

# A Case Report : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A DENGAN KPD DAN BY. NY. A DI PUSKESMAS GANG SEHAT PONTIANAK

Jenny Tara Putri<sup>1</sup>, Sofia Afritasari<sup>2</sup>, Khulul Azmi<sup>3</sup>, Ummy Yuniandini<sup>4</sup>

Program Studi DIII Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

Jl. Ampera No.9 Pontianak Kalimantan Barat

Jennytaraputri03@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban setelah 37 minggu sebelum memasuki proses persalinan, resiko *intrauterin* yang lebih tinggi, dan kemungkinan kompresi tali pusat yang lebih besar. Penyebab utama Kematian Bayi di Kota Pontianak sebanyak 80% dengan jumlah 21.124 kasus terjadi pada perinatal, terutama pada usia 0-7 hari. Beberapa penyebab terbesar kematian bayi yaitu berat badan lahir rendah (29%), asfiksia (27%), trauma lahir, tetanus neonatorum, infeksi lain dan kelainan kongenital. Sehingga dari data tersebut kasus berat bayi lahir rendah menjadi penyumbang terbanyak dalam Angka kematian Bayi.

**Laporan Kasus :** Asuhan kebidanan diberikan kepada Ny. A dengan kasus KPD dan Bayi Ny. A di UPT Puskesmas Gang Sehat Kota Pontianak, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga KB *Continuity of Care* (CoC). Pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi SOAP.

**Diskusi :** Laporan kasus ini merinci asuhan kebidanan dengan KPD pada persalinan Ny. A berlangsung spontan dengan air ketuban putih keruh, bayi lahir hidup dengan kondisi baik, dan proses nifas berlangsung normal tanpa komplikasi. Asuhan kebidanan yang diberikan meliputi pemantauan tanda vital, pencegahan infeksi, dukungan menyusui, serta edukasi perawatan bayi dan ibu nifas.

**Kesimpulan :** Asuhan kebidanan pada kasus KPD telah dilaksanakan sesuai standar pelayanan kebidanan. Tidak didapati adanya pertimpangan teori dan praktik di lapangan, dan meningkatkan keselamatan ibu serta bayi.

**Kata Kunci :** Asuhan Kebidanan, Ketuban Pecah Dini, Bayi Baru Lahir, Nifas, Kb

# **A Case Report: MIDWIFERY CARE FOR MRS. A WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AND HER NEWBORN AT GANG SEHAT COMMUNITY HEALTH CENTER IN PONTIANAK**

**Jenny Tara Putri<sup>1</sup>, Sofia Afritasari<sup>2</sup>, Khulul Azmi<sup>3</sup>, Ummi Yuniantini<sup>4</sup>**

Diploma III Midwifery Study Program, Aisyiyah Polytechnic, Pontianak

Ampera Street Number 9, Pontianak, West Kalimantan

Jennytaraputri03@gmail.com

## **ABSTRACT**

**Background:** Premature Rupture of Membranes (PROM) is defined as the rupture of the amniotic membranes after 37 weeks of gestation before the onset of labor. PROM is associated with a higher risk of intrauterine infection and an increased likelihood of umbilical cord compression. In Pontianak City, approximately 80% of infant deaths, amounting to 21,124 cases, occurred during the perinatal period, particularly within the first 0–7 days of life. The leading causes of infant mortality included low birth weight (29%), asphyxia (27%), birth trauma, neonatal tetanus, other infections, and congenital abnormalities. Among these factors, low birth weight contributed the most significantly to the infant mortality rate.

**Case Report:** Midwifery care was provided to Mrs. A with a diagnosis of PROM and her newborn at the Gang Sehat Community Health Center, Pontianak City. The care covered the continuum of care (CoC), including labor and delivery, postpartum care, newborn care, and family planning services. Data were collected through interviews, observation, physical examinations, and SOAP-based documentation.

**Discussion:** This case report describes comprehensive midwifery care for a patient with PROM. Mrs. A experienced a spontaneous vaginal delivery with cloudy white amniotic fluid. The newborn was delivered alive and in good condition, and the postpartum period progressed normally without complications. The midwifery care provided included monitoring vital signs, infection prevention, breastfeeding support, and health education related to maternal postpartum care and newborn care.

**Conclusion:** Midwifery care for PROM in this case was implemented in line with established midwifery service standards. No discrepancies were found between theoretical guidelines and clinical practice, and the care provided contributed to improved maternal and neonatal safety.

**Keywords:** Midwifery Care, Premature Rupture of Membranes, Newborn, Postpartum Period, Family Planning.





## PENDAHULUAN.

Ketuban Pecah Dini merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya. Penyebabnya ketuban pecah dini belum diketahui secara pasti, akan tetapi ada hubungannya dengan *hipermotilitas* rahim, selaput ketuban tipis, infeksi *multipara*, usia ibu, letak janin, dan riwayat ketuban pecah dini sebelumnya.

Menurut World Health Organization (WHO), sebanyak 810 kasus kematian ibu yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan, terutama di negara berkembang (WHO, 2023). Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2022, AKI di Indonesia masih mencapai 189 / 100.000 KH dan AKB sebesar 16 / 1.000 KH (Kemenkes RI, 2023). Angka tersebut menunjukkan perlunya peningkatan kualitas pelayanan kebidanan, termasuk penerapan Continuity of Care (CoC) yang konsisten dari masa antenatal hingga pascanatal.

Ketuban Pecah Dini (KPD) termasuk dalam salah satu komplikasi obstetri yang memiliki pengaruh signifikan terhadap keselamatan maternal dan neonatal. KPD ialah kondisi dimana ketuban pecah sebelum dimulainya proses persalinan, baik sebelum kehamilan cukup bulan (term PROM) maupun sebelum aterm (preterm PROM) (Cunningham et al., 2021). Kondisi ini berpotensi meningkatkan risiko infeksi maternal seperti korioamnionitis dan endometritis, serta komplikasi neonatal seperti sepsis, hipoksia, dan kelahiran prematur (Agustine Ramie, 2024).

Prevalensi KPD di dunia diperkirakan mencapai 5–10% dari seluruh kehamilan, dengan sekitar 70% di antaranya terjadi pada kehamilan cukup bulan (WHO, 2022). Di Indonesia, prevalensi kasus KPD dilaporkan sebesar 8–10% dari seluruh persalinan (Puspitasari, Trisanti, & Safitri, 2023). Penyebab kematian maternal tertinggi adalah perdarahan (31%), hipertensi (23%), dan ketuban pecah dini sebesar 13,1%. Sementara itu, sekitar 80% kematian bayi di Kota Pontianak terjadi pada masa perinatal, dengan penyebab utama berat badan lahir rendah (29%) dan asfiksia (27%), yang salah satunya dipicu oleh komplikasi KPD (Dinkes Kalbar, 2024).

KPD yang tidak tertangani dengan baik dapat menyebabkan komplikasi serius. Risiko infeksi intrauterin meningkat secara signifikan apabila masa laten berlangsung lebih dari 12 jam, sehingga dapat menimbulkan sepsis pada ibu maupun infeksi kongenital pada janin (Astuti, 2023). Selain itu, pecahnya ketuban sebelum waktunya dapat menyebabkan hilangnya barier protektif antara janin dan lingkungan luar sehingga mempermudah transmisi mikroorganisme (Noftalina *et al.*, 2021). Oleh karena itu, diperlukan manajemen kebidanan yang cepat, tepat, dan terintegrasi untuk meminimalkan risiko komplikasi.

Pendekatan Continuity of Care (CoC) menjadi strategi efektif dalam memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan. CoC memastikan kesinambungan pelayanan dari masa kehamilan hingga keluarga berencana melalui pemantauan intensif, kolaborasi multidisiplin, edukasi, dan dukungan psikologis terhadap ibu (Sulistyawati & Fitriani, 2021). Penerapan CoC terbukti meningkatkan kepuasan pasien, menurunkan risiko komplikasi obstetri, serta memperkuat hubungan terapeutik antara bidan dan klien (Nurvembrianti, Purnamasari and Sundari, 2021).



## LAPORAN KASUS

Pada penelitian yang telah dilaksanakan didapatkan hasil berupa data primer dan sekunder melalui metode observasi dengan pendekatan 7 langkah varney. Pengumpulan data dilakukan di beberapa tempat yaitu puskesmas gang sehat dan di rumah pasien, waktu pengumpulan data dimulai dari awal asuhan yang dilaksanakan dimulai pada tanggal 08 Juli 2025 - 15 Juli 2023.

Tabel 1. Laporan Kasus Persalinan

Nama : NY. A	No. RM : xx-xxx-xxxx
Umur : 28 tahun	Tanggal : 8 Juli 2025
Tanggal & Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
08-07-2025 10.50	<p><b>KALA I</b></p> <p>S : Ibu mengatakan semakin mules</p> <p>O : K/U baik</p> <p>TD : 110/70 mmHg N: 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2°C</p> <p>Djj : 142 x/menit VT : Ø 5 cm Ketuban : (-) Kep H2-H3, Uuk depan</p> <p>A : G1P0A0M0 hamil ±40 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan KPD</p> <p>Janin tunggal hidup</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memberitahukan ibu dan keluarga terkait hasil pemeriksaan</li> <li>2) Menghadirkan suami/ keluarga sebagai pendamping ibu, ibu dan keluarga mengerti</li> <li>3) Menyarankan ibu agar tetap makan dan minum ketika belum kontraksi.</li> <li>4) Memfasilitasi posisi dan mobilisasi, anjurkan ibu untuk baring miring kearah kiri, ibu mengerti.</li> <li>5) Membimbing ibu melakukan relaksasi saat perut mulai mulas/adanya HIS ibu dapat melakukannya.</li> <li>6) Merencanakan untuk memberikan oxytosin secara drip apabila tidak terjadi kemajuan persalinan.</li> <li>7) Melakukan Observasi DJJ, TTV, HIS dan kemajuan persalinan (hasil terlampir di lembar observasi)</li> </ol>
08-07-2025 13.15-14.00 WIB	<p><b>KALA II</b></p> <p>S : ibu mengatakan ada rasa ingin meneran</p> <p>O : k/u : baik</p> <p>TD : 120/70 mmHg N: 81 x/menit RR: 20 x/menit S: 36,7°C</p> <p>Djj : 143 x/menit VT : Ø Lengkap ketuban : (-) Kep : H-4, UUK depan</p> <p>A : G1P0A0M0 hamil ±40 minggu inpartu kala 2 dengan KPD</p> <p>Janin tunggal hidup</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan</li> <li>- Memimpin dan membimbing ibu meneran</li> <li>- Menolong persalinan sesuai SOP APN</li> <li>- Melakukan episiotomi</li> <li>- Bayi lahir spontan pukul 14.00 WIB menangis spontan A/S 9/10, JK ♀ (Perempuan)</li> </ul>
14.00-14.10 wib	<p><b>KALA III</b></p> <p>S : ibu mengatakan perut masih mules</p> <p>O : TD : 116/80 mmHg N: 71 x/menit RR: 20 x/menit</p> <p>TFU tepat pusat, kontraksi uterus baik,</p> <p>A : P1 A0 M0 inpartu kala III</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan injeksi oxytosin 1 ampul secara IM</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memotong tali pusat pada bayi</li> <li>- Melakukan PTT (plasenta lahir pukul 14.10 wib)</li> <li>- Memeriksa kelengkapan plasenta</li> <li>- Melakukan massase fundus uteri</li> <li>- Memantau perdarahan (perdarahan <math>\pm 150</math> cc)</li> </ul>
14.10 _ 16.10 wib	<p><b>KALA IV</b></p> <p>S : nyeri jalan lahir  O : K/U baik  TD : 121/81 mmHg N: 84 x/menit RR 22 x/menit  TFU 1 jari ↓pusat, luka perineum derajat 2  Kontraksi uterus baik, kantung kemih tidak penuh  A : P1 A0 M0 inpartu kala IV  P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan penjahitan pada perineum secara jelujur</li> <li>- Memfasilitasi personal hygiene (ibu sudah bersih)</li> <li>- Memfasilitasi <i>rooming in</i></li> <li>- Mengajarkan cara massase fundus uteri (ibu mengerti)</li> <li>- Memberi terapi amoxicillin 3x500 mg, asam mefenamat 3x500 mg  Vit A 1x 200.000 IU tablet FE 2x60 mg serta menjelaskan cara mengkonsumsinya (ibu mengerti)</li> <li>- Menganjurkan ibu menyusui bayinya</li> <li>- Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ BB : 3300gr</li> <li>➢ PB : 50cm</li> <li>➢ LK : 33cm</li> <li>➢ LD : 32cm</li> <li>➢ Lila : 12cm</li> </ul> </li> <li>- Melakukan observasi kala IV (hasil didokumentasikan pada lembar observasi)</li> </ul>

## DISKUSI

### A. Persalinan

Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan bahwa air ketuban keluar pada pukul 05.50 WIB. Sekitar 25 menit kemudian, yaitu pada pukul 06.15 WIB, Ny. A datang ke UPT Puskesmas Gang Sehat Kota Pontianak dengan kondisi ketuban telah pecah dan air ketuban tampak berwarna putih keruh. Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan pembukaan serviks 2 cm dengan ketuban (-), denyut jantung janin teratur, serta kontraksi uterus masih jarang dan tidak teratur.

Menurut Aprirosita et al. (2025), Ketuban Pecah Dini (KPD) ialah kondisi dimna selaput ketuban pecah sebelum proses persalinan dimulai atau sebelum inpartu, yaitu ketika pembukaan serviks masih  $<4$  cm (fase laten). Berdasarkan definisi tersebut, maka diagnosis KPD pada Ny. A dapat ditegakkan karena ketuban pecah terjadi pada pembukaan serviks 2 cm, yang berarti masih dalam fase laten persalinan.

Cairan ketuban yang berwarna keruh menunjukkan adanya peningkatan risiko infeksi intrauterin akibat lamanya selaput ketuban terbuka sebelum proses persalinan berlangsung. Hal tersebut sesuai menurut penelitian Nuraisya dan Wulandari (2025) yaitu pecahnya ketuban pada fase laten meningkatkan risiko terjadinya infeksi maternal dan neonatal. Penelitian lain oleh Aprirosita et al. (2025) juga menunjukkan bahwa semakin lama interval



antara pecahnya ketuban dan kelahiran bayi, maka semakin besar risiko terjadinya komplikasi seperti korioamnionitis, sepsis neonatal, serta distress janin. Dengan demikian, diagnosis KPD pada Ny. A dapat dipertanggungjawabkan secara teoritis maupun klinis, karena temuan lapangan menunjukkan kesesuaian dengan teori dan hasil penelitian terkini.

Penanganan kasus KPD pada Ny. A dilakukan secara menyeluruh dengan memperhatikan prinsip asuhan kebidanan komprehensif dan pendekatan CoC. Tindakan awal yang peneliti lakukan yaitu edukasi mengenai kondisi yang dialami, pemberian dukungan emosional dengan menghadirkan pendamping, serta anjuran untuk beristirahat dan mengonsumsi makanan atau cairan saat tidak terjadi kontraksi. Bidan juga memfasilitasi ibu dalam posisi miring kiri untuk meningkatkan perfusi uteroplasenta serta menganjurkan mobilisasi ringan guna membantu kemajuan persalinan.

Selama proses persalinan, dilakukan pemantauan ketat terhadap tanda vital ibu, denyut jantung janin, kekuatan dan frekuensi kontraksi, serta kemajuan pembukaan serviks. Bidan membimbing ibu dalam teknik relaksasi selama his, memasang infus Ringer Laktat untuk menjaga hidrasi, dan menjaga kebersihan area genital guna mencegah infeksi. Kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dilakukan untuk mempertimbangkan pemberian drip oksitosin apabila persalinan tidak menunjukkan kemajuan dalam waktu yang sesuai dengan standar klinis.

Proses persalinan ditolong sesuai Asuhan Persalinan Normal (APN) hingga kala IV, mencakup pemberian oksitosin setelah bayi lahir untuk mencegah atonia uteri, perawatan tali pusat secara steril, pijat fundus uteri untuk memastikan kontraksi, serta pemantauan perdarahan *postpartum*. Tindakan-tindakan tersebut sejalan dengan teori Agustuti et al. (2025) dan Ardania et al. (2025) yang menegaskan bahwa prinsip utama penatalaksanaan KPD meliputi pencegahan infeksi, pemantauan ketat terhadap kondisi ibu dan janin, serta upaya mempercepat persalinan apabila usia kehamilan telah aterm atau masa laten berlangsung lama, guna menekan risiko morbiditas maternal dan neonatal.

Secara keseluruhan, pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. A menunjukkan kesesuaian antara teori dan praktik di lapangan. Diagnosis, tindakan, dan evaluasi yang dilakukan telah memenuhi standar pelayanan kebidanan serta berkontribusi pada kesehatan ibu dan bayi. Asuhan yang terintegrasi, berkesinambungan, dan berbasis bukti (*evidence-based midwifery*) menjadi kunci dalam mengoptimalkan hasil klinis pada kasus KPD di fasilitas pelayanan kesehatan primer.

## SIMPULAN

Asuhan kebidanan pada Ny. A dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di UPT Puskesmas Gang Sehat Kota Pontianak telah dilaksanakan sesuai standar pelayanan kebidanan dan prinsip. *Continuity of Care* (CoC). Peneliti tidak mendapati adanya pertimpangan teori dan praktik, menunjukkan bahwa asuhan berbasis bukti berperan penting dalam meningkatkan mutu pelayanan kebidanan.

## PERSETUJUAN PASIEN

Seluruh proses pengkajian dilaksanakan dengan persetujuan pasien yang dibuktikan melalui lembar *informed consent*.



## REFERENSI

- Agustuti, D., Rahmawati, E., & Sari, L. (2025) *Manajemen Ketuban Pecah Dini pada Kehamilan Aterm di Fasilitas Pelayanan Primer*. Yogyakarta: Deepublish.
- Aprirosita, A., Nurhidayati, S., & Lestari, D. (2025) 'Kajian Klinis Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Fase Persalinan di Rumah Sakit Pendidikan', *Jurnal Ilmiah Bidan Indonesia*, 10(1), pp. 45–53.
- Ardania, S., Puspitaningrum, H., & Lestari, M. (2025) 'Asuhan Kebidanan pada Kasus Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Wilayah Timur: Pendekatan Continuity of Care', *Media Ilmu Kesehatan*, 14(2), pp. 101–109.
- Astuti, D.W. (2023) *Manajemen Kasus Ketuban Pecah Dini di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*. Jakarta: Salemba Medika.
- Barat, D.K.P.K. (2024) *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2023*.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., et al (2021) *Williams Obstetrics (27th ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Noftalina, E. et al. (2021) *Buku Ajar Askeb II Asuhan Kebidanan pada Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Edited by K. Azmi. Pontianak: Polita Press.
- Nuraisyah, A., & Wulandari, F. (2025) 'Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian Infeksi Maternal dan Neonatal di RSUD Dr. Soetomo Surabaya', *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan Reproduksi*, 9(1), pp. 67–74.
- Nurvembrianti, I., Purnamasari, I. and Sundari, A. (2021) 'Pendampingan Ibu Hamil Dalam Upaya Peningkatan Status Gizi', *Jurnal Inovasi & Terapan Pengabdian Masyarakat*, 1(2), pp. 50–55.
- Pabidang, S. (2024) 'Peran Kebidanan Komunitas dalam Penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi menuju Indonesia Emas 2045', *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 12(1), pp. 47–70.
- Puspitasari, A., Trisanti, I., & Safitri, D. (2023) 'Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di RSUD Wonosobo.', *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 13(2), pp. 78–86.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (Kemenkes (2023) *survei Kesehatan Indonesia Tahun 2022*.
- Sulistiyawati, A., & Fitriani, N. (2021) *Continuity of Care dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas*. Surabaya: Airlangga University Press.
- W.H.O. (2022) *Preterm Birth and Premature Rupture of Membranes: Global Report*. Geneva: WHO.
- W.H.O. (2023) *Maternal Mortality Fact Sheet*. Geneva: WHO.