

LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)

**STASE ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN
KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL
ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL PADA
NY. A R USIA 35 TAHUN G2P0A1 UK 36 MINGGU 3 HARI DENGAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) 2 JAM
DI RSU PKU MUHAMMADIYAH DELANGGU
TAHUN AKADEMIK 2026/2027**

**Dosen Pembimbing Pendidikan :
Nuli Nuryanti Zulala, S.ST, M.Keb**



**Disusun Oleh :
Ledy Suprihatin
2510106043**

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

HALAMAN PENGESAHAN

**STASE ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN
KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL
ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL PADA
NY. A R USIA 35 TAHUN G2P0A1 UK 36 MINGGU 3 HARI DENGAN
KETUBAN PECAH DINI (KPD) 2 JAM
DI RSU PKU MUHAMMADIAH DELANGGU**



Delanggu, 01 Januari 2026

Pembimbing Pendidikan

Preceptor

Mahasiswa

(Nuli Nuryanti Zulala, S.ST, M.Keb)

(Ning pudi Astuti, Amd.Keb)

(Ledy Suprihatin)

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	3
BAB I PENDAHULUAN	4
A. Latar Belakang.....	4
B. Tujuan	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
A. KONSEP DASAR KETUBAN PECAH DINI (KPD).....	6
B. ETIOLOGI	6
C. TANDA DAN GEJALA.....	7
D. PENATALAKSANAAN KEGAWADARURATAN KPD	8
BAB III DOKUMENTASI SOAP	9
A. SUBYEKTIF	9
B. OBYEKTIF	12
C. ANALISA :	14
D. PENATALAKSANAAN	14
BAB IV PEMBAHASAN.....	17
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	18
DAFTAR PUSTAKA.....	19

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya persalinan yang dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD pada kehamilan preterm (PPROM) terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu. Kondisi ini merupakan salah satu penyebab utama persalinan prematur yang meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas neonatal, serta risiko infeksi (korioamnionitis) pada ibu. Angka kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih menjadi salah satu penyebab kematian yang tertinggi di Asia. Untuk itu pemerintah Indonesia bekerja sama dengan negara-negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) untuk mengatasi peningkatan angka kematian ibu yaitu dengan membentuk Sustainable Development Goals (SDGs). Pada dasarnya tujuan pembangunan SDGs adalah meniadakan angka kematian ibu. Target SDGs WHO menargetkan penurunan AKI menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Berdasarkan keputusan SDGs tersebut, Indonesia merupakan negara yang diberikan beban berat untuk menurunkan angka kematian ibu, karena di Indonesia AKI masih tinggi jika dibandingkan dengan negara tetangga seperti Malaysia dan Filipina. AKI merupakan indikator penting yang harus dipertimbangkan, karena setiap individu berhak mendapatkan perlakuan dan penghargaan yang sama (Aprirosita et al., 2025).

Faktor risiko KPD meliputi usia ibu (terlalu muda atau >35 tahun), paritas, riwayat KPD sebelumnya, infeksi pada saluran reproduksi, serta gaya hidup. Penanganan yang tepat sangat diperlukan untuk menyeimbangkan risiko infeksi jika kehamilan dipertahankan dan risiko prematuritas jika janin segera dilahirkan. Menurut laporan terbaru WHO, angka kematian ibu secara global masih menjadi tantangan, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Faktor utama penyebab kematian ibu adalah perdarahan postpartum, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, dan komplikasi persalinan. Pada tahun 2023 World Health Organization (WHO) memperkirakan kematian ibu terjadi setiap 2 menit. Hampir 800 wanita meninggal setiap harinya ditahun 2020 karena penyebab yang dapat dicegah terkait kehamilan dan persalinan. 95% dari keseluruhan jumlah kematian ibu di dunia terjadi di negara dengan penghasilan rendah dan menengah bawah (WHO, 2020). Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI, AKI di Indonesia pada 2023 diperkirakan sekitar 230–250 per 100.000 kelahiran hidup, mengalami penurunan

dibandingkan beberapa tahun sebelumnya (359 per 100.000 pada 2019, menurut Survei Penduduk Antar Sensus (Kemenkes RI, 2023).

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal pada kasus KPD secara komprehensif sesuai standar praktik kebidanan.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian data subjektif dan objektif secara sistematis
- b. Menegakkan diagnosa kebidanan sesuai dengan kondisi Ny. A.R
- c. Menyusun dan melaksanakan rencana asuhan kebidanan yang tepat pada kasus KPD
- d. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP DASAR KETUBAN PECAH DINI (KPD)

Ketuban Pecah Dini merupakan suatu keadaan berisiko tinggi dalam kehamilan dan persalinan yang dilihat dari sudut ibu dan janin diperlukan pengawasan antenatal untuk mengetahui secara dini keadaan risiko pada ibu dan janin. Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan atau janinnya mempunyai outcome buruk apabila dilakukan tatalaksana secara umum seperti yang dilakukan pada kasus normal. Dengan demikian untuk menghadapi kehamilan atau persalinan terhadap janin risiko tinggi harus diambil sikap proaktif berencana dengan upaya promotif dan preventif, sampai pada waktunya harus diambil sikap tepat dan cepat untuk dapat menyelamatkan ibu dan bayinya. Kesalahan dalam mengelola KPD membawa akibat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayinya. Penyebab KPD belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban ataupun asenderen dari vagina atau serviks. Selain itu fisiologi kelainan letak janin, usia wanita kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun, paritas, dan riwayat KPD sebelumnya (Aprirosita et al., 2025).

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum dimulainya proses persalinan. Kondisi ini menjadi salah satu komplikasi kehamilan yang perlu mendapat perhatian khusus karena dapat menimbulkan risiko serius bagi ibu dan bayi. Komplikasi yang dapat timbul antara lain infeksi intrapartum, prematuritas, asfiksia, dan gangguan pernapasan pada bayi, serta infeksi postpartum pada ibu. KPD dapat disebabkan oleh berbagai faktor, di antaranya usia ibu, paritas, riwayat KPD sebelumnya, infeksi, anemia, kelainan letak janin, dan kehamilan ganda (Astuti et al., 2025).

B. ETIOLOGI

Ketuban Pecah Dini merupakan suatu keadaan berisiko tinggi dalam kehamilan dan persalinan yang dilihat dari sudut ibu dan janin diperlukan pengawasan antenatal untuk mengetahui secara dini keadaan risiko pada ibu dan janin. Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan atau janinnya mempunyai outcome buruk apabila dilakukan tatalaksana secara umum seperti yang dilakukan pada kasus normal. Dengan demikian untuk menghadapi kehamilan atau persalinan terhadap janin risiko tinggi harus diambil sikap proaktif berencana dengan upaya promotif dan preventif, sampai

pada waktunya harus diambil sikap tepat dan cepat untuk dapat menyelamatkan ibu dan bayinya. Kesalahan dalam mengelola KPD membawa akibat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayinya. Penyebab KPD belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban ataupun asenderen dari vagina atau serviks. Selain itu fisiologi kelainan letak janin, usia wanita kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun, paritas, dan riwayat KPD sebelumnya (Aprirosita et al., 2025).

C. TANDA DAN GEJALA

Diagnosis KPD umumnya dapat ditegakkan melalui anamnesis yang teliti dan pemeriksaan fisik yang akurat. Tanda dan gejala tersebut meliputi

1. Tanda Klinis (Anamnesis)
 - a. Keluar Cairan Mendadak: Ibu mengeluhkan keluarnya cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir (*sudden gush of fluid*).
 - b. Karakteristik Cairan: Cairan biasanya berwarna jernih, putih keruh, atau kadang bercampur sedikit darah (namun bukan darah segar). Cairan ini memiliki bau yang khas (amis/bau ketuban) dan berbeda dengan bau urine.
 - c. Perasaan Basah: Ibu sering kali merasa pakaian dalamnya basah secara terus-menerus meskipun sudah diganti.
 - d. Tidak Bisa Ditahan: Cairan yang keluar tidak dapat ditahan oleh ibu (berbeda dengan inkontinensia urine di mana ibu terkadang masih bisa menahan keluarnya air seni).
2. Gejala Fisik (Pemeriksaan Objektif)
 - a. Genangan Cairan (Pooling): Pada pemeriksaan inspekulo (menggunakan spekulum), terlihat adanya genangan cairan ketuban di bagian belakang vagina (*forniks posterior*).
 - b. Cairan Keluar dari OUI: Saat ibu diminta untuk mengejan atau batuk (Tes Valsava), akan terlihat cairan mengalir keluar dari Ostium Uteri Eksternum (OUI).
 - c. Penurunan Tinggi Fundus Uteri (TFU): Dalam beberapa kasus di mana cairan sudah keluar sangat banyak, perut ibu tampak lebih kecil dari usia kehamilan seharusnya (karena *oligohidramnion*).

3. Pemeriksaan Diagnostik / Laboratorium

Untuk memastikan bahwa cairan tersebut adalah air ketuban dan bukan keputihan atau urine, dilakukan tes berikut:

a. Tes Nitrazin (Tes Lakmus):

- 1) Menggunakan kertas lakmus merah.
- 2) Cairan ketuban bersifat basa (pH 7,0 – 7,5).
- 3) Hasil Positif: Kertas lakmus merah akan berubah menjadi biru. (Catatan: Hasil bisa bias jika tercampur darah atau air mani).

b. Tes Pakis (Fern Test):

- 1) Cairan diambil dan diletakkan di objek glass, lalu dibiarkan kering.
- 2) Di bawah mikroskop, akan terlihat gambaran seperti daun pakis (*arborisasi*) yang terbentuk dari kristal natrium klorida dalam air ketuban.

c. Pemeriksaan USG: Digunakan untuk melihat volume air ketuban (*Amniotic Fluid Index / AFI*). Pada kasus KPD, biasanya volume air ketuban berkurang (*oligohidramnion*).

4. Tanda Gejala Komplikasi (Infeksi/Korioamnionitis)

Jika KPD sudah berlangsung lama (lebih dari 12-24 jam), sering kali muncul tanda-tanda infeksi yang harus diwaspadai:

- a. Ibu mengalami demam (Suhu $>38^{\circ}\text{C}$).
- b. Takikardia: Nadi ibu cepat (>100 x/menit) dan denyut jantung janin meningkat (>160 x/menit).
- c. Cairan ketuban berbau busuk atau berwarna kehijauan (mekonium).
- d. Nyeri tekan pada rahim/uterus.

D. PENATALAKSANAAN KEGAWADARURATAN KPD

Penanganan KPD terdapat pada kebijakan pemerintah dalam Permenkes Nomor yang 369/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan terdapat pada kompetensi ke-3 tentang asuhan dan konseling selama kehamilan yaitu bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu. Dalam hal ini bidan harus mampu memberikan pelayanan kesehatan seoptimal mungkin dengan melakukan deteksi dini untuk meminimalisir terjadinya komplikasi yang akan terjadi sehingga dapat mengurangi angka kematian ibu salah satunya adalah kejadian ketuban pecah dini (Yulianti et al., 2023).

BAB III
DOKUMENTASI SOAP

ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL PADA NY. A R
USIA 35 TAHUN G2P0A1 UK 36 MINGGU 3 HARI DENGAN KETUBAN
PECAH DINI (KPD) 2 JAM

DI RSU PKU MUHAMMADIYAH DELANGGU KLATEN

SUBJEKTIF

oleh : Ledy Suprihatin
Tanggal/jam : 01 Januari 2026/ Jam : 03.31 Wib
Ruang : VK

A. SUBYEKTIF

I. Biodata

	Istri	Suami
1. Nama	: ny. A	Tn. S
2. Umur	: 34 tahun	38 tahun
3. Agama	: Islam	Islam
4. Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
5. Pendidikan	: SMA	SMA
6. Pekerjaan	: IRT	Karyaswasta
7. No. Telp.	: 0823xxxxxxx8	0823xxxxxxx8
8. Alamat	: Jetis, Kagokan Gatak Rt /Rw 01/04 Pokak, Klaten Jawa Tengah	

1. Alasan kunjungan saat ini : Ibu mengatakan keluar air-air dari jalan lahir sejak pukul 01:00 wib
2. Keluhan : ibu mengatakan keluar air - air cairan dari jalan lahir sejak jam 01 : 00 wib, ibu mengatakan kenceng-kenceng (kontraksi) masih jarang
3. Riwayat Menstruasi

Menarche Umur : 13 Tahun
Siklus : 30 Hari
Lama : 5-7 Hari
Banyaknya : Ibu Mengatakan Ganti Pembalut Sehari 3-5 Kali
Sifat Darah : Hari Pertama Merah Tua, Hari Berikutnya Merah Segar
Keluhan : Tidak Ada

4. Riwayat Pernikahan

Menikah umur : 17 tahun
pernikahan ke : Ke-1
Lama pernikahan : 18 tahun

5. Riwayat Obstetri : G2 P0 A1 AH0

6. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu:

1. Abortus inkomplit tahun 2023 di lakukan kuretase
2. Hamil ini

7. Riwayat kontrasepsi yang digunakan : ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun.

8. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari :

a. Pola nutrisi

- Makan : 3 kali sehari, porsi sedang, jenis nasi, lauk pauk, dan sayuran, buah-buahan keluhan tidak ada.
- Minum : $\pm$ 8 kali sehari, 8 gelas, jenis air mineral dan susu ibu hamil keluhan tidak ada keluhan

b. Pola istirahat : ibu mengatakan istirahat 6-7 jam per hari, tidur siang 1 jam

c. Pola Aktivitas : Aktivitas ringan-sedang, seperti pekerjaan rumah tangga ringan. Masih mampu mobilisasi mandiri saat datang, tempat tidur, namun sudah dapat bergerak ringan seperti duduk, berjalan ke kamar mandi,

- d. Pola eliminasi :
- BAB : 1 kali sehari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, bau normal feses, keluhan tidak ada
 - BAK : 4-5 kali sehari, warna kuning jernih, bau urin normal keluhan tidak ada. Terakhir BAK pukul : 22.30 WIB
- e. Personal Hygiene : ibu mengatakan mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2-3 kali sehari, mencuci rambut 2 hari sekali, ganti pakaian setiap habis mandi dan jika lembab atau kotor.
9. Pola seksualitas : Ibu mengatakan Selama kehamilan trimester ketiga aktif berhubungan, tidak ada keluhan .
10. Pola Menyusui : Ibu berencana memberikan ASI eksklusif, menyusui minimal 2 jam sekali, atau sesering mungkin.
11. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan
- a. Merokok : ibu mengatakan tidak merokok dan suami juga tidak merokok
 - b. minum jamu : ibu mengatakan tidak mengonsumsi jamu
 - c. minum minuman beralkohol dll : ibu mengatakan tidak meminum minuman alkohol
12. Riwayat Kesehatan:
- a) ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kanker, diabetes melitus, hipertensi, asma, kanker payudara, alergi penyakit menular atau penyakit lainnya
 - b) ibu mengatakan dari keluarga tidak memiliki riwayat penyakit kanker, diabetes melitus, hipertensi, asma, kanker payudara, alergi, penyakit menular atau penyakit lainnya
13. Riwayat kesehatan keluarga : ibu mengatakan tidak ada riwayat penyakit kanker, diabetes melitus, hipertensi, asma, kanker payudara, alergi penyakit menular atau penyakit lainnya.
14. Riwayat ginekologi : ibu mengatakan pernah di kuret
15. Riwayat Psikososialspiritual dan ekonomi :

- a. Dukungan : Ibu mengatakan mendapat dukungan penuh dari suami dan keluarga.
 - b. Perencanaan kehamilan ini: Kehamilan ini direncanakan dan sangat diharapkan.
 - c. Pengambil keputusan utama dalam keluarga adalah suami dan istri secara musyawarah, namun dalam hal kesehatan, mereka mempercayakan sepenuhnya kepada tenaga kesehatan.
 - d. Ibu memiliki keyakinan agama Islam. Ibu rutin menjalankan ibadah wajib dan berdoa untuk kelancaran persalinan. Ibu merasa optimis dan pasrah setelah berusaha (ikhtiar)
 - e. Ibu memiliki hubungan sosial yang baik dengan tetangga dan lingkungan sekitar
 - f. Persiapan menghadapi persalinan : Sudah menyiapkan perlengkapan ibu dan bayi, BPJS/administrasi, dan pendamping persalinan (suami).
16. Keadaan lingkungan: Lingkungan tempat tinggal bersih, memiliki sumber air bersih, ventilasi baik, dan pembuangan sampah teratur. Rumah dekat dengan fasilitas kesehatan, serta tidak berada di daerah rawan banjir.

B. OBYEKTIF

II. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan Umum : Baik kesadaran : Composmentis
2. Vital sign
 - a. TD : 125/78 mmHg
 - b. nadi : 99 x/menit
 - c. suhu : 36,1 C
 - d. respirasi : 22 x/menit
3. Antropometri
 - a. BB : 63 kg
 - b. TB : 147 Cm
 - c. IMT : 26 kg/m²

III. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) :

1. Kepala : Bentuk simetris, tidak ada benjolan/kelainan. Rambut bersih, tidak ada ketombe / infeksi kulit kepala.
2. Wajah : Simetris, tidak pucat, tidak edema.
3. Mata : Konjungtiva tidak pucat, sklera putih, tidak ada tanda ikterik.
4. Hidung : Tidak ada sekret, pernapasan lancar.
5. Telinga : Bersih, tidak ada sekret/infeksi.
6. Bibir dan Mulut : Bibir terlihat pucat, mukosa mulut bersih, gigi dan gusi sehat.
7. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid/limfe, vena jugularis tidak menonjol.
8. Payudara :
 - a. Simetris
 - b. Puting susu menonjol
 - c. Areola tampak menghitam
 - d. Tidak terdapat bekas luka operasi payudara
9. Abdomen :

Leopold 1 : Fundus teraba bulat lunak yaitu (bokong)

Leopold 2 : bagian kiri ibu teraba memanjang keras seperti papan yaitu (punggung), bagian kanan teraba bagian kecil janin yaitu(ekstremitas)

Leopold 3 : bagian terendah janin teraba bulat keras melenting (kepala)

Leopold 4 : Divergen, kepala sudah masuk pintu atas panggul

DJJ : 138 x/ mnt

TFU : 28 cm

HIS : 1 x 10' x 10'
10. Ekstrimitas atas : Tidak ada edema, varises, tidak pucat, atau kelainan.

11. Ekstremitas bawah : Tidak ada edema, varises, atau kelainan.

12. Genetalia :

- a. Tampak bersih
- b. Ada pengeluaran cairan ketuban dari jalan lahir
- c. Tidak ada oedem pada labia

Pukul 03.31 wib dilakukan pemeriksaan dalam VT pembukaan : 2cm , portio sedang , KK :

Negatif , Penurunan HI

13. Anus : Tidak ada hemoroid, kebersihan baik.

IV. Data penunjang :

Pemeriksaan Laboratorium :

Hb : 12 g/dl

Hiv/Aids : Nr

C. ANALISA :

NY. A R Usia 35 Th G2p0a1 Uk 36 Minggu 3 Hari Kala 1 Fase Laten Dengan Kpd 2 Jam

D. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu

TD : 125/78 mmhg , N : 99x /mnt , Suhu : 36,1 °C , Respirasi 22 x/mnt , DJJ : 138 x/mnt , HIS : 1 x 10' x 10" ,

2. Menganjurkan ibu untuk mengurangi mobilisasi- Menganjurkan ibu untuk menggunakan pispot jika ingin BAK / BAB- Menganjurkan ibu untuk bedrest / tirah baring

3. Menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi seperti memberikan makanan atau minuman

4 . Menganjurkan ibu untuk miring kiri jika ibu merasa pegal boleh sesekali untuk terlentang atau miring kanan

5. Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri
 - a. Melakukan masase/usapan lembut pada daerah pinggang saat kontraksi.
 - b. Mengajarkan ibu teknik pernapasan: tarik napas perlahan melalui hidung, hembuskan melalui mulut saat his datang.
 - c. Menganjurkan ibu untuk relaksasi di antara his.
6. Berkolaborasi dengan dokter S.POG untuk di lakukan observasi 1x4jam (03.00 - 06:00 wib)
5. Memberikan terapi sesuai dengan advise dari dokter S.POG
 - a. Infus RL 20tpm pukul 04: 00 wib
6. Berkolaborasi dengan Dokter Sp.OG dan Dokter Anastesi untuk dilakukan tindakan SC
7. Berkolaborasi dengan tim anastesi dan dokter spesialis anak
8. Melakukan informed concent kepada suami dan keluarga untuk dilakukan tindakan Operasi
9. Memberitahu ibu untuk persiapan dilakukan tindakan operasi
 - a. menganjurkan ibu untuk puasa sebelum dilakukan operasi
 - b. menganjrkan ibu untuk membersihkan diri seperti mencukur area yang akan di operasi.
 - c. menganjurkan ibu untuk melepaskan semua perhiasan yang digunakan, dan tidak perlu menggunakan pakaian dalam kemudian meminta ibu untuk mengganti baju tindakan operasi yang sudah diberikan oleh petugas
10. Memberikan antibiotik infus cefazolin 2gr pukul 04:30 wib
11. Melakukan pemasangan DC / kateter
12. Mengantarkan pasien ke ruang Operasi di iringi oleh suami pasien
13. Evaluasi
Mengevaluasi efektivitas dari asuhan yang telah diberikan.
 - a. Operasi SC berjalan lancar.
 - b. Bayi lahir pukul 05:55wib dengan selamat (Apgar Score : 7 / 9), Jenis Kelamin : laki-laki, BB : 3075 gr , PB : 47 cm , LK : 34cm , LD : 33cm , LP : 30cm
 - c. Tidak terjadi perdarahan hebat pada ibu.
 - d. Tanda-tanda infeksi (demam, lokhia bau) tidak ditemukan.
 - e. Kebutuhan istirahat dan kenyamanan ibu terpenuhi pasca-operasi.

(Nuli Nuryanti Zulala, S.ST, M.Keb) (Tiwuk Amini Syamsiyah, S.Tr.Keb)

(Ledy Suprihatin)



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB IV

PEMBAHASAN

Kasus Ny. A R usia 35 tahun G2P0A1 usia kehamilan 36 minggu 3 hari yang datang dengan keluhan keluar air-air dari jalan lahir sejak 2 jam sebelum masuk rumah sakit menunjukkan gambaran klinis Ketuban Pecah Dini (KPD). Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, ditemukan adanya pengeluaran cairan ketuban dan pemeriksaan dalam menunjukkan pembukaan 2 cm dengan selaput ketuban negatif. Kondisi ini pada usia kehamilan <37 minggu dikategorikan sebagai *Preterm Premature Rupture of Membranes* (PPROM) atau KPD Preterm.

Secara teori, usia Ny. A R yang menginjak 35 tahun merupakan salah satu faktor risiko terjadinya komplikasi kehamilan. Pada usia di atas 35 tahun, terjadi penurunan elastisitas jaringan termasuk selaput ketuban dan perubahan vaskularisasi pada uterus yang dapat memicu pecahnya ketuban sebelum waktunya. Selain itu, riwayat obstetri G2P0A1 dengan riwayat kuretase di tahun 2023 juga dapat menjadi faktor kontribusi terhadap kelemahan struktur serviks atau adanya infeksi laten yang meningkatkan risiko KPD.

Pada pemeriksaan objektif, tanda-tanda vital ibu dalam batas normal (TD 125/78 mmHg, Suhu 36,1°C), yang menunjukkan bahwa saat ini belum terjadi tanda-tanda infeksi sistemik atau korioamnionitis. Namun, denyut jantung janin (DJJ) terpantau 138 x/menit yang masih dalam batas normal, menandakan janin belum mengalami gawat janin akibat berkurangnya cairan ketuban (*oligohidramnion*).

Penatalaksanaan awal yang dilakukan meliputi tirah baring (*bedrest*) dan posisi miring kiri untuk memaksimalkan perfusi uteroplasenta. Pemberian antibiotik profilaksis Cefazolin 2gr secara intravena pada pukul 04:30 WIB merupakan langkah yang tepat sesuai standar kegawatdaruratan maternal untuk mencegah infeksi asenden (naik dari jalan lahir ke rahim) yang sangat berisiko terjadi setelah ketuban pecah lebih dari 2 jam.

Keputusan kolaborasi dengan Dokter Sp. OG untuk dilakukan tindakan *Sectio Caesarea* (SC) pada kasus ini didasarkan pada pertimbangan usia kehamilan Ny. A R yang sudah memasuki *late preterm* (36 minggu 3 hari) dan adanya kondisi KPD yang jika dibiarkan terlalu lama akan meningkatkan risiko infeksi berat baik pada ibu maupun janin. Meskipun pembukaan sudah 2 cm (fase laten), percepatan pengakhiran persalinan dengan SC dipilih untuk menjamin keselamatan ibu dan janin mengingat riwayat obstetri dan usia ibu.

Proses operasi berjalan lancar dengan lahirnya bayi laki-laki dengan berat badan 3075 gram. Berat badan ini menunjukkan pertumbuhan janin yang baik meskipun lahir sedikit prematur. Skor Apgar 7/9 menunjukkan adaptasi pernapasan bayi yang baik setelah lahir. Secara keseluruhan, asuhan yang diberikan telah sesuai dengan prinsip penanganan kegawatdaruratan KPD, yaitu mencegah infeksi dan segera mengevakuasi janin pada kondisi yang tepat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dan pembahasan kasus Ny. A R usia 35 tahun G2P0A1 usia kehamilan 36 minggu 3 hari dengan KPD 2 jam, dapat disimpulkan bahwa diagnosis ditegakkan melalui anamnesis keluarnya air-air dan pemeriksaan fisik yang mengonfirmasi ketuban negatif. Faktor risiko utama dalam kasus ini adalah usia ibu (35 tahun) dan riwayat abortus sebelumnya.

Penatalaksanaan dilakukan secara cepat melalui pemberian antibiotik profilaksis dan tindakan pembedahan Sectio Caesarea. Hasilnya, bayi lahir selamat tanpa komplikasi berat dan kondisi hemodinamik ibu tetap stabil pasca operasi. Hal ini menunjukkan bahwa deteksi dini dan tindakan kolaboratif yang tepat sangat efektif dalam menurunkan risiko morbiditas maternal dan neonatal pada kasus KPD.

B. Saran

1. Bagi Tenaga Kesehatan (Bidan dan Tim Medis)
Diharapkan tetap mempertahankan prosedur skrining ketat terhadap ibu hamil dengan risiko tinggi (usia >35 tahun) dan selalu melakukan edukasi mengenai tanda-tanda KPD agar pasien segera mencari pertolongan sebelum terjadi infeksi.
2. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan
Mempertahankan kecepatan respon tim ruang bersalin (VK) dan tim operasi dalam menangani kasus kegawatdaruratan maternal sehingga *response time* tetap terjaga di bawah standar maksimal.
3. Bagi Pasien dan Keluarga
Disarankan untuk mengikuti program KB pasca persalinan mengingat usia ibu sudah 35 tahun (risiko tinggi) dan perlu pemulihan rahim yang cukup setelah tindakan operasi SC sebelum merencanakan kehamilan berikutnya.
4. Bagi Mahasiswa Profesi Bidan
Meningkatkan kemampuan analisis dalam membedakan penanganan KPD pada kehamilan preterm dan aterm, serta memperdalam keterampilan dalam asuhan pasca operasi SC.

DAFTAR PUSTAKA

- Astriaana, W. (2022). Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Hamil. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 182-187.
- Cunningham, F. G., Et Al. (2022). *Williams Obstetrics 26th Edition*. New York: Mcgraw Hill Medical.
- Fauziah, S. (2023). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Tahta Media Group.
- Kementerian Kesehatan Ri. (2022). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (Pnpk): Tata Laksana Ketuban Pecah Dini*. Jakarta: Kemenkes Ri.
- Mardiatun, M., & Zubaidah, Z. (2023). Analisis Faktor Risiko Kejadian Ketuban Pecah Dini (Kpd) Pada Ibu Bersalin. *Jurnal Kesehatan Primordia*, 5(2), 120-130.
- Marpaung, S. H. (2025). *Asuhan Kebidanan Pada Kegawatdaruratan Maternal: Studi Literatur Tentang Efektivitas Intervensi Kebidanan*. *Jurnal Ilmu Kesehatan Barongko*, 4(1), 32-43.
- Prawirohardjo, S. (2022). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Pt Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sari, R. D. P., & Utami, A. (2024). Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini Pada Kehamilan Preterm: Sebuah Tinjauan Kasus. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 8(1), 45-52.
- Walyani, E. S. (2023). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- World Health Organization. (2023). *Who Recommendations On Care Of The Preterm Infant*. Geneva: World Health Organization.
- Aprirosita, Wira Ekdeni Aifa, Fajar Sari Tan Berikan, R. Y. (2025). Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini (kpd) pada ibu bersalin di rsud bangkinang. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(September), 10318–10329.
- Astuti, L. P. (2025). Gambaran Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Di RS PKU Muhammadiyah Kabupaten Temanggung Jawa Tengah. *Jurnal Ilmu Psikologi Dan Kesehatan*, 01(04), 271–278.
- Yulianti, E., Astuti, W., & Putri, M. E. (2023). Pengaruh Edukasi Dengan Media Booklet Terhadap The Influence Of Education With Media Booklets On Pregnant Women ' S Knowledge About Early Rophymum In Pmb Marsini Karni Pontianak. *Jurnal Kebidanan Khatulistiwa*, 9.



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta