

LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)
ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. D UMUR 27 TAHUN
G1P0A0Ah0 USIA KEHAMILAN 40+6 MINGGU DENGAN KPD DI
RSU PKU MUHAMMADIYAH WONOSOBO

Dosen Pembimbing Pendidikan : Dr. Dhesi Ari Astuti, S.Si.T.,M.Kes



Disusun Oleh:
Laila Oktaviyana
NIM.2510106050

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA
2024/2025

HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)
ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. D UMUR 27 TAHUN G1P0A0Ah0
USIA KEHAMILAN 40+6 MINGGU DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RS PKU
MUHAMMADIYAH WONOSOBO

Dosen Pembimbing Pendidikan : Dr. Dhesi Ari Astuti, S.Si.T.,M.Kes



Disusun Oleh:

Laila Oktaviyana

NIM. 2510106050

Wonosobo, Februari 2026

Pembimbing Pendidikan

Preceptor

Mahasiswa

Dr. Dhesi Ari Astuti, S.Si.T.,M.Kes

Yudha Indah Pramulatsih, S.ST

Laila Oktaviyana

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh

Alhamdulillahirabbil'alaamiin. puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penyusunan Laporan *Case Based Discussion* (CBD) Praktik Klinik Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny.D Usia 27 Tahun G1P0A0Ah0 Usia Kehamilan 40+6 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini di RS PKU Wonosobo. Dalam kesempatan ini, saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya 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. Nidatul Khofiyah,S.Keb.,Bd.,MPH selaku Ketua Prodi Kebidanan Program Sarjana Dan Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi
4. Dr. Dhesi Ari Astuti, S.Si.T.,M.Kes selaku Pembimbing Pendidikan Praktik Kebidanan Program Studi Kebidanan Program Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi
5. dr. Dedi Prasetya, Sp.BA, MMR selaku Direktur RS PKU Muhammadiyah Wonosobo
6. Yudha Indah Pramulatsih, S.ST selaku pembimbing lahan I RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.
7. Wiwik Handayani, S.Tr.Keb selaku pembimbing lahan II RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.
8. Pihak lain yang turut serta membantu dalam penyusunan laporan ini.

Terlepas dari itu semua penulis menyadari dalam penyusunan laporan ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga saran dan masukan yang bersifat membangun sangat penulis harapkan dari semua pihak

Wassalamu 'alikum Warahmatullahi Wabarakaatuh

Yogyakarta, Februari 2026

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI.....	4
BAB I PENDAHULUAN	5
A. Latar Belakang	5
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Teori Persalinan.....	9
B. Konsep Teori Ketuban Pecah Dini (KPD)	9
C. Teori Manajemen Kebidanan	20
D. Follow Up Catatan Perkembangan Kondisi Klien	31
BAB III PENGKAJIAN SOAP	32
BAB IV PEMBAHASAN	41
BAB V PENUTUP	45
DAFTAR PUSTAKA	48



Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) Angka kematian bayi yang mengalami ketuban pecah dini diseluruh dunia pada tahun 2022 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 2022, kejadian ketuban pecah dini (KPD) atau insiden PROM (prelabour rupture of membrane) berkisar antara 5-10% dari semua kelahiran (WHO, 2021). KPD preterm terjadi 1% dari semua kehamilan dan 70% kasus KPD terjadi pada kehamilan aterm. Pada 30% kasus KPD merupakan penyebab kelahiran premature (Nikmathul Ali et al., 2021).

Di Indonesia dari 17.665 angka kelahiran terdapat 35,70% - 55,30% ibu melahirkan dengan proses ketuban pecah dini (Novihandari, 2022). 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 (Sari, 2022).

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 hidup (Daulay, 2023).

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 (Daulay, 2023).

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. 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 (Aristina & Diana, 2023). 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.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada kasus diatas “Bagaimana Asuhan Kebidanan Persalinan dengan Ketuban Pecah Dini Pada Ny.D Di RSUD PKU Muhammadiyah Wonosobo?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan secara menyeluruh terhadap kasus kebidanan persalinan dengan ketuban pecah dini di RSUD PKU Muhammadiyah Wonosobo.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengumpulkan data subjektif pada persalinan dengan masalah ketuban pecah dini di RSUD PKU Muhammadiyah Wonosobo
- b. Melakukan pengkajian untuk mengumpulkan data objektif pada persalinan dengan masalah ketuban pecah dini di RSUD PKU Muhammadiyah Wonosobo
- c. Menetapkan analisa pada persalinan dengan masalah ketuban pecah dini di RSUD PKU Muhammadiyah Wonosobo
- d. Menetapkan penatalaksanaan pada persalinan dengan masalah ketuban pecah dini di RSUD PKU Muhammadiyah Wonosobo

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sebagai tambahan referensi ke perpustakaan dan pengembangan teori di Universitas Aisyiah Yogyakarta

khususnya Prodi Kebidanan.

2. Bagi Tempat Praktik

Laporan dari kasus ini dapat menambah pengalaman, dan keterampilan praktek dalam memberikan asuhan kebidanan persalinan dengan ketuban pecah dini di RS PKU Muhammadiyah Wonosobo.

3. Bagi Penulis

Dapat menerapkan ilmu yang telah diperoleh serta wawasan tentang penatalaksanaan asuhan kebidanan persalinan secara langsung pada Ny. D dengan ketuban pecah dini.

4. Bagi Bidan

Dapat memberikan pelayanan kesehatan dan melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan teori dan standar pelayanan yang berlaku.



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Persalinan

Menurut *World Health Organization* (WHO) adalah persalinan yang dimulai secara spontan beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi dilahirkan spontan dengan presentasi belakang kepada pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu dan bayi dalam keadaan baik (Meidina et al., 2024).

Persalinan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagia ke dunia luar. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan tanpa disertai adanya atau tanpa bantuan (Meidina et al., 2024).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri), yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lahir lain (Meidina et al., 2024).

B. Konsep Teori Ketuban Pecah Dini (KPD)

1. Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi in partu (Manuaba, 2019). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum persalinan mulai pada tahapan kehamilan manapun. Ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kehamilan yang sebenarnya. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD. Jadi ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan.

Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut

periode laten atau dengan sebutan Lag Period. Ada beberapa perhitungan yang mengukur Lag Period, diantaranya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatas 6 jam setelah ketuban pecah. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi pada ibu dan juga bayi.

2. Anatomi Fisiologi Ketuban

a. Air ketuban (Liquor Amnio) atau Tiris

Dalam amnio yang diliputi oleh sebagian selaput janin yang terdiri dari lapisan selaput ketuban (amnio) dan selaput pembungkus (chorion) terdapat air ketuban (liquor amnio). Volume air ketuban pada hamil cukup bulan 1000-1500 ml, warna agak keruh, serta mempunyai bau yang khas, agak amis, cairan ini dengan berat jenis 1.007-1.008 terdiri atas 97-98% air, sisanya terdiri atas garam anorganik serta bahan organik dan bila di teliti benar protein ini ditemukan rata-rata 2,6% perliter, sebagian besar sebagai albumin. Warna air ketuban ini menjadi kehijau-hijauan karena tercampur meconium (kotoran pertama yang dikeluarkan bayi dan mengeluarkan empedu).

b. Fungsi Air Ketuban

- 1) Melindungi janin terhadap trauma luar
- 2) Memungkinkan janin bergerak dengan bebas
- 3) Melindungi suhu tubuh janin
- 4) Meratakan tekanan didalam uterus pada saat partus, sehingga servik membuka
- 5) Membersihkan jalan lahir jika ketuban pecah dengan cairan steril, dan akan mempengaruhi keadaan di dalam vagina, sehingga bayi tidak mengalami infeksi
- 6) Untuk menambah suplai cairan janin, dengan cara ditelan atau diminum yang kemudian dikeluarkan melalui kencing.

c. Fisiologi Selaput Ketuban

Amnion manusia dapat berkembang dari delaminasi sitotrofobulus, ketika amnion membesar perlahan-lahan kantong ini meliputi embrio yang sedang berkembang yang akan prolaps kedalam rongganya. Distensi kantong amnion akhirnya mengakibatkan kantong tersebut menempel dengan bagian didalam ketuban (interior korion),

dan amnion dekat akhir trimester pertama mengakibatkan kantong tersebut menempel dengan bagian didalam ketuban (entrior korion), amnion dan korion walaupun sedikit menempel tidak pernah berhubungan erat dan biasanya dapat dipisahkan dengan mudah bahkan pada waktu atterm, amnion normal mempunyai tebal 0.02 sampai 0.5 mm

3. Etiologi Ketuban Pecah Dini

Adapun penyebab terjadinya ketuban pecah dini yaitu sebagai berikut:

- a. Multipara dan Grandemultipara
- b. Hidramnion
- c. Kelainan letak: sungsang atau lintang
- d. Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)
- e. Kehamilan ganda
- f. Pendular abdomen (perut gantung)

Adapun mengenai penyebab kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin bahwa kejadian KPD mayoritas pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun, umur kehamilan ≥ 37 minggu, pembesaran uterus normal dan letak janin preskep. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban yang bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

4. Tanda Dan Gejala Ketuban Pecah Dini

Tanda dan gejala ketuban pecah dini adalah:

- a. Keluarnya cairan yang berisi meconium.
Cairan dapat keluar saat tidur, duduk, berdiri atau saat berjalan.
Cairan berwarna putih, keruh, jernih dan hijau.
- b. Demam
Apabila ketuban telah lama pecah dan terjadi infeksi, maka pasien akan demam.
- c. Bercak darah vagina yang banyak
Plasenta previa: kondisi ini terjadi apabila plasenta berada di bagian bawah saluran vagina dan menyebabkan jalan lahir bayi terhalang
Pelepasan plasenta: kondisi ini terjadi apabila plasenta terlepas dari dinding uterus sebelum atau pada saat melahirkan dan darah mengumpul di antara plasenta dan uterus.

d. Nyeri perut

Ketuban pecah dini menyebabkan kontraksi yang mengakibatkan nyeri atau kram pada perut.

e. Denyut jantung janin bertambah cepat

DJJ bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi.

5. Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini

Kejadian Pecah Dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi :

a. Usia

Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan maupun menghadapi persalinan. Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan dan persalinan. Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkuarng kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan mempengaruhi proses embriogenesis, selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya. Pernyataan teori dari menyatakan semakin banyak paritas, semakin mudah terjadinya infeksi amnion karena rusaknya struktur serviks pada persalinan sebelumnya. KPD lebih sering terjadi pada multipara, karena penurunan fungsi reproduksi, berkurangnya jaringan ikat, vaskularisasi dan servik yang sudah membuka satu cm akibat persalinan yang lalu/

b. Anemia

Anemia pada kehamilan merupakan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengencangan dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat,

cepat lelah, mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yang pada trimester pertama dan trimester ke tiga.

Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman dekompensasi kardis dan ketuban pecah dini.

c. Prilaku merokok

Kebiasaan merokok atau lingkungan dengan rokok yang intensitas tinggi dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil. Rokok mengandung lebih dari 2.500 zat kimia yang teridentifikasi termasuk karbonmonoksida, amonia, aseton, sianida hidrogen, dan lain-lain. Merokok pada masa kehamilan dapat menyebabkan gangguan-gangguan seperti kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, dan resiko lahir mati yang lebih tinggi.

d. Riwayat KPD

Pengalaman yang pernah dialami oleh ibu bersalin dengan kejadian ketuban pecah dini dapat berpengaruh besar terhadap ibu jika menghadapi kondisi kehamilan. Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membran yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.

e. Serviks yang Inkompetensik

Inkompetensia serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otototot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang

semakin besar. Inkompetensia serviks adalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi.

f. Tekanan Intra Uterine

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya :

- 1) Trauma : berupa hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis.
- 2) Gemelli : Kehamilan kembar dalam suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.

6. Patofisiologi Ketuban Pecah Dini

Mekanisme terjadinya KPD dimulai dengan terjadi pembukaan premature servik, lalu kulit ketuban mengalami devaskularisasi. Setelah kulit ketuban mengalami devaskularisasi selanjutnya kulit ketuban mengalami nekrosis sehingga jaringan ikat yang menyangga ketuban makin berkurang, melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim yaitu enzim proteolitik dan kolagenase yang diikuti oleh ketuban pecah spontan.

7. Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Komplikasi ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin yaitu:

a. Prognosis Ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada ibu yaitu infeksi saat persalinan, infeksi masa nifas, cairan ketuban

sedikit atau kering, persalinan lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya sectio caesarea), meningkatnya angka kematian pada ibu.

b. Prognosis Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematur, perdarahan intraventrikular, enterocolitis necrotizing, gangguan otak dan risiko cerebral palsy, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolaps funiculi atau penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah,



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

ensefalopati, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distress pernapasan, oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), dan meningkatkan angka kematian janin.

8. Penatalaksanaan Medis Ketuban Pecah Dini

Penatalaksanaan medis ketuban pecah dini, yaitu:

- a. Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit.
- b. Bila janin hidup dan terdapat prolaps di tali pusat, ibu dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi bersujud.
- c. Jika perlu kepala janin didorong ke atas dengan dua jari agar tali pusat tidak tertekan kepala janin
- d. Jika ada demam atau dikhawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau KPD lebih dari 6 jam, berikan antibiotik
- e. Bila keluarga ibu menolak dirujuk, ibu diharuskan beristirahat dengan posisi berbaring miring, berikan antibiotik.
- f. Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sedatif, antibiotik dan tokolisis.
- g. Pada kehamilan 33-35 minggu dilakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan.
- h. Pada kehamilan lebih 36 minggu, bila ada his, pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri.
- i. Bila tidak ada his, lakukan tindakan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5 atau ketuban pecah dini lebih dari 6 jam dan skor pelvik lebih dari 5.
- j. Bila terjadi infeksi, akhiri kehamilan. Mengakhiri kehamilan dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu:

1) Induksi

Induksi adalah proses stimulasi untuk merangsang kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, dengan tujuan untuk mempercepat proses persalinan.

2) Persalinan secara normal/pervaginam

Persalinan normal adalah proses persalinan melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi

3) *Sectio caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

C. Teori Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut:

1. Langkah I : Pengumpulan data dasar secara lengkap

a. Data Subjektif

Data subjektif yang perlu dikumpulkan adalah :

1) Biodata atau Identitas

Identitas yang perlu dikaji meliputi nama, umur, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan pasien beserta suami guna mengetahui kondisi sosial ekonomi, status pernikahan, serta pengaruhnya terhadap kondisi pasien saat ini.

2) Keluhan Pasien

Keluhan utama ditujukan pada data utama yang mengarah pada gejala yang berhubungan pada bersalin dengan ketuban pecah dini yaitu pasien merasa keluar sedikit cairan yang terus menerus (jernih, keruh, kuning atau hijau) dari jalan lahir sejak kapan dan perasaan basah pada celana dalamnya.

3) Riwayat Perkawinan

Menanyakan berapa kali ibu kawin dan berapa usia kawin yang pertama. Kemudian juga ditanyakan umur ibu sewaktu menikah dan berapa lama pernikahan atau status ibu dengan perkawinannya.

4) Data Kebidanan

a) Riwayat Menstruasi : meliputi umur menarche, siklus menstruasi, lama menstruasi, banyaknya darah yang keluar, jenis dan warnadarah menstruasi, keluhan sewaktu menstruasi.

b) Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Untuk mengetahui ibu pernah hamil berapa kali, bersalin berapa kali, pernahkah ibu mengalami keguguran. Menanyakan berapa umur kehamilannya pada kelahiran yang dulu, jenis persalinan, dimana tempat persalinannya, siapa penolong persalinannya, ada tidaknya komplikasi, untuk mengetahui keadaan anak dan keadaan nifas.

c) Riwayat Kehamilan sekarang

Menanyakan untuk mengetahui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) kehamilan ini (tanggal, bulan dan tahun), untuk menentukan kapan Hari Perkiraan Lahir (HPL) ibu dan untuk mengetahui berapa umur kehamilannya. Ditanyakan juga dimana biasanya ibu memeriksakan kehamilan (*Antenatal Care*), berapa kali periksa, rutin atau tidak, apakah ibu ada keluhan dalam kehamilannya saat ini, bagaimana gerakan janin, aktif atau tidak dan untuk mengetahui apakah ibu sudah mendapatkan imunisasi Tetanus Toksoid atau belum sewaktu hamil.

5) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menanyakan apakah dalam keluarga ibu ada yang menderita penyakit menular dan menurun atau tidak

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Untuk mengetahui apakah ibu pernah menderita penyakit kronis atau tidak seperti *Diabetes mellitus*, jantung, hipertensi, ginjal, hati, dan lain-lain.

c) Riwayat Kesehatan Sekarang

Menanyakan apa keluhan yang dirasakan ibu saat ini. Pada kasus ini biasanya ibu mengeluh keluar sedikit cairan yang terus menerus (jernih, keruh, kuning, atau hijau) dan perasaan basah celana dalamnya.

d) Riwayat Operasi

Untuk mengetahui apakah ibu pernah menjalani operasi atau tidak sebelumnya.

6) Riwayat Kontraspsi

Termasuk disini apakah ibu pernah mengikuti Keluarga Berencana, jenis kontrasepsi apa yang digunakan, apakah ibu pernah merasakan efek sampingnya, alasan pemberhentian kontrasepsi bila ibu tidak memakai lagi. Kemudian lamanya menggunakan alat kontrasepsi

7) Keadaan sebelum masuk ruang bersalin

a) Nutrisi

Pola nutrisi untuk mengetahui kebutuhan gizi ibu selama hamil dan pada saat melahirkan. Di sini juga ditanyakan kapan ibu makan dan minum terakhir sebelum masuk ke ruang bersalin.

b) Eliminasi

Hal-hal yang perlu ditanyakan adalah kapan ibu buang air besar dan buang air kecil terakhir sebelum masuk kamar bersalin, berapa frekuensi Buang Air Besar dan Buang Air Kecil, bagaimana konsistensinya, apa warnanya, adakah keluhan dalam hal eliminasi.

c) Istirahat

Untuk memantau kondisi fisik ibu, perlu diketahui berapa lama ibu beristirahat, apakah ada keluhan dalam beristirahat.

d) Kebersihan / *Personal Hygiene*

Personal hygiene selama proses persalinan perlu dikaji dan hal yang perlu ditanyakan berapa kali sehari ibu mandi, gosok gigi, ganti pakaian dan berapa kali dalam seminggu ibu keramas.

e) Aktivitas

Untuk mengetahui apakah dalam kehamilan ini ibu melakukan aktivitas pekerjaan rumah sendiri atau dibantu anggota keluarga.

f) Pola hubungan seksual

Perilaku seksual meliputi frekuensi melakukan hubungan seksual dengan pasangan dan masalah yang dikeluhkan. Pada ibu bersalin hubungan seksual yang frekuensi lebih dari 3 kali seminggu, posisi koitus dan penetrasi penis yang sangat dalam sebesar 37,50% memicu terjadinya ketuban pecah dini.

8) Keadaan Sosial dan Psikologis ibu

Menanyakan keadaan sosial untuk mengetahui anggota keluarga yang tinggal satu rumah dengan ibu, siapa yang berhak mengambil keputusan bila ada suatu masalah, dan bagaimana hubungan ibu dengan anggota keluarga lain. Sedangkan keadaan psikologis ditanyakan untuk mengetahui apakah kehamilan ibu diharapkan atau tidak dan apakah keluarga mendukung kehamilan ibu saat ini atau tidak.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Pada pemeriksaan umum dilakukan untuk mengetahui keadaan umum dan kesadaran. Selain itu dilakukan pemeriksaan fisik yang meliputi :

- a) Tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan. Jika suhu ibu lebih dari 38°C , nadi 100x/menit atau lebih dapat di curigai ibu terkena infeksi
- b) Pengukuran tinggi badan dan berat badan
- c) Kepala dan leher
- d) Memeriksa adakah oedema pada wajah
- e) Memeriksa mata dan kelopak mata
- f) Memeriksa gusi dan gigi
- g) Meraba leher (kelenjar tiroid dan pembuluh limfe)
- h) Payudara (bentuk, ukuran, simetrisasi, keadaan puting, adanya kolostrum atau cairan lain).
- i) Abdomen (memeriksa ada luka operasi atau tidak)
- j) Tangan dan kaki (memeriksa adanya oedema, memeriksa dan meraba kaki untuk mengetahui adanya varises)

- k) Pemeriksaan genetalia luar (memeriksa labia mayora dan minora, klitoris, lubang uretra dan introitus vagina adakah tukak/luka, varises dan cairan).

2) Pemeriksaan Fisik

Meliputi keadaan umum, kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan dari kepala sampai kaki dan pemeriksaan khusus, meliputi :

a) Inspeksi

Dalam kasus KPD perlu dilihat keberadaan cairan yang keluar dari genetalia eksterna.

b) Palpasi

Kasus KPD ini perlu dilakukan palpasi abdomen untuk mengetahui bahwa uterus lunak dan tidak mengalami nyeri tekan. Palpasi pada perut penting untuk mengetahui ada atau tidaknya kontraksi uterus dan memastikan apakah tinggi fundus sesuai menurut Hari Pertama Menstruasi Terakhir

c) Auskultasi

Pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini, auskultasi dilakukan dengan mendengarkan denyut jantung janin (DJJ) menggunakan stetoskop monokuler, untuk mengetahui ada tidaknya denyut jantung janin dan janin mengalami gawat janin atau tidak.

d) Perkusi

Pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini, perkusi dilakukan dengan cara lutut diketuk menggunakan palu perkusi lalu diamati ada tidaknya refleks / gerakan pada kaki bawah. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan.

e) Pemeriksaan Inspekulo

Pada KPD akan tampak keluar cairan dari *orifisium uteri externum* (OUE), jika tidak tampak keluar, penderita diminta mengejan (perasat valsalva), secara bergantian beri tekanan pada fundus atau naikkan dengan perlahan

bagian presentasi pada abdomen untuk memungkinkan cairan melewati bagian presentasi pada kasus KPD

f) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam pada kasus KPD dilakukan apabila akan dilakukan penanganan aktif (terminasi kehamilan). Dengan *vaginal toucher* didapat cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Pemeriksaan vagina dilakukan jika KPD sudah dalam persalinan atau dilakukan induksi persalinan atau dibatasi sedikit mungkin

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium

a. Uji kertas *nitrazin*

Tes lakmus (tes *nitrazin*), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya cairan ketubanalkalis.

b. Pemeriksaan leukosit darah

Leukosit >15.000/ul bila terjadi infeksi.

b) Pemeriksaan USG

Ultrasonografi untuk pemeriksaan *oligohidramnion* dapat sangat membantu jika pemeriksaan sebelumnya tidak memberikan gambaran jelas pecah ketuban.

2. Langkah 2 : Interpretasi data dasar

Pada ibu ketuban pecah dini dalam persalinan ini dapat muncul diagnosis Ny X G.P.A. umur x tahun umur kehamilan x minggu janin tunggal atau ganda hidup intra uterin letak memanjang atau melintang, punggung kanan atau kiri, presentasi x, penurunan x bagian, inpartu kala 1 dengan ketuban pecah dini. Diagnosis tersebut ditegakkan berdasarkan data subjektif dan objektif yang ada.

Masalah yang sering menyertai dalam ketuban pecah dini adalah rasa cemas pada ibu. Seorang bidan harus membantu wanita mengurangi rasa takut yang menyertai perkiraan kelahiran janin prematur serta resiko tambahan korioamnionitis.

3. Langkah 3 : Mengidentifikasi Diagnosis dan Masalah Potensial dan Mengantisipasi Penanganannya.

Pada kasus ketuban pecah dini, diagnosis potensial yang mungkin terjadi adalah persalinan preterm, prolaps tali pusat, infeksi intra uterine dan kelainan presentasi janin. Antisipasi yang dilakukan bidan adalah :

- a. Mengkaji suhu dan denyut nadi setiap 2 jam. Kenaikan suhu sering kali didahului kondisi ibu menggigil
- b. Melakukan pemantauan DJJ
- c. Hindari pemeriksaan dalam yang tidak perlu
- d. Ketika melakukan pemeriksaan dalam yang benar-benar diperlukan
 - 1) Apakah dinding vagina terasa lebih hangat dari biasa
 - 2) Bau rabas atau cairan
 - 3) Warna rabas atau cairan
- e. Memberi perhatian lebih saksama terhadap hidrasi agar dapat diperoleh gambaran yang jelas dari setiap infeksi yang timbul dan meminimalisir pemeriksaan dalam (*Vaginal Toucher*)

4. Langkah 4 : Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Dalam kasus ini tanda-tanda ketuban pecah dini yang membutuhkan konsultasi dokter adalah :

- a. Pemberian antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi
- b. Induksi persalinan diberikan pada kehamilan aterm yang mengalami KPD lebih dari 6 jam dan kontraksi ibu lemah

5. Langkah 5 : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini antara lain adalah :

- a. Observasi Keadaan Umum dan *Vital sign* ibu (tekanan darah tiap 4jam, suhu, nadi dan pernafasan tiap 2 jam).
- b. Observasi kemajuan persalinan, kontraksi dan DJJ (tiap 30 menit)

- c. Posisikan ibu yang nyaman (dengan miring kiri)
 - d. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang ketuban pecah dini dan cara mengatasinya serta berikan konseling pada keluarga.
 - e. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi antibiotik dan induksi.
 - f. Kolaborasi dengan laboratorium untuk pemeriksaan darah lengkap.
 - g. Persiapan persalinan : partus set dan resusitasi bayi.
 - h. Menolong kelahiran bayi.
6. Langkah 6 : Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman
- Pada kasus ketuban pecah dini ini, bidan melakukan observasi keadaan umum, *vital sign*, kemajuan persalinan, kontraksi, dan DJJ. Kemudian menganjurkan ibu untuk posisi tidur dengan miring kiri dan menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang ketuban pecah dini serta cara mengatasinya. Kemudian melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi antibiotik dan induksi untuk menghindari kemungkinan infeksi, kolaborasi dengan laboratorium untuk pemeriksaan darah lengkap. Lalu mempersiapkan persalinan dan menolong kelahiran bayi.
7. Langkah 7 : Evaluasi
- Evaluasi/hasil yang diharapkan dari asuhan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini antara lain :
- a. Pasien mendapatkan terapi untuk infeksi atau tidak ada gejala infeksi.
 - b. Denyut jantung janin baik / tidak terjadi gawat janin. Janin / bayi baru lahir tidak mengalami hal yang tidak diinginkan.

BAB III

PENGKAJIAN SOAP

Tanggal Masuk RS : 9/1/2026

Tanggal Pengkajian : 9/1/2026 Jam : 15.00

RM : 189154

IDENTITAS IBU

A. SUBYEKTIF

	Suami	Istri
Nama	: Tn.U	Ny.D
Umur	: 28 Tahun	27 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia

1. Alasan Datang

Ibu mengatakan ingin melahirkan

2. Keluhan

Ibu mengatakan keluar lendir darah, pasien sudah merasakan kenceng-kenceng sejak tanggal 9 Januari pukul 01.00 WIB, Ketuban pecah sejak tanggal 9 Januari 2026 pukul 06.00 WIB bewarna sedikit kehijauan.

3. Riwayat kehamilan ini

keluhan yang dirasakan selama hamil:

a. trimester 1: mual

-obat yang dikonsumsi: mms, vit b6

b. trimester 2: tidak ada keluhan

-obat yang dikonsumsi: mms, kalsium

c. trimester 3: tidak ada keluhan

-Konsumsi obat: mms, kalsium

adakah penyakit penyerta selama hamil: tidak ada.

4. Riwayat menstruasi

a. HPHT: 31 Maret 2025

b. HPL: 3 Januari 2026

- c. UK: 40+6 minggu
 - d. menarche: 12 tahun
 - e. siklus: 28 hari, teratur
 - f. lamanya: 6-7 hari
 - g. banyaknya: 3-4 kali ganti pembalut
 - h. disminore: kadang kadang
 - i. flour albus: Kadang-kadang
5. Riwayat pernikahan
- a. Usia menikah : 26 tahun
 - b. pernikahan ke : 1
 - c. lama pernikahan: 1 tahun
6. Riwayat obstetri
- G1P0A0Ah0
7. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas, yang lalu
- Hamil ini
8. Riwayat kontrasepsi
- Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi
9. Pola pemenuhan kebutuhan sehari hari
- a. Pola nutrisi
 - 1) makan frekuensi 3 kali sehari, 1piring porsi sedang, jenis makanan pokok dan ringan, keluhan: tidak ada
 - 2) minum frekuensi 8 gelas/hari, jenis air putih, keluhan: tidak ada
 - b. Pola istirahat
 - 1) tidur malam: 6 jam/hari, keluhan: tidak ada
 - 2) tidur siang: 1 jam/hari, keluhan: tidak ada
 - c. pola aktivitas

ibu mengatakan sehari-hari hanya melakukan pekerjaan rumah, tidak pernah melakukan aktivitas berat selama kehamilan.
 - d. Pola eliminasi
 - 1) BAB frekuensi 2 kali sehari, warna kecoklatan, konsistensi padat, bau khas, keluhan: tidak ada
 - 2) BAK frekuensi 5-6 kali sehari, warna kuning jernih bau khas urine, keluhan: tidak ada
 - e. Personal hygiene

- 1) mandi 2 kali sehari
 - 2) gosok gigi 3 kali sehari
 - 3) mencuci rambut 3 kali/ minggu
 - 4) ganti pakaian: 2-3 kali sehari, mengganti pakaian dalam jika terasa lembab.
- f. Pola seksualitas
- ibu mengatakan melakukan hubungan seksual 1 minggu sekali
- g. Pola menyusui
- 1) riwayat menyusui: ASI Eksklusif selama 6 bulan, menyusui selama 1 tahun.
 - 2) ibu mengatakan menyusui setiap 2 jam sekali atau sebelum 2 jam ketika bayi menangis
 - 3) posisi menyusui: cradle position dan side lying position
 - 4) ibu mengatakan sebelum dan sesudah menyusui selalu membersihkan payudara terlebih dahulu
 - 5) menyendawakan bayi setelah menyusui.
- h. Pola kebiasaan sehari-hari
- ibu mengatakan tidak merokok, mengonsumsi alkohol, dan narkoba
10. Riwayat kesehatan
- penyakit yang pernah diderita oleh ibu dan suami : tidak ada seperti hipertensi, dm, asma, jantung, kanker, hiv penyakit yang pernah diderita oleh keluarga : tidak ada seperti hipertensi, dm, asma, kanker, hiv riwayat keturunan kembar : tidak ada.
11. Riwayat psikososial spiritual
- a. respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini: Ibu dan keluarga menerima dengan baik atas kehamilan ini
 - b. dukungan sosial: Ibu mengatakan lingkungan sosial sekitarnya sangat mendukung kehamilan ini
 - c. persiapan persalinan: Ibu mengatakan sudah dipersiapkan
 - d. pemberian ASI: Ibu mengatakan akan memberikan ASI Eksklusif
 - e. perawatan bayi: Ibu mengatakan akan dibantu oleh suami
 - f. kegiatan ibadah: Ibu mengatakan masih rutin melakukan
 - g. kegiatan sosial: Ibu mengatakan masih rutin melakukan pertemuan dengan teman-teman serta berhubungan baik dengan tetangga sekitar.
12. Keadaan lingkungan
- ibu mengatakan lingkungan sekitar nyaman dan bersih terdapat ventilasi udara yang cukup, tidak ada hewan peliharaan.

B. OBYEKTIF

1. Keadaan umum

Baik

2. Kesadaran

Composmentis

3. Tanda vital

a. tekanan darah: 115/ 76 mmHg

b. nadi: 88x/menit

c. pernafasan: 20x/menit

d. spo2: 100 %

e. suhu: 36,5 C

4. Antropometri

BB sebelum hamil : 45 kg

BB saat ini : 58 kg

Tinggi badan : 157 cm

LILA : 25 cm

IMT : 23 cm

5. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, bersih

b. Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembengkakan vena jugularis.

c. Wajah : tidak ada bekas luka, tidak ada edema, tidak pucat

d. Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik

e. Telinga : tidak ada penumpukan serumen, tidak ada nyeri tekan

f. Hidung : tidak ada pembesaran polip, tidak ada penumpukan kotoran

g. Bibir/mulut : tidak ada bengkak dan perdarahan pada gusi, tidak ada gigi berlubang, bibir tidak pucat

h. Payudara : simetris, puting susu menonjol, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, belum keluar colostrum

i. Abdomen

1) linea nigra, pembesaran perut sesuai umur kehamilan, tidak ada bekas operasi

2) Leopold I : bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)

3) Leopold II : bagian perut kanan ibu teraba keras seperti papan

(punggung). Bagian perut kiri ibu teraba bagian kecil kecil (ekstremitas)

- 4) Leopold III : bagian bawah teraba bulat, keras, melenting (kepala)
- 5) Leopold IV : tangan sudah tidak dapat disatukan (sudah masuk panggul)
- 6) TFU: 32 cm
- 7) DJJ : 156x/menit
- 8) TBJ : $(32-11) \times 155 = 3.255\text{gram}$
- 9) His : 2x10'x25"

j. Ekstermitas

- 1) Atas : tidak ada oedema, variseses, kuku tidak pucat
- 2) Bawah : tidak ada oedema, varises, kuku tidak pucat, reflek patela (+)

k. Genetalia luar : tidak ada keputihan, keluar lendir darah, rembesan ketuban warna hijau

l. Anus : Tidak ada hemoroid

m. VT : v/u tenang, vagina licin, tipis, pembukaan 5 cm , kk (+), presentasi kepala, kepala di Hodge 2, STLD (+), kk sedikit kehijauan.

6. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

tanggal 10 Januari 2026

- hemoglobin: 12.4 gr/dl
- trombosit: 220 rb/ul
- leukosit: 9.25 rb/ul
- eritrosit: 4.35 juta/L
- hematokrit: 35 %
- MCV: 80.1 fL
- MCH: 26.5 pg
- GDS: 71 mg/dl
- Anti HIV : NR
- HBsAg: Negatif

b. USG

- plasenta : letak normal
- letak : normal
- presentasi : kepala
- TBJ : 2.450 Gram.

- AF1 : 4 cm (Oligohidramnion ringan-sedang)

c. CTG

- Tanggal : 9/1/2026
- variabilitas : 6-25 dpm
- Baseline : 150 dpm
- Kontraksi : 2x/10'/25"

d. Skala nyeri

Nyeri sedang: Skala nyeri menunjukkan angka 4 hingga 6.

C. ANALISA

Ny. D G1P0A0Ah0 usia 27 Tahun UK 40+6 minggu, janin tunggal, intrauterine, hidup, presentasi kepala, punggung kanan, dalam persalinan kala 1 fase aktif dengan KPD.

D. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 9/1/2026

Jam : 20.00 WIB

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada pasien meskipun air ketuban sudah pecah akan tetapi kondisi ibu dan bayi dalam kondisi yang normal dan sudah pembukaan 5

Evaluasi : ibu mengerti penjelasan dari bidan.

2. Menyampaikan pada ibu terkait keluhan ibu merasakan kenceng-kenceng yang sering dan keluar lendir bercampur darah merupakan tanda-tanda persalinan.

Evaluasi : Ibu mengerti terkait kondisinya.

3. Mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam (kecuali nadi 30 menit), denyut jantung janin (DJJ) dan his tiap 1 jam pada kala I fase laten dan tiap 30 menit pada kala I fase aktif, kecuali jika ada indikasi, maka dilakukan 30 menit.

Evaluasi :

15.00 : Nadi 81 x/m - Suhu 36,6°C - TD : 122/80 mmHg - DJJ 152 x/m - His 2 x /10' /25" Vt : 5 cm

16.00 : Nadi 88 x/m - Suhu 36,7°C - TD : 120/74 mmHg - DJJ 144 x/m - His 2 x /10' /27"

17.00 : Nadi 87x/m - Suhu 36,5°C - TD : 105/88 mmHg - DJJ 147 x/m - His 2 x /10' /27"

4. Mengajarkan teknik relaksasi dan pengaturan napas pada saat kontraksi, ibu menarik napas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraks.

Evaluasi : ibu mengerti dan mematuhi anjuran bidan.

5. menganjurkan pengosongan kandung kemih sesering mungkin

Evaluasi : kandung kemih telah koson

6. Berkolaborasi dengan dokter obgyn untuk penatalaksanaan pemberian infuse RL 28 tetes per menit, misoprostol 1/8 tab pervaginam dan antibiotic cefotaxime 1gr/ IV sesuai intruksi dokter.

Evaluasi : telah dipasang infus RL, pemberian misoprostol, dan antibiotik.

7. Anjurkan keluarga untuk memberi makan dan minum jika tidak ada his

Evaluasi : Keluarga mengerti dan akan mematuhi anjuran bidan.

8. Dokumentasi di partograf

9. Evaluasi : telah dilakukan dokumentasi partograf

Kala II

Tanggal 10/1/2025, pukul 00.35 WIB

S : Ibu mengatakan bertambah sakit dan ingin mengejan seperti mau BAB.

O : Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : Baik

Kesadaran: Composmentis

b. Tanda vital

TD : 111/76 mmHg

N : 95 kali/menit

Suhu : 36,5°C

RR : 22 kali/ menit

c. Pemeriksaan kebidanan

1) Abdomen

DJJ : 153 kali/menit

HIS : 4 x 10' 40''

2). Genetalia

- Genetalia eksterna

Tampak keluar lendir bercampur darah, vulva membuka bewarna kemerahan, perineum menonjol.

- Genetalia interna

VT : kondisi vulva uretra tenang, dinding vagina teraba licin, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, selaput ketuban sudah pecah, air ketuban jernih teraba kepala, Ubun-
Ubun kecil berada di jam 12, kepala turun di bidang hodge 2, tidak ada molage, tidak ada bagian janin yang menumbung, Air ketuban bewarna sedikit kehijauan, berbau sedikit manis seperti air mani, STLD (+).

3). Anus

Tampak anus membuka dan ada kotoran yang keluar.

A: Ny. D usia 27 tahun P1A0Ah1 dengan kala II fisiologis

P:

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dan janin baik dan pembukaan ibu sudah lengkap dan siap untuk dilakukan persalinan.

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti akan kondisinya.

- 2) Menghadirkan orang terdekat ibu untuk memberikan dukungan dan rasa nyaman

Evaluasi : Suami telah dihadirkan untuk memberikan dukungan dan rasa nyaman

- 3) Observasi tanda-tanda persalinan

- a. Doran (dorongan ingin meneran)

- b. Teknus (tekanan pada anus)

- c. Perjol (perineum menonjol)

- d. Vulva (vulva membuka)

Evaluasi : Sudah terdapat tanda-tanda persalinan diatas.

- 4) Menyiapkan diri dan siapkan alat.

Evaluasi : Alat dan penolong sudah siap untuk menolong persalinan.

- 5) Memposisikan ibu untuk miring ke kiri, kaki kanan dibuka, tangan berada dibawah lutut, dan kaki kiri lurus, sampai terlihat kepala bayi dari luar.

Evaluasi : Ibu mengerti dan sudah emmposisikan dirinya.

- 6) Membimbing ibu membaca doa agar persalinannya berjalan dengan lancar

“Hasbunallahu wani’ malwaqin ‘allahitawakalna”

Evaluasi : Ibu sudah membaca doa sebelum memulai persalinan.

- 7) Membimbing ibu untuk meneran seperti orang ingin BAB jika ada kontraksi, dan menganjurkan suami untuk memberikan makan/minum disela- sela tidak ada kontraksi.

Evaluasi : Ibu meneran jika ada kontraksi dan telah diberikan makan/minum disela- sela tidak ada kontraksi.

- 8) Memberikan dukungan baik secara moral ataupun spiritual pada ibu agar ibu lebih semangat

Evaluasi : Ibu merasa lebih semangat.

- 9) Persiapan pertolongan kelahiran bayi

- Membantu melahirkan kepala bayi

Setelah kepala bayi muncul 5-6 cm didepan vulva anjurkan ibu untuk kembali ke

posisi litotomi, posisi tangan penolong menahan kepala bayi defleksi untuk meminimalisir robekan perineum, dan anjurkan ibu untuk meneran ketika ada kontraksi. Setelah kepala bayi lahir cek lilitan tali pusat.

- Membantu melahirkan bahu bayi

Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang kepala secara biparietal anjurkan ibu untuk meneran jika ada kontraksi. Gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis, gerakan ke atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

- Membantu melahirkan badan dan tungkai

Setelah bahu lahir geser tangan ke perineum untuk menyangga kepala, lengan, sikus sebelah bawah. Setelah tubuh dan lengan lahir lanjutkan sanggasusur dari atas punggung, bokong, tangan dan kaki.

Evaluasi : Bayi lahir spontan pada pukul 00.56 WIB dan tidak ada lilitan tali pusat.

10) Letakan bayi diatas perut ibu dengan dilapisi handuk

Evaluasi : Bayi telah diletakan diperut ibu.

11) Lakukan penilaian segera setelah bayi lahir

- Apakah bayi cukup bulan? “Ya”
- Apakah bayi menangis kuat dan bernapas tanpa kesulitan? “Tidak”
- Apakah bayi bergerak aktif? “Ya”

Evaluasi : Telah dilakukan penilaian segera bayi baru lahir.

12) Lakukan pemeriksaan janin ke 2

Evaluasi ; tidak ada jnin ke 2

13) Menjepit tali pusat dengan klem jarak 3cm depan vulva dan klem ke 2 sejauh 3 cm, dari klem pertama tunggu hingga tali pusat tidak berdenyut lalu potong tali pusat diantara 2 klem.

Evaluasi : Pemotongan tali pusat telah dilakukan

14) lakukan penyuntikan Oksitosin 10IU di paha kanan ibu secara IM

Evaluasi : telah dilakukan penyuntikan oksitosin 10 IU.

Kala III

Tanggal : 10/1/2026

Pukul : 00.57 WIB

S : Ibu mengatakan ada rasa ingin meneran dan merasa mulas

O :

1. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : Baik

Kesadaran: Composmentis

b. Tanda vital

TD : 125/83 mmHg

N : 87 kali/menit

Suhu : 36,5°C

RR : 23 kali/ menit

c. Pemeriksaan kebidanan

1) Abdomen

TFU : Setinggi pusat

Kontraksi uterus : keras

Kandung kemih : kosong.

Bentuk uterus : Globuler

2) Genetalia

Nampak tali pusat memanjang dijalan lahi, terdapat semburan darah dan plasenta belum lahir.

3) Anus

Tampak anus membuka dan tidak ada kotoran yang keluar.

A : Ny. D usia 27 tahun P1A0Ah1 dengan kala III fisiologis.

P :

1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan bayi sehat dan normal.

Evaluasi : ibu mengerti akan kondisi ibu dan bayinya.

2) Memberitahu ibu bahwa mules yang dialami ibu merupakan hal yang normal karena itu merupakan kontraksi yang bagus.

Evaluasi : Ibu mengerti penjelasan bidan.

3) Memberitahu ibu bahwa plasenta akan dilahirkan

Evaluasi : Ibu mengerti bahwa plasenta akan dilahirkan

8) Observasi tanda-tanda pelepasan plasenta

- Tali pusat memanjang

- Keluar semburan darah secara tiba-tiba

- Uterus globuler dan perubahan tinggi fundus.

Evaluasi : Telah terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta

9) Persiapan melahirkan plasenta

- Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

- Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, diatas tepi simpisis dan tangan lain

menegangkan

klem pada tali pusat.

- Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah, sambil tangan lain mendorong uterus ke arah dorso cranial. Ulangi hal yang sama hingga plasenta terlihat di introitus vagina.

- Setelah plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan pegang, putar plasenta sesuai arah jarum jam, hingga selaput ketuban terpelir kemudian lahirkan.

Evaluasi : Plasenta lahir pada pukul 01.05 wib

10) Lakukan massase uterus selama 15 detik sekaligus cek kelengkapan plasenta
cek kelengkapan plasenta

- Permukaan maternal : kotiledon lengkap
- Permukaan fetal : lengkap
- Selaput ketuban : utuh
- Diameter plasenta : 15 cm

Pengkajian tali pusat

- Insersi tali pusat : normal
- Panjang tali pusat : ± 48 cm

tempatkan plasenta ke tempat yang telah disediakan.

Evaluasi : Telah dilakukan massase uterus dan plasenta lengkap.

11) Cek robekan jalan lahir dan penilaian derajat luka perineum

Evaluasi : Terdapat luka di mukosa vagina dengan derajat II sehingga dilakukan penjahitan.

Kala IV

Tanggal : 10/1/2026

Pukul : 01.10 WIB

S : Ibu mengatakan senang dengan kelahiran anaknya, dan merasa sedikit mulas.

O :

1. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : Baik

Kesadaran: Composmentis

b. Tanda vital

TD : 123/76 mmHg

N : 80 kali/menit

Suhu : 36,5°C

RR : 23 kali/ menit

c. Pemeriksaan kebidanan

1) Abdomen

Kontraksi uterus : Keras

Kandung kemih : Kosong

TFU : setinggi pusat

2) Genetalia

Derajat luka : derajat II (ada jahitan)

Perdarahan : $\pm$ 80 cc

3) Anus

Anus perlahan menutup, tidak ada hemoroid dan tidak keluar kotoran.

A : Ny. D usia 27 tahun P1A0Ah1 dengan kala IV fisiologis

P :

Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam kondisi baik dan normal

Evaluasi : ibu mengerti tentang kondisinya.

2. Memberitahu tentang keluhan yang dialami ibu merupakan hal yang normal karena perut yang mulas

menandakan kontraksi yang bagus sehingga dapat mengoptimalkan proses involusi uteri (proses

kembalinya Rahim ke dalam keadaan semula).

Evaluasi : ibu mengerti apa yang dijelaskan bidan.

3. Membersihkan ibu sekaligus mengganti baju ibu untuk meningkatkan kebersihan dan kenyamanan ibu

Evaluasi : ibu telah dibersihkan dan diganti pakaiannya

4. Membereskan dan dekontaminasi alat masukan dalam larutan klorin

Evaluasi : telah dilakukan dekontaminasi alat.

5. Pemantauan kala IV dengan partograf setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit selanjutnya pada 1 jam kedua.

- Pantau tanda-tanda vital ibu (TD, Nadi, Suhu, Respirasi)

- Cek TFU, kontraksi,

- Cek pengeluaran darah dan kandung kemih.

Evaluasi : telah dilakukan pemantauan kala IV selama 2 jam pasca persalinan,

6. Perawatan bayi baru lahir

- Pengukuran antropometri

- Pemeriksaan fisik bayi
- Pemberian salep mata 1%
- Menjaga kehangatan bayi.

Evaluasi : telah dilakukan perawatan bayi baru lahir.

7. KIE pada ibu tentang teknik menyusui

- Posisikan bayi senyaman mungkin bisa disangga menggunakan bantal.
- Pastikan mulut terbuka lebar dan masuk sampai areola tertutupi
- Saat menghisap putting bibir bayi harus terbuka dower ke bawah.
- Daggu menempel pada payudara agar hidung bayi tidak tertutup

Evaluasi : ibu mengerti tentang teknik menyusui yang benar.

8. KIE pemenuhan kebutuhan nutrisi, anjurkan pada ibu untuk makan dan minum

Evaluasi : ibu mengerti dan akan mematuhi sara bidan.

9. Pemberian imunisasi Hb 0 paha kanan IM

Evaluasi ; telah diberikan imunisasi Hb 0 paha kanan

10. Dokumentasi kegiatan yang telah dilakukan

Evaluasi : telah dilakukan dokumentasi.

11. Anjurkan ibu untuk minum obat sesuai advice dokter

- Asam tranexamat 3 x 500 mg
- Vit A 1x1
- Paracetamol 3x1
- clindamicyn 2x300 mg

IDENTITAS BAYI

Nama Bayi	: By.Ny.D
Tanggal Lahir	: 10/1/2026
Umur	: 0 hari
Jenis Kelamin	: Laki-laki

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum bayi

Kurang bulan, menangis kuat, kulit kemerahan, gerak aktif, tonus otot baik

Apgar Score : 8

b. Warna kulit

Kemerahan

c. Tangis

Kuat

d. Tonus otot

Kuat

e. Kelainan

Tidak ada

2. Antropometri

BB : 2910 gram

PB : 48 cm

LK : 30 cm

LD : 31 cm

LP : 30 cm

3. Pemeriksaan fisik

Kepala bayi : Simetris, kepala tidak ada caput, tidak ada odema.

Leher bayi : tidak ada pembengkakan dan pembesaran kelenjar limfe, vena jugularis, dan tiroid.

Wajah Bayi : Simetris, tidak pucat.

Mata bayi : tidak juling, konjungtiva merah muda, sclera putih

Telinga bayi : bersih, tidak ada pengeluaran cairan, jumlah lengkap, tidak ada Odema.

Hidung bayi : bersih, sedikit keluar cairan, tidak ada polip

Mulut : bersih, tidak ada libioscysis, tidak ada caries

Abdomen : tidak kembung, tidak buncit dan tidak ada nyeri tekan.

Ekstermitas : simetris, gerakan baik, tidak ada kelaianan polidaktili, sindaktili, dan warna kuku merah muda kulit bayi tidak kuning terdapat vernix caseosa.

Genetalia : Labia mayora menutupi labia minora, terdapat klitoris dan uretra, terdapat lubang vagina.

Anus : terdapat lubang anus

4. Pemeriksaan reflek

a. Moro : Ketika mendengar suara yang keras bayi spontan menyentak kepala sambil merentangkan kedua tangan dan telapak tangan

menghadap keatas.

- b. Rooting : Ketika diberi rangsangan berupa sentuhan pada pipi bayi, secara spontan bayi menoleh ke sumber rangsangan
- c. Walking : ketika tubuh bayi diangkat dan kakinya menyentuh permukaan pada Bayi senantiasa melakukan gerakan seperti orang berjalan.
- d. Graps : ketika bidan telapak tangan bayi disentuh bayi secara otomatis menggenggam tangan bidan
- e. Sucking : Ketika bagian langit-langit mulut bayi disentuh bidan, bayi refleks melakukan gerakan mengisap
- f. Tonicneck : Saat bayi berbaring dan kepalanya menoleh ke kanan atau ke kiri, lengan yang bersangkutan akan terentang sementara lengan lainnya ditekuk di samping kepalanya.

ANALISA BAYI

By.Ny D usia 0 hari dengan BBL fisiologis

PENATALAKSANAAN BAYI

- a. setelah bayi lahir menangis kuat segera bersihkan jalan napas dan hangatkan bayi
- b. klem tali pusat kemudian potong tali pusat
- c. memberitahu hasil pemeriksaan dan keadaan bayi kepada ibu dengan keadaan umum bayi baik, hasil pemeriksaan fisik dalam keadaan normal, hasil observasi :
 - suhu : 36,7 0C
 - nadi : 114 kali permenit
 - pernapasan : 40 kali permenit
 - APGAR SCORE : 9

Memberitahu hasil pemeriksaan antropometri

- BB : 2910 gram
- PB : 48 cm
- LK : 30 cm
- LD : 31 cm
- LP : 30 cm
- d. membedong bayi dengan kain kering dan bersih untuk mencegah hipotermi pada bayi,memakaikan topi pada bayi
- e. melakukan perawatan tali pusat dengan mengeringkan tali pusat terlebih dahulu dengan kassa steril lalu membungkus tali pusat dengan kassa steril agar tali pusat cepat puput dan tidak terjadi infeksi.

- f. menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif, karena ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh dengan kebutuhan nutrisi.
- g. memberikan pada bayi suntikan Vit k 1 mg dosis tunggal IM pada anterolateral paha kiri dan memberitahu ibu tujuan pemberian adalah untuk mencegah resiko terjadinya perdarahan karena pembekuan darah pada bayi baru lahir masih belum sempurna.
- h. memberikan pada bayi suntikan HB0 0,5 mg dosis tunggal IM pada anterollateral paha kanan dan memberitahu ibu tujuan pemberian adalah mencegah penyakit hepatitis yang menyerang hati (liver).
- i. memberikan salap mata eritromicin 0,5%
- j. memberitahu ibu dan keluarga tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti Bayi tidak mau minum dan mengalami muntah yang berlebihan, kulit dan mata bayi mengalami kuning,demam tinggi,kejang.
- k. mengajari ibu cara perawatan bayi baru lahir dirumah dengan cara: menganjurkan ibu dan keluarga untuk membersihkan bayi dengan cara memandikan bayi 2 kali sehari dengan air hangat,iika bayi buang air besar atau buang air kecil, bersihkan dengan air dan, serta keringkan dengan handuk. Membersihkan dan membungkus tali pusat bayi dengan kassa steril bila basah atau terkena kotoran bayi.
- l. memberitahu ibu bahwa akan memandikan bayi setelah 6 jam, memandikan bayi diruangan yang hangat, bebas dari hembusan angin langsung. memandikan bayi selama 5 menit dengan air bersih dan hangat,dan sekaligus melakukan perawatan tali pusat lalu keringkan,pakaikan baju bayi dan selimuti bayi kembali kemudian berikan kepada ibu untuk disusui.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

Pada langkah pertama ini identifikasi dilakukan segera pada ketuban pecah dini, semua informasi akurat dan lengkap dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Didalam langkah ini akan diperoleh berbagai referensi tentang definisi, tanda dan gejala, serta faktor- faktor penyebabnya. Berdasarkan dari referensi matriks langkah I diatas, maka dapat disimpulkan bahwa definisi, tanda dan gejala dan faktor penyebab ketuban pecah dini.

Pengumpulan data diperoleh dari anamnesa dan pemeriksaan saat Ny. Dberada di ruang bersalin RSUD Muhammadiyah Wonosobo. Hasil anamnesa didapatkan bahwa Ny. D umur 27 tahun GIP1A0 hamil 40+6 telah melahirkan bayinya secara spontan pervaginam dengan indikasi Ketuban Pecah Dini. Proses persalinan dilakukan dengan induksi persalinan karena dalam proses observasi pembukaan 1x24 jam tidak ada penambahan pembukaan serviks dan penurunan kepala, proses persalinan normal dengan hasil bayi lahir spontan menangis kuat, kemerahan, gerakan aktif apgar score 7/9/10. Jenis kelamin bayi laki-laki dengan BB 2910 gram, PB : 48 cm, LK : 30 cm, LD: 31 cm, LP : 30 cm.

Menurut penelitian (Ratnawati, 2022), Penyebab Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah multi faktor dan faktor risiko yang berhubungan dengan ini adalah infeksi intra amniotik, abrupsio plasenta dan prosedur invasiv uterine (amniocentesis, Cardosentesis, Chorionic Villus Sampling and Cervikal Carelase), penyebab dari KPD masih belum jelas, maka tindakan preventive tidak dapat dilakukan, kecuali dalam usaha menekan terjadinya infeksi.

Menurut penelitian (Sunarti, 2022) Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan, dimana pada kasus ketuban pecah dini (KPD) banyak ditemukan pada ibu yang mempunyai riwayat KPD Wanita yang mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya, maka pada kehamilan berikutnya akan lebih berisiko mengalaminya kembali antara 3-4 kali dari pada wanita yang tidak mengalami KPD sebelumnya, karena komposisi membran yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.

Jadi dapat disimpulkan bahwa banyaknya hasil penelitian diatas yang

membahas tentang ketuban pecah dini (KPD) mulai dari pengertian, tanda dan gejala serta faktor penyebab terjadinya ketuban pecah dini (KPD) beberapa faktor penyebab terjadinya ketuban pecah dini (KPD) penyebab dari KPD masih belum jelas, maka tindakan preventive tidak dapat dilakukan, kecuali dalam usaha menekan terjadinya infeksi.

Menurut penelitian (Daulay, 2023) dilakukan pemeriksaan inspekulo yang dilakukan untuk menegakkan diagnosis terjadinya ketuban pecah dini pada pasien. Pemeriksaan inspekulo adalah pemeriksaan fisik utama yang dilakukan untuk mengevaluasi ketuban pecah dini (KPD), pada pemeriksaan inspekulo dilakukan penilaian dilatasi dan pendataran serviks, serta adanya cairan yang terkumpul di vagina atau keluar dari serviks pada saat pasien batuk, uterus ditekan, atau saat gerakan fetus.

Pada pembahasan diatas dari beberapa penelitian dari jurnal dapat disimpulkan bahwa untuk menegakkan diagnosis ketuban pecah dini (KPD) dapat dilakukan dengan memperhatikan data hasil pengkajian terhadap riwayat klien seperti jumlah cairan yang hilang karena keluarnya cairan terus menerus dan perasaan basah pada celana dalamnya dan tidak disertai his serta dapat dilakukan dengan pemeriksaan fisik pemeriksaan dengan USG dan pemeriksaan penunjang lainnya.

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan membutuhkan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap mencegah diagnosis/masalah potensial terjadi. Langkah ini akan menguraikan beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada ketuban pecah dini jika tidak ditangani dengan tepat.

Menurut penelitian (Ridlo & Khoeroh, 2024) ketuban pecah dini (KPD) menimbulkan komplikasi morbiditas dan mortalitas maternal maupun perinatal. Anemia kehamilan dengan kadar hemoglobin < 11 gr/dl dapat meningkatkan komplikasi terhadap KPD dapat meningkatkan insiden ketuban pecah dini melalui mekanisme biologi dan mekanisme penyakit

Dari hasil berbagai penelitian diatas didapatkan bahwa ketuban pecah dini (KPD) dapat menyebabkan beberapa komplikasi yang mungkin dapat terjadi sesuai dengan kondisi yang dialami pasien. Ketuban pecah dini (KPD) dapat

menyebabkan beberapa komplikasi seperti meningkatkan kecemasan yang disebabkan karena rasa takut dan sakit yang dapat meningkatkan pengeluaran adrenalin, rentan mengalami masalah paru saat lahir, apabila ketuban pecah sebelum waktunya, janin akan kehilangan air ketuban yang cukup banyak sehingga menghambat perkembangan paru-parunya, kematian janin, sindrom distress napas, infeksi polimikrobial intraamnion, perdarahan intraventrikular, hipoplasia pulmonal, prolaps, prolaps tali pusat, dan malpresentasi janin. Bahkan kematian yang meningkatkan mortalitas dan morbiditas perinatal

Dari beberapa referensi matriks langkah IV diatas maka didapatkan tindakan emergency atau kolaborasi dengan dokter jika terjadi komplikasi pada pasien. Menurut penelitian (Fitrianana & Nurwiyandani, 2018) Tindakan pada komplikasi usia kehamilan aterm yaitu penatalaksanaan ketuban pecah dini (KPD) difokuskan pada induksi persalinan dengan oxytocin. Pemberian oksitosin untuk merangsang kontraksi atau his. Oksitosin diberikan dengan mencampur 2,5-5 unit oksitosin dalam 500 ml cairan kristaloid. Pemberian oksitosin intravena dimulai dengan 8 tetes permenit dan ditambahkan 4 tpm tiap 30 menit dengan dosis maksimal 20 tetes per menit.

Induksi persalinan adalah upaya untuk melahirkan pervaginam dengan merangsang timbulnya his bagi ibu hamil yang belum inpartu sehingga terjadi persalinan. Tindakan diatas diberikan pada pasien yang mengarah mengalami komplikasi, tindakan segera/emergency merupakan tindakan untuk menangani pasien secara cepat dan tepat sebelum mengancam jiwa.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan asuhan kebidanan persalinan yang dilakukan pada Ny. D Usia 34 tahun G1P1A0, UK 40+6 minggu ruang bersalin RSUD Muhammadiyah Wonosobo, janin tunggal, hidup, intrauterin, presentasi kepala Inpartu Kala I Fase aktif dengan Ketuban Pecah Dini telah diterapkan asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pengkajian data subjektif, objektif, analisis dan penatalaksanaan. Kesimpulan ini akan disusun berdasarkan pendekatan manajemen kebidanan, yaitu:

1. Subjektif disimpulkan data anamnesa yang memberikan gambaran tentang kasus KPD pada Ny. D Usia 27 tahun G1P1A0, UK 40+6 minggu ruang bersalin RSUD Muhammadiyah Wonosobo. Ibu mengatakan keluar air-air secara tiba-tiba cukup banyak dari jalan lahir, cairan terus merembes, dan perut terasa kencang-kencang. Hal inilah yang menjadi data dasar untuk menegaskan diagnosa.
2. Data objektif segera yang dilakukan pada kasus Ny. D Usia 27 tahun G1P1A0, UK 40+6 minggu ruang bersalin RSUD Muhammadiyah Wonosobo dengan ketuban pecah dini ini sudah sesuai dengan teori yaitu: dilakukan pengkajian umum ibu dan janin, istirahat, tirah baring, dilakukan tindakan kolaborasi dengan dokter.
3. Analisis dapat ditegaskan yaitu “Ny. D Umur 27 Tahun G₁P₀A₀ Hamil 40+6 minggu dengan KPD”
4. Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana, semua tindakan yang dilakukan pada kasus Ny. D di buat berdasarkan diagnosa yang ditegaskan dan sesuai dan kebutuhan ibu dimana penolong tidak menemukan hambatan karena adanya kerja sama antara penolong dan pasien dan keluarga yang kooperatif dan adanya sarana prasarana yang mendukung dalam pelaksanaan tindakan.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka penulis dapat mengemukakan beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi Institusi

Diharapkan digunakan sebagai salah satu literature atau acuan dengan kasus yang sama dan dapat menjadi sumber ilmu pengetahuan dan bahan bacaan

bagi mahasiswa kebidanan lainnya.

2. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan ini dapat dijadikan sebagai acuan bagi lahan praktek dan dapat menjadi lebih baik dalam mengatasi masalah Ketuban Pecah Dini (KPD).

3. Bagi Penulis

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan acuan dalam melakukan penelitian selanjutnya dan dapat meneliti lebih jauh tentang Ketuban Pecah Dini (KPD). Sehingga hasil penelitian dapat sesuai dengan yang diharapkan.

4. Bagi Masyarakat

Diharapkan dapat digunakan sebagai masukan dalam hal mengenai masalah Ketuban Pecah Dini (KPD) yang ada dalam masyarakat khususnya pada ibu hamil serta dapat menjadi masukan bagi tenaga kesehatan agar dapat memberikan pelayanan yang baik bagi ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) sesuai dengan proses.



DAFTAR PUSTAKA

- A.Ratnawati. (2022). *Asuhan Keperawatan Maternitas* (Jogyakarta: Pustaka Baru Press. (ed.)).
- Aristina, N. E., & Diana, I. (2023). Asuhan Persalinan Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini : Studi Kasus. *Jurnal Kesehatan*, XVI(2), 2023. <https://ojs.stikes.gunungsari.id/index.php/JBK/article/view/124>
- Daulay, D. A. (2023). *Asuhan kebidanan persalinan dengan ketuban pecah dini di pmb nurliani kec padangsidempuan batunadua kota padang sidempuan tahun 2023*.
- Fitrianana, Y., & Nurwiyandani, W. (2018). *Asuhan Persalinan*. Pustaka Baru Press.
- Kebidanan, A. (2022). *KEGAWATDARURATAN* (M. K. Dr. Neila Sulung, S. Pd, Ns (ed.)). PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI.
- Manuaba. (2019). *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Meidina, T. A., Susilowati, E., & Brebes, K. (2024). *Asuhan+Kebidanan+Komprehensif+Pada+Ny*. 2(1).
- Nikmathul Ali, R., Aprianti A Hiola, F., & Tomayahu, V. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Komplikasi Ketuban Pecah Dini (Kpd) Di Rsud Dr Mm Dunda Limboto. *Jurnal Health Sains*, 2(3), 381–393. <https://doi.org/10.46799/jhs.v2i3.130>
- Novihandari, A. (2022). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Kala I Memanjang Di Ruang VK RSUD Ciamis Kabupaten Ciamis*.
- Ridlo, A., & Khoeroh, H. (2024). Analisis Study Kasus Persalinan Patologis Pada Ny. J Umur 40 Tahun G4P2A1 Dengan Persalinan Spontan Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) Di RSUD Brebes. *Jurnal Siti Rufaidah*, 2(1), 24–35.
- Sunarti, S. (2022). Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal pada Ny “R” Gestasi 37- 38 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tahun 2017. *Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar*.
- WHO. (2020). *Infant and Young Child Feeding*. Diakses dari <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.