan bayi cenderung meningkat pada persalinan pertama serta pada persalinan keempat dan seterusnya. Pada kehamilan dan persalinan pertama, risiko tersebut muncul karena ibu belum memiliki pengalaman kehamilan sebelumnya dan jalan lahir baru pertama kali dilalui oleh janin. Sementara itu, persalinan yang terlalu sering dapat menyebabkan melemahnya rahim akibat terbentuknya jaringan parut pada uterus dari kehamilan yang berulang. Jaringan parut ini dapat mengganggu suplai darah ke plasenta, sehingga aliran nutrisi ke janin menjadi tidak optimal dan pertumbuhan janin dapat terganggu. Kondisi tersebut pada akhirnya meningkatkan risiko terjadinya persalinan premature (Mariana *et al.*, 2023).

d. Usia

Risiko terjadinya persalinan prematur cenderung meningkat pada ibu dengan usia ≤ 19 tahun dan ≥ 35 tahun. Pada usia ≤ 19 tahun, sistem peredaran darah menuju serviks dan uterus belum berkembang secara optimal, sehingga

suplai nutrisi ke janin menjadi kurang adekuat. Kondisi ini juga dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi selama kehamilan. Sementara itu, pada usia ≥ 35 tahun mulai tampak pengaruh proses penuaan yang ditandai dengan meningkatnya kejadian penyakit penyerta, seperti hipertensi dan diabetes melitus, yang dapat mengganggu aliran nutrisi dari ibu ke janin melalui plasenta.

Usia 20–35 tahun dikenal sebagai rentang usia reproduktif yang ideal karena berkaitan dengan kematangan organ reproduksi serta kesiapan mental ibu. Meskipun demikian, persalinan prematur tetap dapat terjadi pada kelompok usia ini, sebagaimana ditunjukkan dalam beberapa hasil penelitian, yang kemungkinan dipengaruhi oleh faktor lain seperti stres yang dialami selama kehamilan (Lontaan *et al.*, 2025).

e. Riwayat *partus prematurus*

Ibu hamil yang memiliki riwayat persalinan prematur menunjukkan risiko yang lebih tinggi untuk mengalami persalinan prematur berulang. Ibu yang sebelumnya pernah mengalami satu kali persalinan prematur memiliki risiko sekitar 15% untuk mengalami kejadian yang sama, sedangkan ibu dengan riwayat dua kali persalinan prematur memiliki risiko yang lebih besar, yaitu sekitar 32%. Kondisi ini diduga berkaitan dengan faktor genetik yang diturunkan, yang memengaruhi ekspresi sitokin melalui jalur inflamasi. Aktivasi jalur ini selanjutnya merangsang produksi prostaglandin dan metaloproteinase (MMP), yang berperan dalam memicu kontraksi uterus dan proses pematangan serviks, sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya persalinan premature (Lontaan *et al.*, 2025).

f. Jarak kehamilan

Jarak kehamilan merupakan faktor penting yang perlu diperhatikan, karena kehamilan dengan interval yang terlalu singkat dapat menyebabkan cadangan zat besi dan nutrisi dalam tubuh ibu belum pulih sepenuhnya, sehingga kembali terkuras untuk memenuhi kebutuhan janin. Pada jarak kehamilan yang pendek, ibu tidak memiliki waktu yang cukup untuk proses pemulihan, uterus yang membesar akibat kehamilan sebelumnya belum kembali ke ukuran normal, serta cadangan nutrisi belum sepenuhnya tergantikan. Kondisi ini dapat mengganggu sistem reproduksi dan

meningkatkan risiko terjadinya berbagai komplikasi, seperti persalinan prematur, anemia pada ibu, serta masalah kesehatan lainnya.

Sebaliknya, jarak kehamilan yang terlalu panjang juga dapat menimbulkan risiko, karena ibu memerlukan proses adaptasi yang serupa dengan kehamilan pertama. Selain itu, jarak kehamilan yang terlalu jauh sering berkaitan dengan meningkatnya usia ibu, yang dapat menyebabkan penurunan kondisi fisik selama kehamilan dan persalinan akibat melemahnya kekuatan serta fungsi otot uterus (Abdullah *et al.*, 2025).

4. Dampak *Partus Prematurus Imminens*

a. Bagi ibu

- 1) Perdarahan postpartum
- 2) Infeksi
- 3) Komplikasi persalinan

b. Bagi janin

- 1) Gangguan perkembangan
- 2) Kesulitan bernafas
- 3) Sepsis
- 4) Peningkatan risiko kematian neonatal (Yuliawati *et al.*, 2025)

B. Ketuban Pecah Dini

1. Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan kondisi terjadinya gangguan pada membran janin yang ditandai dengan keluarnya cairan ketuban melalui vagina secara spontan sebelum proses persalinan dimulai (Novirianthy *et al.*, 2021). Pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya, yaitu saat pembukaan serviks masih kurang dari 3 cm pada primipara dan kurang dari 5 cm pada multipara, dapat terjadi baik pada kehamilan cukup bulan maupun kehamilan kurang bulan.

Ketuban Pecah Dini juga dikenal dengan istilah premature rupture of membranes (PROM) atau preterm premature rupture of membranes (PPROM). PROM terjadi apabila kehamilan telah mencapai usia 37 minggu atau lebih dan sering disebut sebagai PROM aterm. Sementara itu, PPRM terjadi pada kehamilan dengan usia kurang dari 37 minggu, yang dikenal sebagai PROM preterm (Muliani, 2024).

2. Etiologi Ketuban Pecah Dini

- a. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban, infeksi yang berasal dari vagina, maupun infeksi pada cairan ketuban dapat memicu terjadinya ketuban pecah dini.
 - b. Serviks inkompeten, yaitu kondisi kanalis servikalis yang cenderung terbuka akibat kelainan pada serviks uteri, baik yang disebabkan oleh riwayat persalinan maupun tindakan kuretase, dapat meningkatkan risiko ketuban pecah dini.
 - c. Peningkatan tekanan intrauterin yang berlebihan juga dapat menyebabkan ketuban pecah dini. Kondisi ini dapat terjadi akibat trauma pemeriksaan selama kehamilan, seperti tindakan amniosentesis untuk pengambilan sampel cairan ketuban, serta pada kehamilan kembar.
 - d. Adanya sefalopelvik disproporsi, yaitu kondisi ketika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul, serta kelainan letak janin, menyebabkan bagian terbawah ketuban menerima tekanan intrauterin yang dominan, sehingga meningkatkan risiko terjadinya ketuban pecah dini (Therevina, 2022).
3. Patofisiologi Ketuban Pecah Dini

Ada beragam mekanisme yang menyebabkan ketuban pecah sebelum persalinan. Hal ini dapat terjadi akibat melemahnya fisiologis membran yang dikombinasikan dengan kekuatan yang disebabkan oleh kontraksi uterus. Infeksi intramniotik umumnya terkait dengan PPRM. Faktor risiko utama PPRM termasuk riwayat PPRM, panjang serviks pendek, perdarahan vagina trimester kedua atau ketiga, overdistensi uterus, defisiensi nutrisi tembaga dan asam askorbat, gangguan jaringan ikat, indeks massa tubuh rendah, status sosial ekonomi rendah, merokok, dan penggunaan obat-obatan terlarang. 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. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi matriks ekstraseluler. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah (Lindo & Wildan, 2023).

4. Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini

a. Anemia

Anemia merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya ketuban pecah dini. Pada ibu dengan anemia, kadar hemoglobin sebagai pembawa zat

besi dalam darah berkurang, yang mengakibatkan rapuhnya beberapa daerah dari selaput ketuban sehingga terjadi kebocoran pada daerah tersebut. Kadar hemoglobin yang rendah memungkinkan wanita hamil mudah mengalami infeksi. Defisiensi nutrisi dapat mempengaruhi respons tubuh terhadap infeksi dan kekuatan membran kolagen, abnormalitas struktur kolagen, serta perubahan matriks ekstraseluler. Anemia mempengaruhi kekuatan respons tubuh terhadap infeksi dan fungsi imun yang mengakibatkan penurunan kemampuan sel pembunuh alamiah (Rahmadeni & Hayat, 2022).

b. Usia

Usia reproduksi yang dianggap optimal untuk kehamilan berada pada rentang 20–35 tahun karena pada periode ini organ reproduksi telah berkembang dan berfungsi secara maksimal. Kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun dikategorikan sebagai kehamilan berisiko tinggi, karena organ reproduksi belum matang sepenuhnya sehingga dapat mempengaruhi pembentukan selaput ketuban secara tidak normal. Sebaliknya, kehamilan pada usia lebih dari 35 tahun dikaitkan dengan penurunan fungsi organ reproduksi yang berdampak pada proses embriogenesis, sehingga selaput ketuban cenderung lebih tipis dan rentan mengalami pecah sebelum waktunya (Riandari *et al.*, 2023).

c. Paritas

Paritas merupakan salah satu faktor risiko kejadian ketuban pecah dini dimana kehamilan yang terjadi terlalu sering dapat mengganggu proses embriogenesis, sehingga selaput ketuban yang terbentuk menjadi lebih tipis dan rentan pecah sebelum waktunya. Selain itu, kerusakan pada struktur serviks akibat persalinan sebelumnya meningkatkan risiko infeksi amnion (Wardani *et al.*, 2024).

d. Riwayat ketuban pecah dini

Ibu hamil dengan riwayat ketuban pecah dini (KPD) termasuk salah satu faktor risiko terjadinya KPD pada kehamilan selanjutnya. Wanita yang mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya atau menjelang persalinan memiliki kemungkinan 3–4 kali lebih tinggi untuk mengalami KPD kembali dibandingkan wanita tanpa riwayat KPD. Hal ini disebabkan oleh membran ketuban yang menjadi lebih rapuh dan penurunan kandungan kolagen pada kehamilan berikutnya (Riandari *et al.*, 2023).

e. Infeksi

Infeksi merupakan penyebab tersering dari persalinan preterm dan ketuban pecah dini, dimana bakteri dapat menyebar ke uterus dan cairan amnion sehingga memicu terjadinya inflamasi dan mengakibatkan persalinan preterm dan ketuban pecah dini. Terdapat beberapa macam bakteri yang dihubungkan dengan persalinan preterm dan ketuban pecah dini yaitu *gardrenella vaginalis*, *mycoplasma homnis*, *chlamydia*, *ureaplasma urealyticum*, *fusobacterium*, *trichomonas vaginalis*, *klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* dan *hemophilus vaginalis* (Erwani et al., 2023).

f. Usia kehamilan

Pada kehamilan dengan usia di atas 37 minggu, selaput ketuban cenderung mengalami pelemahan. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh pembesaran uterus, kontraksi janin, serta pergerakan janin. Selain faktor mekanik, perubahan biokimia pada matriks ekstraseluler amnion dan korion, serta peningkatan apoptosis pada membran janin, turut menyebabkan selaput ketuban menjadi lebih mudah pecah. Faktor tambahan seperti asupan nutrisi yang kurang memadai dan kurangnya pemeriksaan antenatal secara rutin selama kehamilan juga dapat memperburuk kondisi ini. Berbeda dengan kehamilan muda, pada kehamilan awal selaput ketuban relatif lebih kuat, sehingga kejadian ketuban pecah dini lebih sering terjadi pada kehamilan aterm dibandingkan kehamilan preterm (Novitasari et al., 2021)

5. Dampak Ketuban Pecah Dini

- a. Infeksi maternal ataupun neonatal
- b. Persalinan premature
- c. Hipoksia
- d. Deformitas janin
- e. Meningkatnya insidenseksio caesaria
- f. Gagalnya persalinan normal
- g. Distress pernapasan (Rahmadeni & Hayat, 2022).

6. Tanda dan Gejala Ketuban Pecah Dini

- a. Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina
- b. Berbau amis
- c. Berwarna pucat
- d. Cairan keluar terus menerus (Adawiyah et al., 2024)

C. Anemia

1. Pengertian Anemia

Anemia adalah kondisi di mana tubuh mengalami kekurangan sel darah merah, yang mengandung hemoglobin sebagai pembawa oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Anemia atau kekurangan sel darah merah yaitu suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin (protein yang membawa oksigen) dalam sel darah merah berada di bawah normal. Sel darah merah itu sendiri mengandung hemoglobin yang berperan untuk mengangkut oksigen dari paru – paru dan mengantarkan ke seluruh bagian tubuh. Pada ibu hamil, anemia diklasifikasikan berdasarkan trimester kehamilan. Tingkat anemia pada trimester I (0–12 minggu) ditandai dengan kadar hemoglobin < 11 g/dL, trimester II (13–28 minggu) $< 10,5$ g/dL, dan trimester III (< 11 g/dL). Kekurangan hemoglobin ini dapat mempengaruhi oksigenasi jaringan maternal dan janin, serta meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan dan persalinan (Carolin & Novelia, 2021).

2. Etiologi Anemia

Penyebab anemia pada ibu hamil dapat dikategorikan menjadi penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung terjadi ketika asupan zat besi dari makanan tidak mencukupi, yang dapat dipengaruhi oleh rendahnya kandungan zat besi dalam bahan makanan, praktik pemberian makanan yang kurang optimal, atau kondisi sosial-ekonomi yang terbatas sehingga akses terhadap makanan bergizi menjadi terbatas. Selain itu, penyerapan zat besi di saluran pencernaan dapat terganggu akibat pola makan yang kurang beragam atau adanya komponen dalam makanan yang menghambat absorpsi, seperti fitat, polifenol, dan kalsium. Faktor lain yang termasuk penyebab langsung adalah peningkatan kebutuhan zat besi, terutama pada masa kehamilan dan menyusui, ketika tubuh membutuhkan jumlah zat besi yang lebih besar untuk mendukung pembentukan sel darah merah tambahan, pertumbuhan janin, dan suplai oksigen yang optimal.

Selain penyebab langsung, anemia pada ibu hamil juga dapat disebabkan oleh faktor tidak langsung yang bersifat lebih kompleks dan sering mempengaruhi status gizi secara keseluruhan. Faktor tidak langsung meliputi kondisi kesehatan ibu, seperti infeksi kronis, parasit (misalnya malaria atau cacingan), penyakit ginjal atau gangguan hematologi lain, yang dapat mengganggu produksi atau umur sel darah merah. Selain itu, kondisi sosial-ekonomi, pendidikan, dan lingkungan juga

memegang peran penting; ibu dengan tingkat pendidikan rendah atau akses terbatas terhadap layanan kesehatan cenderung memiliki pengetahuan nutrisi yang kurang memadai dan lebih sulit mendapatkan makanan kaya zat besi atau suplementasi yang tepat (Fatmawati *et al.*, 2023).

3. Patofisiologi Anemia

Anemia pada ibu hamil terjadi ketika kadar hemoglobin dalam darah menurun di bawah normal, sehingga kemampuan darah mengangkut oksigen berkurang. Selama kehamilan terjadi peningkatan volume plasma lebih cepat dibandingkan peningkatan sel darah merah, yang menyebabkan hemodilusi fisiologis dan menurunkan konsentrasi hemoglobin. Selain itu, kebutuhan zat besi meningkat untuk mendukung pembentukan sel darah merah tambahan, pertumbuhan janin, dan suplai oksigen ke plasenta; jika asupan atau cadangan zat besi tidak mencukupi, eritropoiesis terganggu sehingga sel darah merah menjadi hipokromik dan mikrositer. Kekurangan mikronutrien lain seperti folat dan vitamin B12, gangguan absorpsi, serta kondisi kesehatan ibu yang menurun juga memperburuk anemia. Kombinasi faktor fisiologis, nutrisi, dan penyakit ini menurunkan produksi sel darah merah dan hemoglobin, meningkatkan risiko komplikasi bagi ibu dan janin.

4. Faktor Risiko Anemia

a. Umur

Umur merupakan faktor risiko kejadian anemia pada ibu hamil. Umur seorang ibu berhubungan dengan reproduksi wanita. Umur reproduksi yang sehat dan aman adalah umur 20–35 tahun. Kehamilan di usia < 20 tahun dan di atas 35 tahun dapat menyebabkan anemia karena pada kehamilan di usia < 20 tahun secara biologis belum optimal, emosinya cenderung labil, mentalnya belum matang sehingga mudah mengalami keguncangan yang mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap pemenuhan kebutuhan zat gizi selama kehamilannya. Sedangkan pada usia > 35 tahun terkait dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit yang sering terjadi (Namangdjabar *et al.*, 2022).

b. Jarak Kehamilan

Ibu hamil berisiko mengalami anemia terutama pada kelompok yang memiliki jarak kehamilan terlalu dekat, yaitu kurang dari 2 tahun. Kondisi ini terjadi karena tubuh ibu belum sepenuhnya pulih dari kehamilan dan persalinan sebelumnya, sehingga kesehatan ibu menurun. Penurunan kondisi kesehatan ini

dapat memengaruhi kemampuan tubuh dalam memenuhi kebutuhan nutrisi, termasuk zat besi, sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya anemia pada kehamilan berikutnya (Namangdjabar *et al.*, 2022).

c. Status gizi

Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat menimbulkan dampak negatif baik bagi ibu maupun janin. Pada ibu, kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia dan menurunnya kemampuan darah untuk mengangkut oksigen serta zat gizi penting. Hal ini berdampak langsung pada janin, karena suplai oksigen dan nutrisi yang diterima menjadi terganggu, sehingga berisiko menimbulkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin (Fitriyanti & Arianti, 2024).

d. Usia kehamilan

Usia kehamilan memiliki hubungan yang signifikan dengan risiko anemia karena perubahan kebutuhan zat besi seiring bertambahnya usia kehamilan. Ibu hamil pada trimester kedua cenderung memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami anemia dibandingkan dengan mereka pada trimester pertama maupun ketiga. Hal ini terjadi karena selama kehamilan terjadi peningkatan volume plasma yang lebih cepat dibandingkan peningkatan sel darah merah, sehingga kadar hemoglobin dan hematokrit menurun. Penurunan ini mencapai titik terendah pada akhir trimester kedua, kemudian kembali meningkat secara bertahap selama trimester ketiga seiring adaptasi fisiologis tubuh terhadap kehamilan.

5. Dampak Anemia

- a. Berat badan janin kurang
- b. Plasenta previa
- c. Eklampsia
- d. Ketuban pecah dini
- e. *Partus premature*
- f. Perdarahan antepartum
- g. Gangguan pertumbuhan janin
- h. Asfiksia intrapartum (Rahmadeni & Hayat, 2022).

BAB III DOKUMENTASI SOAP

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. S USIA 30 TAHUN G3P2A0Ah1 USIA KEHAMILAN 36+6 MINGGU DENGAN KPD, RIWAYAT BSC, PPI DAN ANEMIA DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL

PENGKAJIAN DATA

Oleh : Rina Komalasari

SUBYEKTIF

Biodata

	Istri	Suami
1. Nama	: Ny. S	Tn. S
2. Umur	: 30 tahun	35 tahun
3. Agama	: Islam	Islam
4. Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
5. Pendidikan	: SMA	SMA
6. Pekerjaan	: Ibu rumah tangga	Swasta
7. Telepon	: 0857xxxxxxxx	0857xxxxxxxx
8. Alamat	: Pulutan RT 06 Pandowoharjo Bantul	Pulutan RT 06 Pandowoharjo Sewon Bantul

1. Alasan kunjungan saat ini

Ibu datang ke IGD ingin memeriksakan kehamilan

2. Keluhan

Ibu mengatakan ketuban rembes dari jam 08.30 WIB pagi, kencing-kencing, riwayat SC 2 kali

3. Riwayat menstruasi

Menarche : 12 tahun

Siklus : 28 hari

Lama : 7 hari

Keluhan : Tidak ada

HPHT : 01-03-2025

HPL : 08-12-2025

4. Riwayat pernikahan

Ibu mengatakan ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suaminya, menikah usia 24 tahun, lawa perkawinan dengan suami sekarang 6 tahun

5. Riwayat obstetri

G3P2A0Ah1

6. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Hamil	Persalinan								
	Lahir	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Komplikasi	JK	BB Lahir	PB	H/M
I	2020	37+4 minggu	SC	Dokter	Tidak ada	LK	2440 gram	45 cm	Meninggal usia 40 hari
II	2021	38+4 minggu	SC	Dokter	Tidak ada	Pr	2780 gram	48 cm	Hidup, sehat

7. Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun

8. Pola kebutuhan sehari hari

a. Pola nutrisi

1) Makan : 3 kali sehari, porsi sedang, jenis nasi, lauk, sayur, buah, tidak ada patangan dan alergi, tidak ada keluhan

2) Minum : 7-8 gelas, 1500 ml, jenis air putih, tidak ada keluhan

b. Pola istirahat

Ibu mengatakan istirahat malam 7-8 ja, dam tidur siang 1 jam, tidak ada keluhan

c. Pola aktivitas

Ibu mengatakan tidak bekerja diluar, tetapi ibu tetap melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu lantai, mengepel, mencuci piring, mencuci baju, masak dan menyapu halaman

d. Pola eliminasi

1) BAB : 1 kali sehari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, bau tidak khas feses, tidak ada keluhan

2) BAK : 6-7 kali sehari, warna kuning jernih, bau khas urin, cair, tidak ada keluhan

- e. Personal hygiene
Ibu mengatakan mandi 2 kali/hari, ganti pakaian 2 kali/hari, gosok gigi 2 kali/hari dan keramas 3 kali/minggu
 - f. Pola seksualitas
Ibu mengatakan berhubungan seksual dengan suami 1 bulan sekali jika ibu sedang dalam keadaan nyaman
 - g. Pola menyusui
Ibu sedang tidak menyusui
 - h. Pola kebiasaan sehari-hari
Ibu mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat-obatan selain yang diberikan bidan serta tidak pernah mengonsumsi jamu-jamuan, minuman beralkohol serta merokok
9. Riwayat penyakit yang diderita ibu
Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi, diabetes, asma, malariam ginjal dan ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti HIV/AIDS
10. Riwayat kesehatan keluarga
Ibu mengatakan suami dan keluarga tidak pernah menderita penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi, diabetes, asma, malariam ginjal dan ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti HIV/AIDS
11. Riwayat ginekologi
Ibu mengatakan tidak pernah mengalami perdarahan dari jalan lahir atau pervagina yang belum jelas penyebabnya, tidak pernah mengalami keputihan yang lama dan tidak pernah menderita kelainan pada payudara seperti : kanker pada payudaranya, serta tidak pernah menderita penyakit kelamin, tidak pernah menderita kanker Rahim.
12. Riwayat psikososial spiritual dan ekonomi
- a. Respon ibu / keluarga terhadap kehamilan senang, ini adalah kehamilan yang diharapkan.
 - b. Ibu sudah mempersiapkan kehamilan sejak lama Pengambilan keputusan ada lah suami.
 - c. Hubungan ibu dengan suami maupun dengan keluarga Baik, suami dan keluarga selalu memberikan dukungan kepada ibu selama hamil dan keluarga juga ikut serta dalam membantu dan mendampingi ibu pada masa kehamilan
13. Keadaan lingkungan
- a. Ibu mengatakan lingkungan rumahnya aman, nyaman dan bersih
 - b. Ibu mengatakan tidak memiliki hewan peliharaan

OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. Tanda vital
Tekanan darah : 129/84 mmHg
Nadi : 103 kali/menit
Suhu : 36,3 C
Respirasi : 23 kali/menit
- d. Berat badan : 88 kg
- e. Tinggi badan : 155 cm
- f. IMT : 38 cm

2. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : Tidak ada kerontokan pada rambut, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan. bersih
- b. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada penekanan vena jugularis
- c. Wajah : Tidak pucat, tidak oedema, tidak ada bekas luka, tidak ada cloasma gravidarum
- d. Mata : Simetris, Sklera Putih, Konjungtiva Merah Muda, tidak ikterik
- e. Telinga : Simetris, terdapat dua lubang telinga, tidak ada serumen berlebih
- f. Hidung : Simetris, terdapat dua lubang hidung, bersih, tidak ada Pembengkakan polip
- g. Bibir dan Mulut : Tidak pucat, tidak pecah-pecah, tidak ada kelainan labioskizis maupun labiopalatoskizis
- h. Dada : Inspeksi : Bentuk dan ukuran simetris
Auskultasi : Irama jantung regular, suara paru paru vesikuler tanpa rochi dan wheezing
- i. Payudara : Membesar sesuai usia kehamilan, areola menghitam, puting menonjol, tidak ada benjolan, keluar cairan bening (colostrum belum tampak).

- j. Abdomen : INSPEKSI
Perut tampak membesar sesuai usia kehamilan.
Bentuk perut lonjong (memanjang) dengan puncak di fundus.
Linea nigra dan striae gravidarum tampak jelas.
Tidak tampak kontraksi, tidak ada luka atau kelainan kulit.
tampak luka jahitan post SC
PALPASI
TFU: 28 cm
Leopold I: TFU setinggi 3 jari di bawah processus xiphoideus. Bagian yang teraba lunak (bokong janin).
Leopold II: Punggung janin di sisi kanan, bagian kecil di sisi kiri.
Leopold III: Bagian bawah keras, bundar, melenting, (kepala janin).
Leopold IV: Kepala janin belum masuk PAP
DJJ: 155x/menit, teratur, Gerakan janin: Teraba aktif
His : Tidak ada
 $TBJ = (TFU - 12) \times 155$
 $(28 - 12) \times 155$
 $16 \times 155 = 2635 \text{ gram}$
- k. Genitalia : Bersih, tidak ada keputihan berlebihan, tidak ada tanda infeksi, tidak terlihat ada lendir darah.
Pemeriksaan Dalam : V/U Tenang, dinding vagina licin portio tebal lunak, tidak ada pembukaan, presentasi kepala, Tidak ada bagian yang menumbung, tidak ada molage, kepala dihodge III, stld (+) Air krtuban (+) jernih.
- l. Anus : Tidak ada hemoroid
- m. Ekstermitas atas : Tidak ada oedem, kekuatan otot baik, reflek fisiologis normal
- n. Ekstermitas bawah : Tidak ada oedem, kekuatan otot baik, reflek fisiologis normal, reflek patella (+)

3. Data penunjang

Pemeriksaan lakmua : Hasil (+)

Pemeriksaan HB : 9 gr/dL

CTG

ANALISA

Ny. S usia 30 tahun G3P2A0Ah1 usia kehamilan 36+6 minggu dengan KPD 8 jam, BSC 2 kali, PPI dan anemia

PENATALAKSANAAN

Tanggal : 06/11/2025

Pukul : 15.00 WIB

1. Memberitahu hasil pemeriksaan didapati hasil Tekanan Darah : 129/84MmHg Nadi : 103x/menit, Respirasi : 23 x/ menit, Suhu : 36.3 C, Tfu : 28 cm, perkiraan berat janin sekitar 2635gram, presentasi kepala, belum ada pembukaan, pemeriksaan lakmus (+) pemeriksaan laborat HB 9gr/dl
Evaluasi : Ibu telah mengetahui dengan hasil pemeriksaan yang disampaikan.
2. Kolaborasi dengan dokter SpOG dengan Advice:
Infus RL 20 tpm
Tranfusi 1 PRC premed dexta 1 amp lalu cek HB Post transfusi
Injek Ceftriaxone 1gr / 12 jam/ IV
Nivedipin 3x10mg
R/ USG besok konfirmasi.
Evaluasi : Advice dokter telah disiapkan dan form transfusi telah diberikan ke laborat.
3. Memberi penjelasan kepada ibu mengenai tindakan pemasangan infus, pemberian antibiotik, transfusi PRC, dan manfaat serta risikonya. Setelah ibu memahami, dilakukan permintaan persetujuan tindakan.
Evaluasi : Inform consent telah ditanda tangani
4. Infus dipasang pada lengan kiri menggunakan IV catheter ukuran 18G dengan teknik aseptik. Setelah pemasangan, cairan RL dialirkan dengan kecepatan 20 tpm sesuai advis.
Evaluasi : Infus terpasang dengan baik, jalur lancar, cairan mengalir tanpa hambatan.
5. Melakukan skin test antibiotik pada ibu dengan hasil negatif (tidak alergi). Dilanjutkan pemberian injeksi Ceftriaxone 1 g secara IV dan pemberian tablet Nifedipin 10 mg
Evaluasi : Obat telah diberikan dan ibu tidak mengeluhkan efek samping.

6. Melakukan verifikasi identitas pasien dan kecocokan kantong darah, memastikan kondisi kantong baik dan tidak rusak. Memulai transfusi melalui jalur IV yang sudah terpasang, serta memantau keadaan ibu pada 15 menit pertama.

Evaluasi : Transfusi dimulai dengan aman, tidak terdapat reaksi transfusi, dan ibu tampak nyaman.

7. Memantau tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, dan tanda-tanda reaksi transfusi setiap 15 menit pertama, 30 menit pertama serta 1 jam pertama

Evaluasi : Tanda vital ibu stabil dan tidak ditemukan reaksi transfusi.

8. Melakukan auskultasi denyut jantung janin (DJJ), memantau gerakan janin, dan mengobservasi warna serta jumlah cairan ketuban.

Evaluasi: DJJ normal, gerakan janin ada, dan cairan ketuban jernih.

9. Mendokumentasikan seluruh hasil pemeriksaan, tindakan, kolaborasi, terapi, dan evaluasi kondisi ibu dan janin dalam rekam medis.

Evaluasi: Dokumentasi lengkap dan sesuai standar asuhan kebidanan.



BAB IV PEMBAHASAN

A. Data Subyektif

Pengkajian kasus dilakukan pada tanggal 16 November 2025 didapatkan data subyektif yang mencakup identitas pasien, riwayat kesehatan pasien dan pola kesehariannya. Berdasarkan data subyektif didapatkan identitas pasien Ny. S usia 30 tahun. Usia 20–35 tahun dikenal sebagai rentang usia reproduktif yang ideal karena berkaitan dengan kematangan organ reproduksi serta kesiapan mental ibu. Meskipun demikian, persalinan prematur tetap dapat terjadi pada kelompok usia ini, sebagaimana ditunjukkan dalam beberapa hasil penelitian, yang kemungkinan dipengaruhi oleh faktor lain seperti stres yang dialami selama kehamilan (Lontaan *et al.*, 2025). Ibu datang ke IGD dengan keluhan ketuban rembes sejak pukul 08.30 WIB disertai kenceng-kenceng. Tanda dan gejala ketuban pecah yaitu keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina dengan aroma berbau amis dan tidak seperti bau ammonia serta berwarna pucat (Adawiyah *et al.*, 2024).

Hari pertama haid terakhir Ny. S yaitu 1 Maret 2025 maka umur kehamilan Ny. S saat ini 36+6 minggu dengan hari perkiraan lahir nya yaitu 8 Desember 2026 dengan riwayat obstetrik G3P2A0Ah1. *Partus prematurus iminens* merupakan suatu kondisi ancaman pada kehamilan yang ditandai dengan munculnya tanda-tanda persalinan sebelum usia kehamilan mencapai aterm, yaitu antara 20 hingga kurang dari 37 minggu (Shariff & Irhamna, 2024).

Persalinan pertama Ny. S yaitu pada tahun 2020 saat umur kehamilan 37+4 minggu lahir secara section caesaria ditolong oleh dokter. Persalinan kedua pada tahun 2021 saat umur kehamilan 38+4 minggu lahir secara section caesaria oleh dokter. Paritas merupakan salah satu faktor risiko kejadian ketuban pecah dini dimana kehamilan yang terjadi terlalu sering dapat mengganggu proses embriogenesis, sehingga selaput ketuban yang terbentuk menjadi lebih tipis dan rentan pecah sebelum waktunya. Selain itu, kerusakan pada struktur serviks akibat persalinan sebelumnya meningkatkan risiko infeksi amnion (Wardani *et al.*, 2024). Persalinan yang terlalu sering juga dapat menyebabkan melemahnya rahim akibat terbentuknya jaringan parut pada uterus dari kehamilan yang berulang. Jaringan parut ini dapat mengganggu suplai darah ke plasenta, sehingga aliran nutrisi ke janin menjadi tidak optimal dan pertumbuhan janin dapat terganggu. Kondisi tersebut pada akhirnya meningkatkan

risiko terjadinya persalinan premature (Mariana *et al.*, 2023). Ibu mengatakan belum pernah menggunakan kontrasepsi apapun.

Pola kebutuhan sehari-hari ibu yaitu makan 3 kali sehari, porsi sedang dengan jenis nasi, lauk, sayur, buah, tidak ada pantangan dan alergi, tidak ada keluhan. Minum 7-8 gelas sehari, 1500 ml, jenis air putih, tidak ada keluhan. Pola istirahat Ny. S yaitu tidur malam selama 7-8 jam dan tidur siang 1 jam perhari. Pola aktivitas sehari-hari Ny. S yaitu melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu lantai, mengepel, mencuci piring, mencuci baju, masak dan menyapu halaman. Pola eliminasi buang air besar 1 kali sehari dengan konsistensi lembek dan bau khas feses serta buang air kecil 6-7 kali sehari dengan warna kuning jernih, ibu tidak ada keluhan saat buang air besar dan kecil. Ibu tidak pernah mengonsumsi obat-obatan selain yang dianjurkan, tidak mengonsumsi jamu, minuman beralkohol dan merokok. Riwayat kesehatan ibu, suami dan keluarga tidak pernah menderita penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi, diabetes, asma, malaria ginjal dan ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti penyakit HIV/AIDS. Ibu juga tidak memiliki riwayat ginekologi yang pernah dialami.

B. Data Obyektif

Berdasarkan data obyektif, didapatkan keadaan umum Ny. S baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 121/84 mmHg, nadi 103 kali/menit, suhu 36,3 C dan respirasi 23 kali/menit. Berat badan Ny. S yaitu 88 kg dengan tinggi badan 155 cm maka dari tinggi badan dan berat badan didapatkan Indeks Massa Tubuh (IMT) sebesar 36. Berdasarkan klasifikasi dari World Health Organization (WHO), Indeks Massa Tubuh (IMT) dibagi ke dalam beberapa kategori, yaitu underweight atau berat badan kurang ($<18,5 \text{ kg/m}^2$), normal ($18,5\text{--}22,9 \text{ kg/m}^2$), overweight atau berat badan lebih ($23\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$), obesitas kelas I ($25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$), dan obesitas kelas II ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$). Maka dapat disimpulkan bahwa IMT Ny. S termasuk kedalam obesitas kelas II.

Dari hasil pemeriksaan fisik pada abdomen didapatkan perut tampak membesar sesuai usia kehamilan, bentuk perut memanjang dengan puncak fundus, terdapat linea nigra dan striae gravidarum. Dari hasil Leopold menunjukkan posisi janin yaitu bagian terendah janin menunjukkan bagian kepala, punggung janin berada di sebelah kanan serta bagian terbawah janin belum masuk pintu atas panggul. Tinggi fundus uteri 28 cm, maka diperoleh taksiran berat janin 2.635 gram. Denyut jantung janin 155 kali/menit terdengar teratur.

Pada genitalia luar terdapat pengeluaran cairan ketuban, tidak ada keputihan berlebih, tidak ada tanda infeksi dan tidak ada lendir darah. Hasil pemeriksaan fisik lain dalam batas normal. Pada mata konjungtiva tidak anemis serta tidak terdapat oedema pada wajah, kaki dan tangan. Hasil pemeriksaan dalam yaitu v/u tenang, dinding vagina licin, portio tebal lunak, tidak ada pembukaan, presentasi kepala, tidak ada bagian yang menumbung, tidak ada molage, kepala dihodge III, STLD (+), air ketuban (+) jernih. Selaput ketuban yang pecah sebelum waktunya yaitu sebelum proses persalinan dimulai atau ketika pembukaan serviks masih kurang dari 5 cm pada multipara atau premature rupture of membrane (PROM) yang terjadi ketika kehamilan sudah mencapai 37 minggu atau lebih, sering disebut PROM aterm (Muliani, 2024). Salah satu faktor risiko terjadinya *partus prematurus imminens* yaitu ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi intrauterin, karena setelah selaput ketuban pecah, mikroorganisme dapat bermigrasi masuk ke dalam rongga amnion. Oleh karena itu, pada kasus ketuban pecah dini, kehamilan sering kali harus diakhiri meskipun usia kehamilan belum mencapai cukup bulan. Selain itu, ketuban pecah dini juga dapat menimbulkan berbagai komplikasi, antara lain infeksi pada ibu maupun neonatus, serta meningkatkan risiko terjadinya persalinan premature (Julianti, 2024).

Pada data penunjang didapatkan hasil pemeriksaan laboratorium kadar hemoglobin Ny. S yaitu 9 gr/dl. Hasil tersebut menunjukkan bahwa Ny. S mengalami anemia. Anemia atau kekurangan sel darah merah yaitu suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin (protein yang membawa oksigen) dalam sel darah merah berada di bawah normal. Sel darah merah itu sendiri mengandung hemoglobin yang berperan untuk mengangkut oksigen dari paru – paru dan mengantarkan ke seluruh bagian tubuh. Pada ibu hamil, anemia diklasifikasikan berdasarkan trimester kehamilan. Tingkat anemia pada trimester I (0–12 minggu) ditandai dengan kadar hemoglobin < 11 g/dL, trimester II (13–28 minggu) < 10,5 g/dL, dan trimester III (< 11 g/dL). Kekurangan hemoglobin ini dapat mempengaruhi oksigenasi jaringan maternal dan janin, serta meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan dan persalinan (Carolyn & Novelia, 2021).

Anemia merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya ketuban pecah dini. Pada ibu dengan anemia, kadar hemoglobin sebagai pembawa zat besi dalam darah berkurang, yang mengakibatkan rapuhnya beberapa daerah dari selaput ketuban sehingga terjadi kebocoran pada daerah tersebut. Kadar hemoglobin yang rendah memungkinkan wanita hamil mudah mengalami infeksi. Defisiensi nutrisi dapat

mempengaruhi respons tubuh terhadap infeksi dan kekuatan membran kolagen, abnormalitas struktur kolagen, serta perubahan matriks ekstraseluler. Anemia mempengaruhi kekuatan respons tubuh terhadap infeksi dan fungsi imun yang mengakibatkan penurunan kemampuan sel pembunuh alamiah (Rahmadeni & Hayat, 2022).

C. Analisa

Berdasarkan identifikasi terhadap masalah serta data yang telah dikumpulkan melalui data subyektif dan data obyektif, maka dapat dirumuskan diagnosa kebidanan yaitu Ny. S usia 30 tahun G3P2A0Ah1 umur kehamilan 36+6 minggu dengan ketuban pecah dini, riwayat sc, partus prematurus imminens dan anemia. Dari masalah tersebut maka kebutuhan yang diberikan yaitu informasi dan penanganan untuk ketuban pecah dini, *partus prematurus imminens* dan anemia pada ibu hamil.

D. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. S yaitu memberitahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG dengan advice pemasangan infus Ringer Laktat 20 tetes per menit, transfusi 1 kantong PRC dengan premedikasi dexamethasone 1 ampul dan pemeriksaan Hb post transfusi, pemberian injeksi Ceftriaxone 1 gram tiap 12 jam secara intravena, Nifedipin 3×10 mg, serta rencana pemeriksaan USG keesokan hari untuk konfirmasi. Ibu diberikan penjelasan mengenai tindakan pemasangan infus, pemberian antibiotik, transfusi PRC beserta manfaat dan risikonya, dan setelah ibu memahami dilakukan permintaan persetujuan tindakan. Infus kemudian dipasang pada lengan kiri menggunakan IV catheter ukuran 18G dengan teknik aseptik dan cairan RL dialirkan sesuai advis.

Dilakukan skin test antibiotik dengan hasil negatif, dilanjutkan pemberian injeksi Ceftriaxone 1 gram secara IV serta tablet Nifedipin 10 mg. Selanjutnya dilakukan verifikasi identitas pasien dan kecocokan kantong darah, memastikan kondisi kantong darah baik, kemudian transfusi PRC dimulai melalui jalur IV yang telah terpasang dengan pemantauan ketat pada 15 menit pertama. Transfusi darah pada ibu hamil dilakukan sebagai upaya terapeutik pada kasus anemia berat apabila pemberian nutrisi dan suplementasi zat besi tidak memberikan hasil yang adekuat atau ketika kondisi ibu dan janin berada dalam keadaan yang mengancam keselamatan (Sungkar & Surya, 2020).

Pemantauan tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, suhu tubuh, serta tanda-tanda reaksi transfusi dilakukan pada 15 menit pertama, 30 menit pertama, dan 1 jam pertama. Selain itu dilakukan pemantauan kesejahteraan janin melalui auskultasi denyut jantung janin, observasi gerakan janin, serta warna dan jumlah cairan ketuban. Seluruh hasil pemeriksaan, tindakan, kolaborasi, terapi, dan evaluasi kondisi ibu serta janin didokumentasikan secara lengkap dalam rekam medis. Penatalaksanaan tindakan asuhan kebidanan pada ny. S dengan ketuban pecah dini, *partus prematurus imminens* dan anemia sesuai dengan diagnosa yang ditemukan untuk mengantisipasi terjadi masalah yang lebih buruk.



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB V

SIMPULAN

Pada bab ini penulis mengambil kesimpulan dari *case based discussion* yang berjudul Asuhan Kebidanan Pada Ny. S Usia 30 Tahun G3P2A0Ah1 Umur Kehamilan 36+6 Minggu Dengan KPD, Riwayat BSC, PPI dan Anemia Di RSUD Muhammadiyah Bantul, yaitu:

1. Berdasarkan data subyektif, Ny. S usia 30 tahun datang ke IGD dengan keluhan ketuban rembes sejak pukul 08.30 WIB disertai kenceng-kenceng. Hari pertama haid terakhir Ny. S yaitu 1 Maret 2025 maka hari perkiraan lahir yaitu 8 Desember 2025 dengan riwayat obstetric G3P2A0Ah1. Persalinan pertama Ny. S yaitu pada tahun 2020 saat umur kehamilan 37+4 minggu lahir secara section caesaria ditolong oleh dokter. Persalinan kedua pada tahun 2021 saat umur kehamilan 38+4 minggu lahir secara section caesaria oleh dokter. Ibu, suami dan keluarga tidak menderita penyakit menurun dan penyakit menular.
2. Berdasarkan data obyektif, keadaan umum Ny. S baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 121/84 mmHg, nadi 103 kali/menit, suhu 36,3 C dan respirasi 23 kali/menit. Berat badan Ny. S yaitu 88 kg, tinggi badan 155 cm maka didapatkan IMT sebesar 36. Dari hasil pemeriksaan fisik pada abdomen didapatkan bagian terendah janin menunjukkan bagian kepala, punggung janin berada di sebelah kanan serta bagian terbawah janin belum masuk pintu atas panggul. Tinggi fundus uteri 28 cm, maka diperoleh taksiran berat janin 2.635 gram. Denyut jantung janin 155 kali/menit terdengar teratur. Pada genitalia luar terdapat pengeluaran cairan ketuban, tidak ada keputihan berlebih, tidak ada tanda infeksi dan tidak ada lendir darah. Hasil pemeriksaan fisik lain dalam batas normal. Pada data penunjang didapatkan hasil pemeriksaan laboratorium kadar hemoglobin Ny. S yaitu 9 gr/dl.
3. Berdasarkan identifikasi terhadap masalah serta data yang telah dikumpulkan melalui data subyektif dan data obyektif, maka dapat dirumuskan diagnosa kebidanan yaitu Ny. S usia 30 tahun G3P2A0Ah1 umur kehamilan 36+6 minggu dengan ketuban pecah dini, riwayat sc, partus prematurus imminens dan anemia.
4. Penatalaksanaan tindakan asuhan kebidanan pada Ny. S yaitu sesuai dengan diagnose yang ditemukan untuk mengantisipasi terjadi masalah yang lebih buruk. Dimana tindakan yang diberikan yaitu penanganan untuk anemia yaitu pemberian transfusi kolaborasi dengan dokter SpOG dan pemantauan kesejahteraan janin serta warna dan jumlah cairan ketuban.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, S. S., Rahma, R., & Masni, M. (2025). Faktor Risiko Kejadian Persalinan Prematur Di Rumah Sakit Umum Daerah Daya Kota Makassar Tahun 2023. *Hasanuddin Journal of Public Health*, 6(1 SE-Articles), 22–32. <https://doi.org/10.30597/hjph.v6i1.35942>
- Adawiyah, R., Sulistyorini, L., Nurahmawati, D., & Noeraini, A. R. (2024). Gambaran Penyebab Terjadinya Ketuban Pecah Dini pada Ibu Hamil di RS TNI AD DKT Kediri. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan, Sains dan Pembelajaran*, 4(1 SE-Articles), 273–279. <https://doi.org/10.29407/bebxg383>
- Carolyn, B. T., & Novelia, S. (2021). Promosi Kesehatan Tentang Personal Hygiene Sebagai Upaya Pencegahan Flour Albus Pada Remaja Puteri Melalui Zoominar. *Journal of Community Engagement in Health*, 4(1 SE-Articles), 214–218. <https://doi.org/10.30994/jceh.v4i1.154>
- Fatmawati, Fridayenti, & Paulina, A. J. (2023). Penyuluhan Anemia Dan Pemeriksaan Hemoglobin Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Sungai Sembilan. *Jurnal Pengabdian Untuk Mu NegeRI*, 7, 41–47.
- Fitriyanti, & Arianti, M. (2024). Faktor Risiko Terhadap Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil. *Jurnal Keperawatan Bunda Delima*, 6, 19–28.
- Jayantini, D. A. M., Rahayu, S., & Dewi, I. G. A. A. N. (2025). Kehamilan Gemeli Dan Ketuban Pecah Dini sebagai Risiko Kejadian PartusPrematurusIminens. *Midwifery Care Journal*, 0–7.
- Julianti, U. F. (2024). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Preterm di RSU Santo Vincentius Kota singkawang. *KUNKUN: Journal of Multidisciplinary Research*, 1(2 SE-Articles), 157–162. <https://ejournal.mediakunkun.com/index.php/kunkun/article/view/100>
- Kurniaji, I., & Zulfadli, Z. (2024). Thirty Week Multigravid Pregnant Woman with Imminent Preterm and Cervical Shortening Single Life Fetus Presentation of Head : A Case Report. *Medical Profession Journal of Lampung*, 14(7 SE-), 1269–1273. <https://doi.org/10.53089/medula.v14i7.1193>
- Lindo, M., & Wildan, D. R. (2023). Ketuban Pecah Dini dan Oligohidramnion pada Kehamilan Preterm. *Jurnal Ilmu Kesehatan Abdurrah*, 1(2 SE-Articles), 81–87. <https://jurnal.univrab.ac.id/index.php/jika/article/view/3685>
- Lontaan, G. I. A., Wagey, F. W., & Tendean, H. M. M. (2025). Hubungan Faktor-Faktor Risiko dengan Persalinan Prematur di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode 2021–2022. *e-CliniC*, 13(1 SE-Articles), 78–84. <https://doi.org/10.35790/ecl.v13i1.60616>
- Mariana, F., Istiqamah, & Herni, N. (2023). The Relationship Between Parity And The Incidence Of Partus Prematurus Imminens In Pregnant Women. *Midwifery And Complementary Care*, 2(1 SE-Articles), 1–6. <https://doi.org/10.33859/mcc.v2i1.601>
- Muliani, R. H. (2024). Analisis Faktor Resiko Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Margadana. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda*, 10(1 SE-Articles), 1–4. <https://doi.org/10.52943/jikebi.v10i1.1555>
- Namangdjabar, O. L., Weraman, P., & Mirong, I. D. (2022). Faktor Risiko Terjadinya Anemia Pada Ibu Hamil. *Journal of Telenursing*, 4, 568–574.

- Novirianthy, R., Safarianti, Syukri, M., Yeni, C. M., & Arzda, M. I. (2021). Profil ketuban pecah dini pada ibu bersalin di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 21(3). <https://doi.org/10.24815/jks.v21i3.21299>
- Novitasari, A. A., Tihardimanto, A., & Rahim, R. (2021). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di RSUD Lamaddukelleng Kab. Wajo. *Al-Iqra Medical Journal : Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran*, 5(2), 10–18.
- Puspitasari, I., Trisanti, I., & Safitri, A. (2023). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di Ruang Ponek Rsu Kumala Siwi Kudus. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 14(1), 253–260.
- Rahmadeni, A. S., & Hayat, N. (2022). Hubungan Anemia Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Hamil Di RSUD Embung Fatimah. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 145–150.
- Riandari, A., Hikmah Noor Ulfa, Erlita, Suparti, Nesa Faresa, Lilis Suryani, Elvira Elsa Yamba Kombi, Runiatin, & Kartika Sari. (2023). Literature Review Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini. *Prosiding Seminar Nasional dan CFP Kebidanan Universitas Ngudi Waluyo*, 2(2 SE-Articles), 1233–1243. <https://callforpaper.unw.ac.id/index.php/semnasdancfpbidanunw/article/view/632>
- Shariff, F. O., & Irhamna, T. (2024). G5P4A0 28 Weeks Pregnant with Imminens Premature Parturition. *Medical Profession Journal of Lampung*, 14(4 SE-), 773–780. <https://doi.org/10.53089/medula.v14i4.1020>
- Sungkar, A., & Surya, R. (2020). Transfusi Dara Pada Kasus Obstetri. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 8, 197–200.
- Therevina, A. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y P1a0 Dengan Ketuban Pecah Dini Di Ruang Nifas Maternal Pertumbuhan Janin Terhambat Rsup Dr. Sardjito Yogyakarta. Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- Wardani, F. D. A. K., Windari, F., & Octavia, T. (2024). Faktor Risiko Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Hamil. *Jurnal Dunia Kesmas*, 13, 83–91.
- Yuliawati, N. P. P., Sriasih, N. G. K., & Marhaeni, G. A. (2025). Gambaran Kejadian Partus Prematurus Imminens di Rumah Sakit Ngoerah Denpasar tahun 2020-2024 : Overview. *Bali Health Published Journal*, 7(2 SE-Articles), 95–109. <https://doi.org/10.47859/bhpj.v7i2.705>