Asuhan Kebidanan dengan Ketuban Pecah Dini Di Kota Pontianak

Octa Suci Rahmadani[1], Khulul Azmi[2], Tria Susanti[3], Eliyana Lulianthy [4]

[1234]Program Studi DIII Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

Jl. Ampera No. 9, Pontianak, Kalimantan Barat

octasucirahmadani@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Ketuban pecah dini merupakan masalah obstetri yang meningkatkan risiko infeksi, kesakitan, dan kematian pada ibu maupun bayi. Kondisi ini terjadi ketika selaput ketuban pecah sebelum persalinan, baik pada kehamilan aterm maupun preterm, dengan insidensi sekitar 8–10% dari seluruh kehamilan dan 2% pada preterm. KPD berhubungan dengan risiko persalinan prematur serta komplikasi pada ibu dan janin. Oleh karena itu, diperlukan asuhan kebidanan yang tepat untuk mencegah komplikasi.

Laporan Kasus: Asuhan kebidanan komprehensif diberikan kepada Ny. M di RS Bhayangkara dan Praktik Mandiri Bidan Titin Widyaningsih pada 18 November 2025 hingga 20 November 2025. Subjek adalah Ny. M usia 24 tahun GII PI A0 hamil trimester III dengan KPD. Pendekatan yang digunakan bersifat deskriptif, dengan teknik pengumpulan data melalui anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dokumentasi, serta penelaahan rekam medis. Analisis data dilakukan dengan membandingkan hasil pengkajian terhadap teori yang relevan yang telah ada sebelumnya.

Diskusi: Asuhan pada Ny. M dengan KPD usia kehamilan 39–40 minggu dilaksanakan sesuai standar kebidanan. Penatalaksanaan berupa pemberian antibiotik, induksi persalinan, serta pemantauan tanda vital dan DJJ terbukti sesuai teori. Persalinan berlangsung spontan pukul 02.54 WIB, bayi lahir hidup BB 3500 gr, APGAR 9/10, plasenta lengkap, dan kondisi ibu normal. Asuhan kebidanan menggunakan manajemen 7 langkah Varney dengan dokumentasi SOAP. Hasil menunjukkan penatalaksanaan menurunkan risiko komplikasi dan sesuai indikasi medis.

Simpulan: Asuhan kebidanan pada persalinan dengan ketuban pecah dini telah dilaksanakan menggunakan pendokumentasian SOAP. Tidak ditemukan kesenjangan antara data subjektif dan objektif. Setelah seluruh data terkumpul, dapat disimpulkan analisis serta penatalaksanaan dilakukan sesuai dengan teori.

Kata Kunci: Asuhan Kebidanan; Persalinan; Ketuban Pecah Dini

POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

Midwifery Care for Premature Rupture of Membranes in Pontianak City

Octa Suci Rahmadani[1], Khulul Azmi[2], Tria Susanti[3], Eliyana Lulianthy[4]

[1234]Diploma III Midwifery Study Program, 'Aisyiyah Pontianak Polytechnic

Ampera Street Number 9, Pontianak, West Kalimantan

octasucirahmadani@gmail.com

ABSTRACT

Background: Premature rupture of membranes is an obstetric problem that increases the risk of infection, morbidity, and mortality in both mothers and infants. This condition occurs when the amniotic membranes rupture before labor, either in term or preterm pregnancies, with an incidence of approximately 8–10% of all pregnancies and 2% in preterm pregnancies. Premature rupture of membranes is associated with the risk of preterm labor and complications in both the mother and fetus. Therefore, appropriate midwifery care is required to prevent complications.

Case Report: Comprehensive midwifery care was provided to Mrs. M at Bhayangkara Hospital and Titin Widyaningsih Independent Midwife Practice from November 18, 2025, to November 20, 2025. The subject was Mrs. M, a 24-year-old GII P1 A0 woman in her third trimester of pregnancy with premature rupture of membranes. A descriptive approach was employed, with data collected through anamnesis, observation, physical examination, documentation, and review of medical records. Data analysis was conducted by comparing the assessment findings with relevant previously established theories.

Discussion: Midwifery care for Mrs. M with premature rupture of membranes at 39–40 weeks of gestation was provided in compliance with midwifery standards. Management, including the administration of antibiotics, labor induction, and monitoring of vital signs and fetal heart rate (FHR), was consistent with the relevant theory. Labor occurred spontaneously at 2:54 a.m. Western Indonesia Time (WIB), with a live-born infant weighing 3,500 g and an APGAR score of 9/10. The placenta was complete, and the mother's condition was normal. Midwifery care was provided using Varney's seven-step management approach with SOAP documentation. The results indicate that the management reduced the risk of complications and was in line with medical indications.

Conclusion: Midwifery care for labor complicated by premature rupture of membranes was provided using SOAP documentation. No discrepancies were found between the subjective and objective data. After all data were collected, it was concluded that the analysis and management were conducted in accordance with the relevant theory.

Keywords: Midwifery Care; Labor; Premature Rupture of Membranes

KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS TANJUNGPURA
UPA BAHASA

PENDAHULAN

Persalinan merupakan proses pembukaan dan penipisan serviks yang disertai dengan turunnya janin ke jalan lahir. Persalinan buatan dilakukan dengan bantuan, sedangkan persalinan anjuran merupakan persalinan yang tidak berlangsung secara spontan, tetapi melalui tindakan pemacuan (Indryani, 2024). Peningkatan angka kematian ibu dan bayi menunjukkan masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak serta berdampak pada kondisi sosial dan tingkat kesejahteraan masyarakat. Kematian ibu saat persalinan umumnya dipicu oleh tiga faktor utama, yaitu perdarahan, preeklamsia/eklamsia, dan infeksi (Aprina, Puspitasari and Nurhasanah, 2025).

Menurut *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2023 terdapat sekitar 303.000 kematian ibu secara global. Pada tahun 2024 jumlah tersebut menurun menjadi sekitar 287.000 jiwa. Penyebab utama kematian ibu meliputi perdarahan hebat, infeksi pasca melahirkan, hipertensi dalam kehamilan seperti preeklamsia dan eklamsia, komplikasi obstetri, termasuk praktik aborsi tidak aman (WHO, 2024; Anggraeni, Hafsah and Riyanti, 2026).

Di tahun 2025, AKI di Indonesia dilaporkan sebesar 189 kasus per 100.000 kelahiran hidup (Apriani *et al.*, 2026). Tahun 2023 mencatat AKB di Indonesia sebanyak 16,85 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2024; Rosa Aulia Sari *et al.*, 2025). Angka tersebut masih berada diatas standar yang ditetapkan dalam program *Sustainable Development Goals* (SDGs), yakni 12 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2020; Rosa Aulia Sari *et al.*, 2025).

Menurut data Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat tahun 2024, ditemukan 101 kasus kematian ibu denganjumlah kelahiran hidup sebanyak 80.870, AKI di Kalbar mencapai 125 setiap 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Kalbar, 2024). Sementara itu, menurut Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat tahun 2021, terdapat 542 kasus kematian bayi. Kematian neonatal terutama disebabkan oleh asfiksia, bayi berat lahir rendah, sepsis, tetanus neonatorum, kelainan bawaan, serta kondisi lain pada bayi prematur (Eka Felestanty, 2019; Afritasari et al., 2025).

Kasus kematian ibu di Kota Pontianak periode 2020–2024 menunjukkan tren peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya. Pada tahun 2024, penyebab kematian meliputi perdarahan 5 kasus, hipertensi 3 kasus, infeksi 1 kasus, serta faktor lain 4 kasus. Distribusi kasus tercatat di enam kecamatan, dengan jumlah tertinggi Pontianak Timur melaporkan 4 kasus dan Pontianak Kota 3 kasus (Dinas Kesehatan Kota Pontianak, 2024).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah permasalahan esensial dalam obstetri, sebab kondisi ini memperbesar risiko infeksi maternal maupun neonatal serta berdampak pada kesakitan dan

PERPUSTAKAAN POLITEKNIK ASYIYAH PONTIANAK

kematian keduanya. KPD dialami ketika selaput ketuban robek sebelum proses persalinan berlangsung, yaitu saat pembukaan di bawah 3 cm pada primipara dan belum mencapai 5 cm pada multipara. Kondisi ini dapat muncul baik pada kehamilan aterm maupun preterm (Astuti, 2023). Insidensi KPD tercatat sekitar 8–10% dari seluruh kehamilan, dan sekitar 2% pada kehamilan preterm. Keadaan ini meningkatkan risiko infeksi intrauterin, persalinan prematur, serta komplikasi pada ibu dan janin. Sekitar 30–40% persalinan prematur didahului oleh KPD, sehingga penanganan yang tepat sangat diperlukan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut (Prawirahardjo, 2016; Yulianti, Astuti and Putri, 2023).

Penyebab terjadinya KPD belum diketahui secara pasti, beberapa unsur berkontribusi terhadap peningkatan risikonya. Risiko KPD berkaitan dengan beberapa faktor, seperti usia kehamilan dan ibu, paritas, infeksi, anemia, kehamilan multipel, peningkatan tekanan dalam rahim, serta faktor genetik. Selain itu, KPD juga berkaitan dengan infeksi intrauterin, usia kehamilan yang belum mencapai aterm, kondisi sosial ekonomi rendah, keterbatasan perawatan antenatal, serta gizi yang tidak memadai selama kehamilan (Dewanti et al., 2018; Annisa, Nisak and Asiyah, 2026).

Dampak ketuban pecah dini pada janin dapat berupa kelahiran preterm, infeksi, malposisi janin, prolaps umbilikus, serta kematian intrapartum. Pada ibu dengan KPD, persalinan berisiko berlangsung lebih lama dari normal, perdarahan pascapersalinan, atonia uteri, dan infeksi selama persalinan (Annisa, Nisak and Asiyah, 2026).

Kondisi KPD yang terjadi pada usia kehamilan aterm, terminasi kehamilan sebaiknya dilakukan. Proses kelahiran berlangsung secara pervaginam atau seksio sesarea dengan mempertimbangkan kondisi ibu, janin, dan kehamilan. Pada skor Bishop ≤5, pematangan serviks dilakukan menggunakan misoprostol 25 µg pervaginam setiap 6 jam sebanyak 2 kali pemberian. Jika tidak terjadi peningkatan skor Bishop setelah 2 kali pemberian, induksi persalinan dilanjutkan menggunakan oksitosin. Selama proses induksi maupun pematangan serviks dengan misoprostol, denyut jantung janin serta kemungkinan terjadinya korioamnionitis tetap dievaluasi (Setiawati, 2020).

Indonesia menerapkan sejumlah strategi untuk menekan angka kematian ibu dan bayi, salah satunya dengan memperluas cakupan imunisasi, pelaksanaan program MOMENTUM, peningkatan mutu tenaga kesehatan, revitalisasi posyandu, serta penyediaan sarana pelayanan kesehatan (Kamil and Paramita, 2023). Upaya ini juga didukung oleh peran kader kesehatan dan masyarakat melalui perencanaan kehamilan serta kesiapsiagaan menghadapi komplikasi. Pemerintah juga mencanangkan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) guna meningkatkan kontribusi masyarakat untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi

PERPUSTAKAAN POLITEKNIK ASTIYAH PONTIANAK

(Anggraeni, Rahayu and Yaimin, 2024). Bidan berperan dalam menjamin kualitas hidup ibu dan bayi, terutama melalui upaya kesehatan yang ditujukan untuk mencegah serta menurunkan angka morbiditas dan mortalitas (Oruh, 2021; Utami, Ratnawati and Villasari, 2022).

LAPORAN KASUS

Penulis melakukan studi kasus ini dari tanggal 18 November 2025 sampai 20 November 2025 di PMB Titin Widyaningsih dan RS Bhayangkara Kota Pontianak dengan metode deskriptif serta *Continuity of Care*. Subjek penelitian adalah Ny. M usia 24 tahun GII PI A0 yang menerima asuhan kebidanan komprehensif sejak masa kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir, imunisasi, hingga pelayanan keluarga berencana. Data primer didapatkan secara langsung melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan obstetri, serta dokumentasi asuhan kebidanan. Data sekunder didapatkan melalui rekam medis, buku KIA, dan sumber pustaka yang relevan. Analisis data dilakukan dengan membandingkan hasil temuan selama pemberian asuhan dengan teori dan *evidence based* yang berkaitan.

PERPUSTAKAAN NPP. 6171052A2000001

Tabel 1. Laporan Kasus Kehamilan

Tanggal	**18 November 2025**
Data Subjektif	Ny. M menyampaikan adanya pengeluaran air dari jalan lahir pada siang hari. Berdasarkan riwayat persalinan, ketuban pecah dari tanggal 18 - 11 - 2025 jam 12.00 WIB.
Data Objektif	a. Keadaan Umum : Baik b. Kesadaran: composmentis c. BB: 81 kg d. TD: 127/92 mmHg e. Nadi: 98 x/menit f. Suhu: 36,5°C g. Pernafasan: 20 x/menit h. Pemeriksaan fisik: • Wajah: tidak tampak pucat dan tidak ditemukan edema. • Mata: konjungtiva merah muda, sklera putih. • Payudara: Tidak ditemukan jaringan parut, puting susu tampak menonjol, kolostrum belum keluar • Abdomen: tidak terdapat bekas luka operasi i. Pemeriksaan palpasi: • Leopold I: TFU 30 cm, pada bagian fundus teraba bulat dengan konsistensi lunak dan tidak melenting. • Leopold II: Regio sinistra teraba punggung janin, regio dextra teraba bagian kecil janin. • Leopold III: Teraba bagian bulat keras dan melenting, serta kepala janin telah memasuki pintu atas panggul. • Leopold IV: Divergen, 4/5 bagian j. DJJ: 156 x/menit, teratur k. TBBJ: 2.945 gram l. Ekstremitas: tidak ditemukan pembengkakan, refleks patela (+) m. Pemeriksaan lakmus: (-)
Assesment	G II PI A0 hamil 39–40 minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala
Penatalaksanaan	1. Menginformasikan temuan pemeriksaan dan pasien memahami informasi yang disampaikan.

POLITEKNIK ASY SYIFA PONTIANAK

	2. Memberikan penjelasan terkait keluhan yang dialami serta tindakan yang akan diberikan dan ibu dapat mengulangi penjelasan tersebut. 3. Melakukan konseling KIE mengenai konsumsi makanan bergizi. 4. Menganjurkan ibu untuk tidak banyak beraktivitas karena sudah terdapat pengeluaran air. 5. Menyarankan ibu agar beristirahat dengan cukup. 6. Menyarankan ibu agar tetap menjaga kebersihan diri dan pakaian. 7. Memberikan suplemen Fe serta menjelaskan cara mengonsumsinya. 8. Menjelaskan tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan. 9. Memberikan penjelasan mengenai doa-doa kehamilan serta dzikir pagi dan petang. 10. Menganjurkan ibu berkonsultasi kepada dokter kandungan untuk melakukan pemeriksaan USG.

Tabel 2. Laporan Kasus Persalinan

Tanggal	**19 November 2025**
Data Subjektif	Ibu mengatakan ada rasa mules ingin melahirkan dan adanya cairan yang keluar vagina sejak tanggal 18 November 2025 jam 12.00 WIB. Sejak tanggal 19 – 11 – 2025 jam 10.00 WIB ibu melakukan pemeriksaan USG kepada dokter Sp.OG di Klinik Amanda dan dianjurkan melahirkan di RS Bhayangkara karena air ketuban sedikit.
Data Objektif	a. KU: Baik b. Kesadaran: Composmentis c. BB: 81 kg d. TD: 109/70 mmHg e. Nadi: 96 x/menit f. Pernafasan: 20 x/menit g. Pemeriksaan Palpasi : • Leopold I: TFU 30 cm, teraba bulat, lunak, tidak melenting • Leopold II: Regio sinistra teraba punggung janin, regio dextra teraba bagian kecil janin. • Leopold III: Teraba bagian berbentuk bulat, keras dan sulit melenting. • Leopold IV: divergen, 4/5 bagian h. DJJ: 160 x/menit, teratur i. His: 2 x/10’ 20’’detik j. TBBJ: 2.945 gram k. Pemeriksaan dalam pukul 14.10 WIB: • Portio: Konsistensi lunak • Posisi: middle • Pendataran: Serviks mendatar 20% • Pembukaan: 1cm • Ketuban: Negatif • Terbawah: Kepala • Penurunan: H-I • Penunjuk: Tidak dapat ditentukan • Kesan panggul: Terkesan luas
Assesment	GII P1 A0 hamil 39–40 minggu inpartu kala I fase laten dengan KPD, janin tunggal hidup presentasi kepala.
Penatalaksanaan	1. Menyampaikan informasi hasil pengkajian dan memastikan ibu memahami informasi yang telah disampaikan. 2. Pendampingan keluarga diupayakan guna menunjang kelancaran persalinan, suami hadir mendampingi. 3. Semangat diberikan kepada ibu, sehingga kecemasan berkurang. 4. Menganjurkan ibu agar berdoa dan membaca doa persalinan. 5. Memberikan arahan kepada ibu untuk melakukan relaksasi. 6. Menyarankan ibu agar tetap makan dan minum seperti biasa 7. Mengimbau ibu agar tidak menunda berkemih.

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

	8. Memfasilitasi ibu untuk BAK menggunakan pispot. 9. Menganjurkan ibu mengurangi mobilisasi karena sudah keluar air dari jalan lahir 10. Memberikan terapi antibiotik berdasarkan anjuran dokter Sp.OG untuk mencegah infeksi. 11. Memberikan terapi obat 1/8 gastrol pervaginam berdasarkan anjuran dokter Sp.OG untuk mempercepat pembukaan serviks. 12. Menyiapkan alat pertolongan persalinan. 13. Memasang infus RL 20 TPM di tangan sebelah kiri karena ibu terlihat lemah 14. Melaksanakan pemantauan TTV, his, DJJ, dan progres persalinan dengan hasil dicatat pada partograf.
Tanggal	**20 November 2025**
KALA II	02.20–02.54 WIB
Data Subjektif	Ibu menyampaikan keluhan mulas yang semakin sering dan kuat serta terdapat rasa ingin mengejan
Data Objektif	a. KU: baik b. Kesadaran: composmentis c. TD: 110/75 mmHg d. Suhu: 36,6°C e. Nadi: 98 x/menit f. Pernafasan: 20x/menit g. DJJ: 139 x/menit, teratur h. His: 3 x/10’ >40’’detik, adekuat i. VT: serviks telah mengalami pembukaan lengkap. j. Ketuban: (-) k. Kepala: H III–H IV l. Penunjuk: UUK depan.
Assesment	GII P1 A0 hamil 39–40 minggu kala II dengan KPD, janin tunggal hidup presentasi belakang kepala.
Penatalaksanaan	1. Menjelaskan pada ibu mengenai kondisi pembukaan serviks yang telah lengkap dan diperbolehkan mengejan saat ada kontraksi serta keadaan janin dalam keadaan baik. 2. Dukungan diberikan pada ibu tetap semangat saat mengejan. 3. Memberikan arahan dan dukungan kepada ibu saat meneran. 4. Membimbing ibu meneran kembali dengan baik dan benar. Karena kepala bayi hanya menekan vulva dan perineum tampak kaku, dilakukan episiotomi derajat 2. 5. Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN. Pada jam 02.54 WIB, bayi lahir spontan berjenis kelamin laki-laki dalam keadaan hidup, segera menangis, tonus otot baik, dengan skor APGAR 9/10
KALA III	02.54–02.59 WIB
Data Subjektif	Ny. M menyampaikan keluhan abdomen yang masih mulas
Data Objektif	a. TFU: Setinggi pusat dan tidak teraba janin kedua. b. Kontraksi uterus: keras c. TD: 98/61 mmHg d. Suhu: 36,5 °C e. Nadi: 98 x/menit f. Pernafasan: 22 x/menit g. Tali pusat terlihat menjulur didepan vulva disertai semburan darah.
Assesment	PII A0 inpartu kala III
Penatalaksanaan	1. Melakukan penyuntikan oksitosin 1 ampul secara intramuskular di sepertiga paha atas bagian depan. 2. Melakukan pemotongan serta pengkleman tali pusat 3. Mengeringkan bayi dan mengganti lampin basah dengan lampin kering. 4. Melaksanakan PTT dilakukan pelepasan plasenta terjadi spontan pada pukul 02.59 WIB. 5. Masase uterus dilakukan hingga uterus teraba keras.

PERPUSTAKAAN NPP. 6171052A2000001
POLITEKNIK AISYIYAH PONTIANAK

	6. Plasenta diperiksa kelengkapannya menunjukkan selaput ketuban utuh, tali pusat ±50 cm, insersi sentralis, berat ±500 gram, diameter ±15 cm, tanpa adanya pengapuran. 7. Penilaian perdarahan ±200 cc. 8. Melakukan penilaian perineum dan ditemukan robekan pada kulit serta otot perineum.
Kala IV	02.59–04.59 WIB
Data Subjektif	Ibu mengatakan terdapat rasa nyeri di jalan lahir
Data Objektif	a. KU: baik b. Kesadaran: composmentis c. TD: 109/76 mmHg d. Nadi: 99 x/menit e. Suhu: 36,5°C f. Pernafasan: 22x/menit g. TFU: 1 jari ↓ pusat h. Kontraksi uterus: keras i. Kandung kemih: Tidak teraba penuh. j. Perineum: Ditemukan ruptur pada mukosa vagina, kulit, dan otot perineum.
Assesment	PII A0 inpartu kala IV dengan laserasi perineum derajat II.
Penatalaksanaan	1. Melaksanakan penjahitan jelujur ruptur perineum. 2. Memfasilitasi ibu menjaga kebersihan diri sehingga ibu tetap bersih dan nyaman. 3. Memberikan penjelasan kepada ibu mengenai teknik masase fundus serta tujuan tindakan. 4. Memberikan terapi amoxicillin 500 mg 1x1 dan asam mefenamat 500 mg 3x1 serta menjelaskan cara mengonsumsinya. 5. Diberikan KIE mengenai mobilisasi secara bertahap serta teknik menyusui yang tepat. 6. Pemeriksaan fisik bayi dilakukan dengan hasil 7. Kala IV diobservasi dan mendokumentasikan hasil pada partograf.
	LAPORAN PERSALINAN
	a. Penolong: Bidan Cara persalinan: Sponta Lama persalinan: ±12 jam 54 menit Pada tanggal 20 November 2025 pukul 02.20 WIB dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil pembukaan lengkap, kepala H III–IV. Ibu dipimpin mengejan selama ±45 menit. Kepala bayi menekan vulva dan perineum tampak kaku sehingga dilakukan episiotomi derajat 2. Pada pukul 02.54 WIB bayi lahir spontan, langsung menangis, anak laki-laki hidup. Plasenta lahir spontan pada pukul 02.59 WIB. b. Keadaan ibu pasca persalinan: KU: baik. TD: 109/76mmHg, Nadi: 99x/menit, Pernafasan: 22x/menit, Plasenta lahir spontan dan lengkap dengan berat ±500 gram, panjang tali pusat ±50cm, TFU 1 jari ↓ pusat, kontraksi uterus keras, perdarahan ±200cc. c. Keadaan bayi: Lahir pada 20 – 11 - 2025 pukul 02.54 WIB, hidup, dengan berat 3.500gram, panjang badan 49 cm, jenis kelamin laki-laki, lingkar kepala 34 cm, APGAR: 9/10. Hasil pemeriksaan fisik bayi tidak ditemukan kelainan.

PERPUSTAKAAN NPP. 6171052A2000001
POLITEKNIK ASSYIFA PONTIANAK

DISKUSI

1. Data Subjektif

Berdasarkan data subjektif, Ny. M mengatakan keluar air dari jalan lahir sejak 18 November 2025 pukul 12.00 WIB. Pada 19 November 2025 pukul 10.00 WIB, ibu menjalani pemeriksaan USG oleh dokter Sp.OG dan dianjurkan untuk melahirkan di rumah sakit karena jumlah air ketuban sedikit. Ketuban pecah dini merupakan keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan berlangsung atau saat pembukaan serviks masih di bawah 4 cm pada fase laten. Kondisi tersebut

dapat terjadi saat kehamilan cukup bulan maupun kurang bulan. (Fatkhiyah N, 2015; Rosdianah and Irmawati, 2023). Berdasarkan hasil pengkajian, kondisi Ny. M sesuai dengan teori karena pengeluaran air ketuban terjadi sebelum persalinan dimulai.

2. Data Objektif

Hasil pemeriksaan tanggal 18 November 2025 menunjukkan Keadaan umum ibu dalam kondisi baik dengan tingkat kesadaran composmentis. Pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh tekanan darah 127/92 mmHg, frekuensi nadi 98 x/menit, suhu tubuh 36,5°C, pernapasan 20 x/menit, dan DJJ 156 x/menit. Pemeriksaan abdomen menunjukkan TFU 30 cm, bagian terendah janin teraba kepala sudah masuk PAP, dengan penurunan 4/5 bagian. Pemeriksaan lakmus menunjukkan hasil negatif. Pada pemeriksaan berikutnya tanggal 19 November 2025 ditemukan his 2’10’’20 detik. Pemeriksaan dalam ditemukan portio teraba lunak berada pada posisi middle, pendataran 20%, dan pembukaan serviks 1 cm. Berdasarkan hasil tersebut, Ibu dan janin berada dalam keadaan stabil serta tidak ditemukan tanda infeksi. Hasil pemeriksaan sesuai dengan kondisi ibu hamil aterm dengan KPD.

3. *Assesment*

Berdasarkan data subjektif dan objektif diagnosis ditegakkan adalah GII PI A0 hamil 39–40 minggu inpartu kala I fase laten dengan ketuban pecah dini.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dalam studi kasus ini dilaksanakan sesuai kebutuhan pasien. Menurut (Lindo and Wildan, 2023) Penatalaksanaan selama perawatan di rumah sakit meliputi pemberian antibiotik berupa ampisilin 500 mg sebanyak 4 kali sehari atau eritromisin bagi ibu yang tidak dapat menerima ampisilin, disertai metronidazol 500 mg 2 kali sehari selama 7 hari. Pada kehamilan > 37 minggu dilakukan induksi persalinan dengan oksitosin, dan jika tidak berhasil dilanjutkan dengan seksio sesarea. Pemberian misoprostol dapat menjadi pilihan alternatif dengan dosis 25–50 µg melalui rute intravaginal setiap 6 jam, hingga empat kali pemberian. Apabila ditemukan indikasi infeksi, ibu diberikan terapi antibiotik dosis tinggi dan kehamilan segera diterminasi. Asuhan yang diberikan kepada Ny. M meliputi penyampaian hasil pemeriksaan, pemberian dukungan psikologis, bimbingan teknik relaksasi, pemenuhan kebutuhan makan dan minum, serta anjuran untuk tidak menahan buang air kecil. Ibu juga dianjurkan mengurangi mobilisasi karena telah terjadi pengeluaran air dari jalan lahir. Berdasarkan anjuran dokter Sp.OG, diberikan terapi antibiotik untuk mencegah infeksi dan obat 1/8 gastrol pervaginam untuk membantu mempercepat pembukaan serviks. Selain itu, dipasang infus RL 20 TPM dan dilakukan pemantauan tanda-tanda vital, his, DJJ, serta kemajuan persalinan melalui partograf.

Pada kala II, pembukaan telah lengkap dan ibu dipimpin meneran. Karena kepala bayi menekan vulva dan perineum tampak kaku, dilakukan insisi perineum derajat II. Kelahiran bayi berlangsung spontan pada pukul 02.54 WIB dengan APGAR 9/10. Kala III berlangsung fisiologis, ditandai dengan plasenta lahir spontan dan lengkap pada jam 02.59 WIB dengan perdarahan sekitar

PERPUSTAKAAN NPP. 6371052A000001
POLITEKNIK ASYIYAH PONTIANAK

200 cc. Kala IV menunjukkan adanya laserasi perineum derajat II yang ditangani dengan tindakan penjahitan. Secara keseluruhan, penatalaksanaan yang diberikan telah disesuaikan dengan kondisi ibu dan bayi.

KESIMPULAN

Setelah dilakukan pengkajian, analisis, dan penatalaksanaan pada Ny. M dengan ketuban pecah dini usia kehamilan 39–40 minggu, asuhan kebidanan diberikan secara menyeluruh dan berkesinambungan. Persalinan berlangsung spontan, bayi lahir hidup dalam kondisi baik, plasenta lahir lengkap, dan kondisi ibu setelah persalinan baik. Secara keseluruhan, hasil pengkajian, analisis, dan penatalaksanaan pada kasus Ny. M sebagian besar telah sesuai dengan teori yang digunakan.

PERSETUJUAN PASIEN

Persetujuan pasien untuk pelaksanaan pengkajian dan pemberian asuhan kebidanan telah diperoleh dan tercantum dalam lembar *informed consent*.

REFERENSI

Afritasari, S., Nurhasanah and Safika, N. (2025) 'Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. P dengan Anemia Ringan dan By. Ny. P dengan Asfiksia Neonatorum Sedang di Kota Pontianak', *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Indonesia*, 5(2), p. 405.

Anggraeni, L., Hafsah and Riyanti (2026) 'Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. S Umur 25 Tahun dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di Wilayah Puskesmas Bumiayu Kabupaten Brebes Tahun 2025', *Jurnal Siti Rufaidah*, 4(1), pp. 249–257. Available at: https://doi.org/10.61132/vitamin.v3i1.906.

Anggraeni, S., Rahayu, A.T. and Yaimin (2024) 'Pemberdayaan Masyarakat dalam Rangka Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi Melalui Pelatihan Kader Kesehatan Ibu dan Anak Tentang Pemantapan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di Wilayah Puskesmas Trucuk Kabupaten Bojonegoro', *Jurnal Keativitas Pengabdian Kepada Masyarakat*, 7(6), pp. 2384–2399.

Annisa, N.D., Nisak, A.Z. and Asiyah, N. (2026) 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin di Puskesmas Kedung 1', *J. Midwifery Health Sci. Sultan Agung*, 5(1), pp. 41–49. Available at: https://doi.org/10.30659/jmhsa.v5i1.76.

Apriani, F. *et al.* (2026) 'Analisis Faktor Risiko Partus Tak Maju pada Ibu Bersalin di Desa Lubuk Bayas Kecamatan Perbaungan Kabupaten Serdang Bedagai Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025', *Forum Ilmiah dan Diskusi Mahasiswa (FORISMA) Ke-VII Tahun 2026*, 7, pp. 872–879.

Aprina, T., Puspitasari, Y. and Nurhasanah (2025) 'Pendidikan Kesehatan bagi Ibu Hamil dengan Tema "Pentingnya Anc Rutin dan Mengenal Tanda Bahaya dalam Kehamilan"', *KREATIF: Jurnal Pengabdian Masyarakat Nusantara*, 5(3), pp. 392–407. Available at:

PERPUSTAKAAN NPP. 017103A200001
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

https://doi.org/10.55606/kreatif.v5i3.8266.

Astuti, D.W. (2023) 'Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini', *Cendekia Medika : Jurnal STIKES Al-Ma'arif Baturaja*, 8(1), pp. 150–59.

Dinas Kesehatan Kota Pontianak (2024) *Profil Kesehatan Kota Pontianak 2024*. Pontianak: Dinas Kesehatan Kota Pontianak.

Dinkes Kalbar (2024) *Profil Kesehatan Kalimantan Barat Tahun 2024*. Pontianak.

Indryani (2024) *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Edited by R. ISBN: Maros.

Kamil, J.N. and Paramita, J. (2023) 'Implementasi Program ANC (Antenatal Care) Sebagai Upaya Menurunkan (Angka Kematian IBU) dan AKB (Angka Kematian Bayi) Di Indonesia', pp. 6–8.

Lindo, M. and Wildan, dira ravin (2023) 'Ketuban Pecah Dini pada Kehamilan Preterm', *Jurnal Ilmu Kesehatan Abdurrab*, 1(2), pp. 81–87.

Rosa Aulia Sari *et al.* (2025) 'Gambaran Kejadian Mortalitas Bayi Usia 0-11 Bulan di RSUD Kabupaten Kediri pada Triwulan I-III Tahun 2024', *Antigen : Jurnal Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Gizi*, 3(2), pp. 37–50. Available at: https://doi.org/10.57213/antigen.v3i2.625.

Rosdianah and Irmawati, S. (2023) 'Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) Pada Ibu Bersalin', *Madu Jurnal Kesehatan*, 12(2), p. 135. Available at: https://doi.org/10.31314/mjk.12.2.134-140.2023.

Setiawati, D. (2020) *Fisio - Patologi Kehamilan Persalinan dan Kasih Sayang Universal*. Edited by H. Iskandar and A. Nurdin. Gowa: Alauddin University Press.

Utami, Y., Ratnawati, R. and Villasari, A. (2022) 'Pendampingan Kelas Ibu Hamil dalam Keberhasilan Asi Esklusif', *Jurnal Bhakti Civitas Akademika*, V(1), pp. 38–45.

Yulianti, E., Astuti, W. and Putri, M.E. (2023) 'Pengaruh Edukasi dengan Media Boolket Terhadap Pengetahuan Ibu hamil Tentang Ketuban Pecah Dini Di PMB Marsini Karni Kota Pontianak', *Jurnal Kebidanan Khatulistiwa*, 9(1), pp. 17–22.

PERPUSTAKAAN NPP.6171052212000001
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK