



ARTIKEL RISET

Asuhan Persalinan Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini : Studi Kasus

Nur Eva Aristina^{1)*}, Khoyin Irma Diana²⁾.^{1,2}Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Malang, Poltekkes Kemenkes MalangCorrespondensi : nearistina@gmail.com

ABSTRAK

Ketuban Pecah dini merupakan masalah penting pada kasus obstetri, yang dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan janin serta dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian pada ibu maupun bayi. Kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh infeksi masih cukup tinggi yaitu sebesar 11%. Infeksi yang dialami oleh ibu sebagian besar diakibatkan oleh adanya komplikasi atau penyulit kehamilan dan persalinan, antara lain ketuban pecah dini (45%), infeksi saluran kemih (31%), dan febris (24%). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui asuhan kebidanan pada persalinan kala I fase laten dengan ketuban pecah dini di RUSD Bangil. Metode penelitian ini adalah kualitatif deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Desain yang digunakan adalah observasional lapangan. Metode pengumpulan data dilakukan dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium. Analisis data diperoleh berdasarkan studi kasus dengan membuat narasi hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium dan asuhan kebidanan. Hasil penelitian menunjukkan Ny. R umur 24 tahun, hamil anak pertama, usia kehamilan 40-41 minggu, hasil pemeriksaan dalam pembukaan 2 cm, effacement 50%, ketuban (-), Hogde I, pemeriksaan laboratorium kadar leukosit $16,01 \times 10^3/\mu\text{L}$. Asuhan kebidanan yang dilakukan sesuai dengan manajemen kebidanan yaitu melakukan kolaborasi antar profesi pada fasilitas pelayanan kesehatan rujukan untuk memantau kondisi ibu dan janin serta perencanaan proses persalinan. Penerapan manajemen asuhan kebidanan yang tepat sesuai dengan prioritas masalah dapat menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi.

Kata kunci : Asuhan persalinan, ketuban pecah dini

ABSTRACT

Premature rupture of membranes is an important problem in obstetric cases, which can cause infection in the mother and fetus and can increase morbidity and mortality rates in mothers and babies. Maternal mortality in Indonesia due to infection is still quite high at 11%. Infections experienced by mothers are mostly caused by complications or complications of pregnancy and childbirth, including premature rupture of membranes (45%), urinary tract infections (31%), and febris (24%). This study aims to determine midwifery care in latent phase I labor with premature rupture of membranes at RUSD Bangil. This research method is descriptive qualitative with a case study approach. The design used is field observational. Data collection methods were carried out by conducting anamnesis, physical and laboratory examination. Data analysis was obtained based on case studies by making a narrative of the results of history taking, physical examination, laboratory and midwifery care. The results showed Mrs. R aged 24 years, pregnant with her first child, gestational age 40-41 weeks, internal examination results opening 2 cm, effacement 50%, amniotic fluid (-), Hogde I, laboratory examination of leukocyte levels $16.01 \times 10^3/\mu\text{L}$. Midwifery care is carried out in accordance with midwifery management, namely conducting inter-professional collaboration at referral health care facilities to monitor the condition of the mother and fetus and planning the delivery process. The application of appropriate obstetric care management in accordance with the priority of the problem can reduce the risk of morbidity and mortality in mothers and babies.

Keywords : Intranatal care, premature rupture of membranes

PENDAHULUAN

Ketuban pecah dini (KPD) adalah selaput ketuban pecah sebelum waktu persalinan, sering juga disebut *premature rupture of the membrane* (PROM). Selaput ketuban pecah sebelum waktu persalinan atau pembukaan kurang dari 3 cm pada primipara dan kurang dari 5 cm pada multipara. KPD dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun preterm. Hal ini dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi pada ibu maupun bayi (Rahayu, 2017). Penyebab KPD belum diketahui secara jelas tetapi berhubungan dengan berbagai faktor seperti riwayat KPD atau persalinan prematur sebelumnya, infeksi genitalia, riwayat abortus, kebiasaan merokok, kehamilan ganda, polihidramnion dan serviks inkompeten (Byonanuwe, 2020). Ketuban pecah dini dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal. Komplikasi KPD yang paling sering terjadi pada ibu adalah korioamnionitis, partus lama, perdarahan post partum, dan infeksi pada masa nifas. Sedangkan komplikasi pada janin yaitu prematuritas, hipoksia, asfiksia, dan sindrom gangguan pernapasan (Mohan, 2018).

Kejadian ketuban pecah dini (KPD) terjadi pada 10 - 12% dari semua kehamilan. Insiden KPD pada kehamilan aterm 6 - 19%, sedangkan pada kehamilan kurang bulan sekitar 2 - 5%. Insiden KPD di seluruh dunia bervariasi antara 5 - 10 % dan hampir 80% terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (Endale, 2016). Sebanyak 30 - 40% kelahiran prematur dikaitkan dengan kejadian ketuban pecah dini. Pada kasus ketuban pecah dini hampir 95% akan

mengalami persalinan dalam waktu 24 jam (Lorthe, 2018). Menurut data WHO pada tahun 2014, diperkirakan perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan dan proses persalinan, salah satunya akibat ketuban pecah dini. Prevalensi ketuban pecah dini di dunia mencapai 2 - 10%. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, angka kejadian KPD di Indonesia mencapai 5,6% dari semua kehamilan (Byonanuwe, 2020).

Menurut hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) sepanjang tahun 2007-2015 kasus kematian ibu melonjak cukup tajam. Menurut Profil Kesehatan Indonesia, pada tahun 2021 jumlah kematian ibu di Indonesia menunjukkan sebesar 7.389 kematian. Jumlah ini menunjukkan adanya peningkatan dibanding tahun 2020 yaitu sebesar 4.627 kematian. Kematian ibu pada tahun 2021, sebagian besar terkait dengan Covid-19 sebesar 2.982 kasus, perdarahan sebesar 1.330 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebesar 1.077 kasus, dan infeksi sebesar 207 kasus (Profil Kesehatan RI, 2021). Angka kematian ibu di Jawa Timur mengalami kenaikan pada tahun 2021. Menurut Profil Kesehatan Provinsi Jawa timur, pada tahun 2021 menunjukkan bahwa penyebab tertinggi angka kematian ibu adalah penyebab lain-lain yaitu sebesar 68,1% atau 872 orang. Hal ini disebabkan oleh banyaknya kasus Covid-19. Selain itu penyebab tertinggi kematian ibu lainnya adalah hipertensi kehamilan sebesar 9,62% atau 123 kasus, perdarahan sebesar 9,38 % atau 120 kasus, dan infeksi sebesar 7,19%

(Profil Kesehatan Jawa Timur, 2021). Infeksi yang dialami oleh ibu sebagian besar akibat dari komplikasi atau penyulit selama kehamilan dan persalinan seperti febris (24%), infeksi saluran kemih (31%) dan ketuban pecah dini (45%) (Rachmayanti, 2022). Data di RSUD Bagil insiden ketuban pecah dini pada bulan Januari – Desember tahun 2017 sebanyak 14,5% atau 166 kasus (Anggraini, 2019).

Berdasarkan data – data tersebut di atas, ketuban pecah dini merupakan permasalahan penting yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal, sehingga diperlukan manajemen asuhan yang tepat demi keselamatan ibu dan bayi. Maka dari itu, penulis tertarik untuk mengetahui Asuhan Persalinan Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

METODE

Jenis penelitian ini adalah kualitatif deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Desain yang digunakan adalah observasional lapangan. Metode pengumpulan data dilakukan dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium. Analisis data diperoleh berdasarkan studi kasus dengan membuat narasi hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium dan asuhan kebidanan. Subyek penelitian ini adalah Ny. R umur 24 tahun GIP000 Ab000 usia kehamilan 40-41 minggu kala I fase laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

HASIL

Pengumpulan data dasar dengan melakukan pengkajian di Ruang Bersalin RSUD Bangil didapatkan hasil data subyektif Ny.R usia 24 tahun, status menikah, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan karyawan swasta, datang ke rumah sakit tanggal 28 Februari 2023, rujukan dari bidan. Ibu datang dengan keluhan perut terasa kenceng-kenceng sejak pukul 00.00 WIB. Pada pukul 08.00 WIB keluar air ketuban, spontan berwarna keruh, dan tidak berbau. Telah dilakukan pemeriksaan lakmus di bidan hasil positif. Ibu hamil anak pertama dan tidak pernah keguguran, hari pertama haid terakhir tanggal 24 Mei 2022, hari perkiraan lahir tanggal 03 Maret 2023. Ibu cemas dengan kondisi saat ini. Ibu tidak memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, penyakit ginjal, asma, malaria maupun penyakit menular seksual. Ibu tidak minum obat-obatan maupun jamu selama hamil, ibu tidak mengonsumsi alkohol. Ibu tidak mempunyai kebiasaan merokok, namun suami ibu merupakan perokok aktif.

Hasil pengkajian data obyektif didapatkan hasil keadaan ibu cukup, kesadaran composmentis, tekanan darah 119/76 mmHg, Nadi 107 x/menit, suhu 36,5⁰C, pernapasan 20 x/menit, SpO₂ 98%. Pada pemeriksaan antropometri didapatkan hasil tinggi badan 162 cm, berat badan sebelum hamil 51 kg, berat badan sekarang 60,8 kg, IMT 19,46 kg/m², LILA 29 cm. Pada pemeriksaan fisik didapatkan

bahwa konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid maupun vena jugularis. Tidak terdapat oedem pada ekstremitas atas maupun bawah, terpasang infus RL 500 cc di tangan kanan. Pada genetalia, terdapat pengeluaran cairan pervaginam berwarna keruh, konsistensi cair dan tidak berbau. Pada pemeriksaan obstetri didapatkan tinggi fundus uteri 33 cm, pemeriksaan detak jantung janin (DJJ) menggunakan Doppler adalah 132 x/menit, teratur. Pada palpasi abdomen, diketahui Leopold I : TFU 2 jari di bawah processus xyphoideus, pada bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong). Leopold II : pada perut bagian kanan ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung kanan), sedangkan pada perut sebelah kiri ibu teraba bagian kecil janin (ekstremitas). Leopold III : pada perut bagian bawah ibu teraba bulat, keras (kepala), tidak bisa digoyangkan (kepala sudah masuk pintu atas panggul). Leopold IV : divergen. Pada pemeriksaan dalam yang dilakukan oleh bidan jaga pada tanggal 28 Februari 2023 pada pukul 09.30 WIB, didapatkan hasil pengeluaran per vaginam: tidak terdapat lendir maupun darah, terdapat cairan merembes, pembukaan 2 cm, effacement 50 %, ketuban (-) keruh, bagian terdahulu kepala, berada pada Hogde I. Hasil pemeriksaan darah didapatkan Hb : 12, 74 g/dL, leukosit $16,01 \times 10^3/\mu\text{L}$, triple eliminasi NR.

Diagnosa pada Ny.R berdasarkan intepretasi data dasar adalah GIP000 Ab000 usia kehamilan 40-41 minggu T/H/I kala I fase laten

dengan ketuban pecah dini, kondisi ibu dan janin baik. Sedangkan identifikasi diagnosa/ masalah potensial pada ibu kemungkinan terjadi infeksi intrapartum, sedangkan pada janin potensial terjadi gawat janin, asfiksia neonatorum, dan sepsis. Tindakan segera untuk kasus tersebut adalah melakukan kolaborasi dengan dokter SpOg untuk penanganan segera sehingga tidak terjadi komplikasi baik pada ibu maupun janinnya. Hasil kolaborasi dengan dokter pada ibu diberikan terapi infus RL 500 cc, 20 tetes/menit, pro expectative pervaginam, observasi kemajuan persalinan dan dievaluasi 6 jam berikutnya. Penatalaksanaan asuhan yang dilakukan sesuai wewenang bidan adalah memberikan informasi hasil pemeriksaan dan rencana asuhan yang akan dilakukan, sehingga ibu mengerti keadaan diri dan bayinya dan dapat mengurangi kecemasan yang dirasakan akibat ketidaktahuan kondisi yang sebenarnya. Memberi tahu ibu cara mengurangi rasa nyeri pada saat kontraksi dengan teknik relaksasi, menganjurkan ibu untuk makan dan minum agar ibu tetap bertenaga saat proses persalinan berlangsung, dan melakukan observasi tanda-tanda vital ibu meliputi tekanan darah dan suhu setiap 4 jam, nadi, kontraksi dan detak jantung janin setiap 30 menit.

Evaluasi kemajuan persalinan dilakukan pada pukul 14.00 WIB didapatkan data subyektif ibu mengeluh perut kenceng-kenceng semakin sering dan lama. Pada pengkajian data obyektif menunjukkan bahawa keadaan ibu cukup, kesadaran composmentis, tekanan darah 110/70

mmHg, suhu 36,2°C, nadi 92 x/menit, pernapasan 20x/menit, his 10.3.45", dan DJJ 136 x/menit, teratur. Hasil pemeriksaan dalam pengeluaran per vaginam: tidak terdapat lendir maupun darah, terdapat cairan merembes, pembukaan 8 cm, effacement 75 %, ketuban (-) keruh, bagian terdahulu kepala, tidak teraba bagian kecil janin di samping kepala, berada pada Hodge II.

Hasil observasi pada pukul 15.35 WIB ibu mengatakan ingin meneran, terdapat tanda-tanda adanya dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka. Hasil pemeriksaan tanda- tanda vital didapatkan tekanan darah 118/83 mmHg, nadi 92 x/menit, suhu 36,7°C, pernapasan 20 x/menit, his 10.4.50", DJJ 149 x/menit, teratur. Hasil pemeriksaan dalam pengeluaran per vaginam: terdapat lendir bercampur darah, pembukaan 10 cm, effacement 100 %, ketuban (-) keruh, bagian terdahulu kepala, presentasi belakang kepala, denominator UUK arah jam 12, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil janin di samping kepala, berada pada Hodge III+. Penatalaksanaan dilakukan pertolongan persalinan pada kala II. Pada tanggal 28 Februari 2023, pukul 15.56 WIB, bayi lahir spontan belakang kepala, jenis kelamin perempuan, AS : 7-8, tindakan dilakukan resusitasi bayi baru lahir dengan HAIKAP, BBL : 3135 gr, PB : 52 cm, LK : 33 cm, LD : 34 cm, LILA : 11 cm. Pada persalinan kala III dilakukan manajemen aktif kala III, plasenta lahir lengkap, kontraksi uterus baik, dilakukan inisiasi menyusui dini. Pada Kala

IV persalinan dilakukan evaluasi perdarahan ± 200 cc, terdapat ruptur perineum, dilakukan penjahitan dan diberikan anastesi lokal. Advise dokter pada pukul 16.15 WIB, diberikan infus RL drip oksitosin 20 IU dengan tetesan 20 x/menit, diberikan terapi per oral yaitu Cefadroxil 3 x 1 tablet, Asam mefenamat 3 x 1 tablet, Roboransia 1 x 1 tablet, dan dilakukan observasi 2 jam postpartum.

PEMBAHASAN

Hasil dari anamnesis menunjukkan bahwa ibu hamil anak pertama dengan keluhan perut terasa kenceng-kenceng pada tanggal 28 Februari 2023 pukul 00.00 WIB, dan keluar air ketuban spontan berwarna keruh dan tidak berbau dari jalan lahir pada pukul 08.00 WIB. Berdasarkan perhitungan hari pertama haid terakhir, usia kehamilan ibu adalah 40-41 minggu. Hasil pemeriksaan dalam pembukaan 2 cm, terlihat cairan ketuban merembes berwarna keruh. Ketuban pecah dini atau *premature rupture of membran* (PROM) mengacu pada gangguan selaput ketuban sebelum awal persalinan, ditandai dengan keluarnya cairan dari jalan lahir tanpa rasa sakit (terkadang keluar cairan encer dalam jumlah kecil dari vagina), dapat disertai perubahan warna cairan atau penurunan ukuran rahim. Ketuban yang pecah sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut *preterm premature rupture of membran* (PPROM), sedangkan ketuban yang pecah setelah usia kehamilan 37 minggu disebut *premature rupture of membran* (PROM)

(Workineh, 2018). Berdasarkan identifikasi dan analisa data didapatkan bahwa pasien tersebut mengalami ketuban pecah dini atau *premature rupture of membran* (PROM). Diagnosis KPD ditegakkan dari hasil pemeriksaan terdapat pengeluaran cairan ketuban dari jalan lahir sebelum pembukaan 3 cm pada primigravida.

Pemeriksaan lain untuk mendukung penegakan diagnosa ketuban pecah dini dengan menggunakan tes lakmus (nitrazin test). Pada kasus ini pemeriksaan menggunakan lakmus tes telah dilakukan oleh bidan sebelum pasien dirujuk ke RSUD Bangil. Pemeriksaan lakmus tes menunjukkan hasil positif. Hasil penelitian Andalas, dkk mengemukakan bahwa kondisi normal pH cairan vagina sekitar 4,5-5,5, sedangkan pH cairan amnion antara 7,0-7,5. Pada pemeriksaan menggunakan kertas nitrazin akan berubah menjadi warna biru apabila cairan vagina memiliki pH basa. Apabila selaput ketuban masih utuh, maka kertas nitrazin tetap berwarna merah. Tes menggunakan kertas lakmus merupakan metode sederhana, murah, cepat dan cukup tepat untuk mendiagnosis adanya ketuban pecah dini. Namun, yang perlu diperhatikan adalah larutan antiseptik, urin, dan infeksi vagina dapat mengubah pH vagina dan dapat menyebabkan hasil positif palsu. Tes nitrazin dapat menyebabkan hasil false negatif sebesar 12,7% dan false positif sebesar 16,2% (Andalas, 2019). Sensitivitas penggunaan kertas nitrazin dalam mendiagnosis PROM sekitar 90,5%, sedangkan spesifitasnya sekitar 92,5% (Eren, 2018).

Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien tersebut berupa pemeriksaan darah, didapatkan hasil leukosit $16.01 \times 10^3/\mu\text{L}$. Pemeriksaan kadar leukosit di dalam darah merupakan salah pemeriksaan rutin untuk menilai sistem imunitas dan kadar inflamasi di dalam tubuh. Peningkatan jumlah leukosit berkaitan dengan adanya infeksi, inflamasi, dan nekrosis jaringan. Hasil penelitian Susanto, dkk (2020) melaporkan bahwa subyek penelitian pada kelompok KPD memiliki kadar leukosit $> 15.000/\text{mm}^3$ sebesar 69,4%, sedangkan pada kelompok kehamilan normal, sebagian besar subyek penelitian memiliki kadar leukosit $< 15.000/\text{mm}^3$ ($p=0,000$). Hal tersebut menunjukkan bahwa leukositosis dapat dijadikan sebagai salah satu prediktor terjadinya ketuban pecah dini. Kadar leukosit meningkat berhubungan dengan terjadinya proses inflamasi pada KPD (Susanto, 2020). Hasil studi penelitian oleh Broumand, dkk (2018) menunjukkan bahwa leukosit memiliki peran dalam mendeteksi korioamnionitis pada kasus KPD. Studi tersebut melaporkan korelasi signifikan antara kadar leukosit saat persalinan dengan korioamnionitis ($p=0,001$) (Broumand, 2018).

Penyebab ketuban pecah dini sampai saat ini belum diketahui secara pasti, namun faktor predisposisi yang mungkin adalah terjadinya infeksi secara langsung pada selaput ketuban atau infeksi yang naik dari vagina atau serviks. Beberapa faktor risiko pada ketuban pecah dini adalah infeksi intra uterin pada awal

kehamilan, status sosial ekonomi, status gizi yang rendah, infeksi menular seksual, perdarahan per vaginam, dan merokok selama kehamilan (Maryuni, 2017). Infeksi pada traktus genitalis merupakan faktor paling signifikan yang berhubungan dengan KPD. Bakteri yang sering ditemukan adalah *Escherichia coli*, spesies klebsiela, dan grup Beta streptokokus. Bakteri-bakteri tersebut memproduksi fosfolipase A2, kolagenase dan protease yang dapat mengakibatkan perubahan pH. Beberapa penelitian lain menunjukkan bahwa perubahan elastisitas sekunder dan jaringan kolagen dapat juga mengakibatkan selaput ketuban pecah (Jumriani, 2021). Studi penelitian oleh Bouvier, dkk (2019) melaporkan bahwa korelasi yang signifikan faktor risiko infeksi yang diobati dengan antibiotik dengan terjadinya *preterm premature rupture of membranes* (aOR: 1.69 (1.15–2.47), $p = 0.007$) (Bouvier, 2019).

Hasil anamnesa perilaku kesehatan ibu sebelum dan selama hamil didapatkan data bahwa ibu tidak mengonsumsi obat-obatan, tidak minum jamu, maupun alkohol. Ibu tidak memiliki kebiasaan merokok, namun ibu mengatakan bahwa suaminya merokok. Faktor risiko lain yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini adalah merokok selama kehamilan. Wanita hamil yang merokok baik sebagai perokok aktif maupun perokok pasif mempunyai risiko tinggi terjadinya efek buruk pada kehamilan dan persalinan. Paparan asap rokok yang terhirup oleh perokok pasif mengandung karbonmonoksida lima kali lebih

banyak, dan mengandung tar serta nikotin empat kali lebih banyak (Ismiyati, 2016). Asap rokok mengakibatkan penyampaian oksigen ke janin terganggu sehingga pertukaran gas menjadi abnormal. Hal tersebut dapat mengakibatkan terjadinya perubahan biokimia. Perubahan terjadi pada komponen kolagen seperti asam askorbit dan tembaga menjadi berkurang, sehingga menyebabkan abnormalitas pertumbuhan struktur kolagen dari selaput ketuban. Hal ini menyebabkan kekuatan selaput ketuban inferior rapuh dan mengakibatkan terjadinya ketuban pecah dini. Hasil penelitian Rohmawati (2018) menunjukkan bahwa ada hubungan antara paparan asap dan perilaku merokok ibu dengan kejadian ketuban pecah dini, diperoleh nilai $p = 0,004$ dimana nilai p kurang dari 0,05. Berdasarkan hasil analisis diperoleh nilai OR 6,935 (OR >1), 95% CI: 1,848 – 26,036 (Rohmawati dan Fibriana, 2018).

Berdasarkan hasil anamnesa dan pemeriksaan secara menyeluruh, diagnosa pada kasus ini adalah GIP000 Ab000 usia kehamilan 40-41 minggu T/H/I kala I fase laten dengan ketuban pecah dini, kondisi ibu dan janin baik. Setelah diagnosa ditegakkan, penatalaksanaan awal pada kasus tersebut berdasarkan hasil kolaborasi bidan dengan dokter SpOG adalah pemberian infus RL 500 ml, pro ekspektatif persalinan pervaginam, melakukan evaluasi kemajuan persalinan 6 jam setelah pemeriksaan terakhir, melakukan observasi tanda- tanda vital, kontraksi, DDJ, dan keluhan pasien, serta memberikan asuhan kebidanan untuk

mengurangi rasa nyeri saat ada kontraksi dengan melakukan teknik relaksasi. Penatalaksanaan ekspektatif merupakan penanganan dengan pendekatan tanpa melakukan intervensi atau menunggu hingga persalinan terjadi spontan dengan tetap melakukan observasi atau monitoring keadaan ibu dan janin (Rajagukguk, 2020). Pada kasus ini dilakukan penatalaksanaan ekspektatif dengan pertimbangan tidak terdapat kontraindikasi seperti peningkatan suhu tubuh ibu lebih dari 38°C, takikardi pada ibu, tidak terdapat nyeri palpasi pada uterus serta tidak ada tanda-tanda gawat janin.

Penatalaksanaan selanjutnya adalah evaluasi kemajuan persalinan dilakukan 6 setelah pemeriksaan terakhir. Pada kasus tersebut ketuban pecah pada pukul 08.00 WIB, hasil pemeriksaan tekanan darah 119/76 mmHg, nadi 107 x/menit, suhu 36,5 x/menit, his 10.2.15", DJJ 132 x/menit, pemeriksaan dalam pembukaan 2 cm, ketuban (-). Setelah dilakukan evaluasi 6 jam berikutnya didapatkan kemajuan persalinan dan tidak ada tanda-tanda infeksi keadaan ibu dan janin baik. Terminasi kehamilan pada kehamilan cukup bulan perlu dilakukan apabila ketuban telah pecah melebihi 6 jam. Terminasi kehamilan dapat dilakukan melalui induksi persalinan menggunakan oksitosin, dengan melakukan monitoring ketat pada kesejahteraan janin meliputi DJJ dan kontraksi uterus serta tanda-tanda infeksi pada ibu (Andalas, 2019). Bayi lahir pada pukul 15.56, jenis kelamin perempuan APGAR Score

7/8, BB : 3135 gr, dan telah dilakukan asuhan bayi baru lahir dengan HAIKAP. Selanjutnyapada ibu postpartum diberikan terapi Cefadroxil 3 x 1 tablet. Pemberian terapi antibiotik bertujuan untuk mengurangi morbiditas dan insiden infeksi postpartum. Hasil penelitian Lizma, dkk (2019) melaporkan bahwa ketuban pecah dini berhubungan dengan kejadian infeksi postpartum dengan p value sebesar 0,000 (Setiani, 2022).

SIMPULAN

Ketuban Pecah dini merupakan masalah penting pada kasus obstetri, yang dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan janin serta dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian pada ibu maupun bayi. Asuhan pada Ny. R umur 24 tahun GIP000 Ab000 usia kehamilan 40-41 minggu kala I fase laten dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan. Asuhan kebidanan yang dilakukan pada kasus ketuban pecah dini sesuai dengan manajemen kebidanan yaitu melakukan kolaborasi antar profesi pada fasilitas pelayanan kesehatan rujukan untuk memantau kondisi ibu dan janin serta perencanaan proses persalinan. Penerapan manajemen asuhan kebidanan yang tepat sesuai dengan prioritas masalah dapat menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Rahayu B, Sari AN. Studi Deskriptif Penyebab Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) pada Ibu Bersalin. *J Ners Dan Kebidanan Indonesia*. 2017;5(2):134.
2. Byonanuwe S, Nzabandora E, Nyongozi B, Pius T, Ayebare DS, Atuheire C, dkk. Predictors of Premature Rupture of Membranes among Pregnant Women in Rural Uganda: A Cross-Sectional Study at a Tertiary Teaching Hospital. *Int J Reprod Med*. 2020;2020:1–6.
3. Mohan S, Fatema N, Osit VC, Al Abri FM, Al Shafouri NST. Maternal and Perinatal Outcomes Following Expectant Management of Preterm Premature Rupture of Membranes Before 25 Weeks of Gestation: A Retrospective Observational Study. *J Clin Gynecol Obstet*. 2018;7(1):13–9.
4. Endale T, Fentahun N, Gemada D, Hussen MA. Maternal and Fetal Outcomes in Term Premature Rupture of Membrane. *World J Emerg Med*. 2016;7(2):147.
5. Lorthe E, Torchin H, Delorme P, Ancel PY, Marchand-Martin L, Foix-L'Hélias L, dkk. Preterm Premature Rupture of Membranes at 22–25 Weeks' Gestation: Perinatal and 2-Year Outcomes Within A National Population-Based Study (EPIPAGE-2). *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(3):298.e1-298.e14.
6. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021.2022. Jakarta: Kemenkes RI.
7. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Profil Kesehatan 2021. 2022. Surabaya: Dinkes Jatim.
8. Department of Obstetrics and Gynecology Faculty of Medicine Universitas Padjadjaran/Dr. Hasan Sadikin General Hospital Bandung, Nur R, Anwar AD, Mose JC. Hubungan Karakteristik Maternal dan Luaran Neonatus Kasus Ketuban Pecah Dini di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung: Studi Kasus-Kontrol. *Indones J Obstet Gynecol Sci*. 2022;5(2):201–7.
9. Anggraini NP. Asuhan Keperawatan pada Ny.L dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea Indikasi Ketuban Pecah Dini di RS Bangil Pasuruan. 2019.
10. Workineh Y, Birhanu S, Kerie S, Ayalew E, Yihune M. Determinants of Premature Rupture of Membrane in Southern Ethiopia, 2017: Case Control Study Design. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):927.
11. Andalas Mohd, Maharani CR, Hendrawan ER, Florean MR, Zulfahmi Z. Ketuban Pecah Dini dan Tatalaksananya. *J Kedokt Syiah Kuala*. 2019;19(3).
12. Eren CY, Gursoy OO, Gurer HG. Comparison of Conventional Methods (Nitrazine Test, Ferning Test) and Placental Alpha-Microglobulin1 (Pamg1) in Cervicovaginal Discharge for the Diagnosis of Rupture of Membranes: A Case-Control Research Study. *Clinical Medical Reviews and Reports*. 2022;4(2):1-4.
13. Susanto NK, Surya I, Sanjaya INH, Jaya MS, Megadhana IW, Manuaba IF. Perbedaan Kadar C-Reactive Protein (Crp) dan Jumlah Leukosit Serum Ibu antara Kehamilan Aterm Normal dengan Ketuban Pecah Dini Aterm di RSUP Sanglah Denpasar. *Medicina (Mex)* [Internet]. 2020;51(3).
14. Broumand farzaneh. Predictive Value of Maternal Serum Level of Procalcitonin, ESR, CRP and WBC in Diagnosing Chorioamnionitis in Mothers with Preterm Premature Rupture of Membrane (PROM). *Iran J Neonatol IJN*. 2018. Tersedia pada: <https://doi.org/10.22038/ijn.2018.24735.1317>
15. Maryuni M, Kurniasih D. Risk Factors of Premature Rupture of Membrane. *Kesmas Natl Public Health J* [Internet]. 2017;11(3). Tersedia pada: <http://jurnalkesmas.ui.ac.id/kesmas/article/view/1153>

16. Jumriani J, Massi N, Nontji W. Perbedaan Kadar Leukosit pada Ibu Ketuban Pecah Dini dan Partus Lama. *J Ilm Kesehat*. 2021;14(1):18.
17. Bouvier D, Forest JC, Blanchon L, Bujold E, Pereira B, Bernard N, dkk. Risk Factors and Outcomes of Preterm Premature Rupture of Membranes in a Cohort of 6968 Pregnant Women Prospectively Recruited. *J Clin Med*. 2019;8(11):1987.
18. Ismiyati DA. Dampak Paparan Asap Rokok pada Ibu Bersalin dengan Riwayat Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Ilmu Kebidanan*. 2016;3(1):1-6.
19. Rohmawati Nur, Fibriana AI. Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*. 2018;2(1):23-32.
20. Rajagukguk M. Analisis Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ny.A dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Pagar Merbabu Kabupaten Deli Serdang Tahun 2019. *Jurnal Ilmiah Kohesi*. 2020;4(4):39-53.
21. Yankusuma Setiani D, Sri Yulianti T. Scoping Review: Faktor Risiko Infeksi Post Partum. *Kosala J Ilmu Kesehatan*. 2022;10(2):129–37.