



Studi Kasus Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini pada *Multigravida Aterm* di Kabupaten Ponorogo

Putri Ardita Sari^{1*}, Nur Hidayati¹, Hayun Manudyaning Susilo¹

¹Program Studi DIII Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Ponorogo, Jawa Timur, Indonesia

*Corresponding Author's e-mail: pardita4@email.com

Article History:

Received: July 28, 2026

Revised: August 18, 2026

Accepted: August 30, 2026

Keywords:

servant leadership, spiritual service quality, sense of belonging, organizational engagement, PLS-SEM

Abstract: *Prelabor rupture of membranes (PROM) remains an obstetric complication that may increase the risk of maternal infection, failed labor progression, operative delivery, and neonatal morbidity. This case study aimed to identify plausible risk factors, describe the clinical pathway, and evaluate referral continuity in a term multigravida in Ponorogo Regency. A descriptive case-study design was applied to a 31-year-old woman, G2P10001, at 39 weeks and 4 days of gestation who received care at an independent midwifery practice in January 2026. Data were obtained from interviews, serial physical examinations, the maternal and child health handbook, antenatal records, a Poedji Rochjati risk score card, an intrapartum observation sheet, and hospital information reported by the patient. The mother completed nine antenatal visits, had a hemoglobin level of 12.9 g/dL and a risk score of 2, and had no history of anemia, reproductive-tract infection, chronic disease, heavy physical activity, or previous PROM. Multigravidity and a seven-year interpregnancy interval were identified as plausible contextual factors, although causality cannot be inferred from a single case. Membrane rupture began before effective labor; the cervix remained at 1 cm with 25% effacement and no adequate progress. The mother was referred, underwent induction, and subsequently delivered by cesarean section. The male newborn cried immediately and had no reported abnormality. Structured screening, prompt recognition of absent labor progress, and timely interfacility referral supported a favorable maternal and neonatal outcome.*

Copyright © 2026, The Author(s).

This is an open access article under the CC-BY-SA license



How to cite: Sari, P. A., Hidayati, N., & Susilo, H. M. (2026). Studi Kasus Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini pada *Multigravida Aterm* di Kabupaten Ponorogo. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 5(8), 4220–4230. <https://doi.org/10.55681/sentri.v5i8.7025>

PENDAHULUAN

Kesehatan maternal dan neonatal tetap menjadi salah satu indikator utama keberhasilan sistem kesehatan. Organisasi Kesehatan Dunia melaporkan bahwa kematian maternal masih banyak terjadi selama kehamilan, persalinan, dan periode pascapersalinan, terutama ketika komplikasi tidak dikenali atau tidak ditangani secara cepat¹. Di Indonesia, upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) terus dilakukan melalui penguatan pelayanan antenatal, persalinan, rujukan, nifas, serta pelayanan neonatal². Data Provinsi Jawa Timur menunjukkan bahwa komplikasi obstetri, termasuk hipertensi, perdarahan, infeksi, dan komplikasi persalinan, masih berkontribusi terhadap kematian maternal³.

Kabupaten Ponorogo menunjukkan perlunya penguatan deteksi dini risiko kehamilan dan kesinambungan pelayanan rujukan maternal. Berdasarkan profil kesehatan

daerah, AKI meningkat dari 81,75 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2023 menjadi 92,53 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2024, sedangkan AKB mengalami penurunan dari 12,7 menjadi 10,2 per 1.000 kelahiran hidup pada periode yang sama⁴. Perubahan indikator tersebut menunjukkan bahwa meskipun luaran neonatal mengalami perbaikan, risiko komplikasi maternal masih menjadi perhatian dalam pelayanan kesehatan. Kematian ibu juga memberikan dampak terhadap kondisi keluarga dan keberlanjutan sosial-ekonomi rumah tangga sehingga upaya pencegahan komplikasi perlu dilakukan sejak masa kehamilan⁵.

Ketuban pecah dini (KPD), atau *prelabor rupture of membranes* (PROM), merupakan kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum timbulnya persalinan efektif. Kondisi ini dapat terjadi pada kehamilan cukup bulan maupun kurang bulan dan berhubungan dengan peningkatan risiko infeksi intrauterin, persalinan lama, tindakan operatif, serta gangguan neonatal apabila interval antara pecahnya ketuban dan kelahiran berlangsung lama⁶. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa KPD merupakan kondisi multifaktorial yang dipengaruhi oleh faktor maternal, obstetri, dan lingkungan. Faktor yang sering dikaji meliputi usia ibu, paritas, riwayat KPD sebelumnya, anemia, infeksi saluran reproduksi, status gizi, aktivitas fisik, jarak kehamilan, serta penyakit penyerta^{7,8}.

Paritas dan riwayat reproduksi menjadi aspek penting dalam menilai risiko KPD pada ibu multigravida. Perubahan struktur jaringan serviks dan membran akibat kehamilan sebelumnya dapat memengaruhi kondisi jaringan, meskipun hubungan tersebut dapat berbeda antar populasi⁹. Selain faktor reproduksi, beberapa penelitian menunjukkan bahwa anemia, infeksi, aktivitas fisik berlebihan, keputihan patologis, dan stres psikososial dapat meningkatkan kerentanan membran ketuban atau memperburuk kondisi maternal^{10,11}. Namun demikian, kejadian KPD tidak selalu disebabkan oleh satu faktor tunggal karena interaksi antara faktor biologis, obstetri, dan lingkungan dapat menghasilkan risiko yang berbeda pada setiap individu^{12,13}.

Pelayanan antenatal yang teratur berperan penting dalam mengidentifikasi faktor risiko, memantau kondisi ibu dan janin, memberikan edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan, serta menyusun rencana persalinan dan rujukan. Meskipun demikian, hasil skrining antenatal dengan risiko rendah tidak selalu dapat memprediksi komplikasi akut yang muncul menjelang persalinan. Oleh karena itu, penilaian klinis tetap diperlukan ketika muncul keluhan seperti keluarnya cairan dari jalan lahir, perubahan kontraksi, demam, atau penurunan gerak janin^{14,15}.

Kasus KPD pada ibu multigravida aterm masih menjadi perhatian karena memerlukan pengenalan tanda klinis yang tepat, pengambilan keputusan rujukan yang cepat, serta pemantauan kondisi ibu dan bayi secara berkelanjutan. Studi ini bertujuan untuk mendeskripsikan faktor-faktor yang berpotensi berkaitan dengan kejadian KPD pada ibu multigravida aterm di Kabupaten Ponorogo, menggambarkan perjalanan klinis sejak pemeriksaan antenatal hingga proses kelahiran, serta mengevaluasi peran deteksi dini dan sistem rujukan dalam mendukung luaran maternal dan neonatal. Karena penelitian menggunakan pendekatan studi kasus, hasil penelitian ini ditujukan untuk memberikan gambaran klinis secara kontekstual dan tidak dimaksudkan untuk menetapkan hubungan sebab-akibat.

LANDASAN TEORI

Ketuban Pecah Dini pada Kehamilan Aterm

KPD aterm adalah pecahnya membran amnion sebelum persalinan aktif pada usia kehamilan cukup bulan. Integritas membran dipengaruhi oleh kolagen, matriks ekstraseluler, tekanan mekanis, inflamasi, dan perubahan fisiologis menjelang persalinan. Ketika keseimbangan antara kekuatan membran dan tekanan intrauterin terganggu, membran dapat pecah sebelum kontraksi efektif dan pembukaan serviks berkembang. KPD yang berlangsung lama meningkatkan paparan jalan lahir terhadap mikroorganisme dan dapat meningkatkan risiko korioamnionitis, infeksi neonatal, serta tindakan persalinan operatif^{6,7}.

Faktor Maternal dan Riwayat Obstetri

Usia reproduksi, paritas, jarak antarkehamilan, anemia, infeksi, dan komorbiditas sering dianalisis sebagai faktor maternal. Usia di luar rentang reproduksi sehat dilaporkan berkaitan dengan peningkatan komplikasi obstetri, sedangkan paritas tinggi atau perubahan jaringan akibat kehamilan sebelumnya dapat memengaruhi kekuatan membran^{9,16}. Hubungan KPD dengan partus lama juga penting karena pecahnya ketuban tanpa kemajuan serviks dapat memperpanjang proses persalinan dan meningkatkan kebutuhan rujukan¹⁷.

Anemia dapat menurunkan oksigenasi jaringan dan mengganggu sintesis kolagen, sementara infeksi saluran reproduksi dapat memicu mediator inflamasi yang melemahkan membran^{10,18}. Aktivitas fisik berat, stres psikososial, dan gangguan nutrisi dilaporkan sebagai faktor yang mungkin berinteraksi dengan kondisi obstetri lain^{11,12}. Walaupun demikian, penilaian faktor risiko harus berhati-hati karena asosiasi pada penelitian populasi tidak selalu dapat diterapkan sebagai penyebab pada satu individu.

Deteksi, Kontinuitas Asuhan, dan Rujukan

Pedoman pelayanan antenatal terpadu menekankan pengkajian faktor risiko, pemeriksaan laboratorium dasar, edukasi tanda bahaya, perencanaan persalinan, dan sistem rujukan¹⁹. Model continuity of care memperkuat hubungan antara kunjungan antenatal, pertolongan persalinan, nifas, dan neonatal sehingga perubahan kondisi lebih mudah dikenali dan ditindaklanjuti^{20,21}. Dalam konteks KPD, kesinambungan informasi antara TPMB dan rumah sakit menjadi penting untuk mengurangi keterlambatan keputusan, keterlambatan transportasi, dan keterlambatan penanganan.

METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Lokasi pengkajian utama adalah TPMB Bidan Dina Dwi, S.Tr.Keb., Bd. di wilayah Kabupaten Ponorogo. Pengumpulan data utama dilakukan pada Januari 2026, sedangkan penelusuran luaran dilanjutkan pada masa nifas dan neonatal. Subjek adalah Ny. S, usia 31 tahun, G2P10001, yang mengalami KPD pada usia kehamilan 39 minggu 4 hari. Pemilihan kasus dilakukan secara purposif karena subjek memenuhi karakteristik multigravida aterm dengan KPD dan memiliki dokumentasi antenatal serta rujukan yang dapat ditelaah.

Data primer diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan pengkajian kebidanan. Data sekunder bersumber dari buku Kesehatan Ibu dan Anak, hasil laboratorium, catatan antenatal, Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), lembar observasi persalinan, dan informasi perawatan rumah sakit yang disampaikan pasien. Variabel yang dianalisis meliputi usia, gravida dan paritas, jarak kehamilan, riwayat KPD, kadar

hemoglobin, tanda infeksi saluran reproduksi, penyakit penyerta, aktivitas fisik, kondisi psikologis, status nutrisi, kepatuhan ANC, temuan pemeriksaan saat KPD, tindakan rujukan, dan luaran ibu-bayi.

Analisis dilakukan melalui empat tahap: reduksi data, penyusunan kronologi, pembuatan matriks faktor risiko, dan interpretasi dengan membandingkan temuan kasus terhadap teori serta penelitian terdahulu. Faktor dikategorikan sebagai ditemukan, tidak ditemukan, atau bersifat protektif/kontekstual. Penilaian tidak dimaksudkan untuk menetapkan faktor penyebab tunggal. Identitas pasien disamarkan dalam naskah dan gambar, serta persetujuan tertulis untuk penggunaan data kasus telah diperoleh.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Maternal dan Riwayat Obstetri

Subjek berusia 31 tahun dan berada dalam rentang usia reproduksi sehat. Kehamilan ini merupakan kehamilan kedua dengan riwayat satu persalinan spontan pada usia kehamilan 39 minggu. Anak pertama lahir laki-laki dengan berat 3.000 gram dan tidak terdapat penyulit pada persalinan maupun nifas. Jarak antara kehamilan pertama dan kedua sekitar tujuh tahun. Selama kehamilan saat ini, ibu melakukan sembilan kali ANC, yaitu tiga kali pada setiap trimester.

Tabel 1. Karakteristik maternal dan riwayat obstetri subjek

Variabel	Temuan Bab III	Makna klinis
Usia ibu	31 tahun	Rentang usia reproduksi sehat; bukan faktor mayor pada kasus.
Status obstetri	G2P10001	Multigravida; dipertimbangkan sebagai faktor kontekstual.
Riwayat persalinan	Spontan, 39 minggu, bayi 3.000 gram	Tidak ada riwayat KPD atau komplikasi persalinan sebelumnya.
Jarak kehamilan	Sekitar 7 tahun	Jarak panjang yang mungkin memerlukan adaptasi reproduksi kembali.
Kunjungan ANC	9 kali (3 kali setiap trimester)	Kepatuhan tinggi dan pemantauan berlangsung teratur.
KSPR	Skor 2	Kategori risiko rendah pada skrining antenatal.
Hemoglobin	12,9 g/dL	Tidak menunjukkan anemia.
Penyakit penyerta	Tidak ada hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, atau infeksi kronis	Faktor komorbid mayor tidak ditemukan.

Sumber: Data sekunder rekam medis pasien.

Perjalanan Klinis dari ANC hingga Persalinan

Pada kunjungan pertama tanggal 3 Januari 2026, usia kehamilan 36 minggu 2 hari, ibu mengeluhkan kencang-kencang yang menghilang setelah tidur. Tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 88 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, denyut jantung

janin 137 kali/menit, dan taksiran berat janin 2.945 gram. Keluhan dinilai sebagai kontraksi Braxton Hicks dan ibu mendapat edukasi mengenai perbedaan kontraksi palsu dengan tanda persalinan, tanda bahaya trimester III, istirahat, hidrasi, dan kontrol ulang.

Kunjungan kedua tanggal 10 Januari 2026 pada usia kehamilan 37 minggu 4 hari menunjukkan kondisi ibu dan janin tetap stabil. Kontraksi masih bersifat tidak menetap dan menghilang dengan istirahat. Hasil ini penting karena Braxton Hicks merupakan fenomena fisiologis dan tidak dapat diperlakukan sebagai penyebab langsung KPD. Keluhan tersebut lebih tepat diposisikan sebagai temuan klinis yang memerlukan edukasi dan pemantauan agar ibu dapat membedakan kontraksi palsu, persalinan aktif, dan tanda bahaya.

Tabel 2. Kronologi temuan klinis dan penatalaksanaan

Waktu	Usia kehamilan	Temuan utama	Tindakan/luaran
3 Januari 2026	36 minggu 2 hari	Kontraksi tidak teratur, hilang saat istirahat; TD 120/80 mmHg; DJJ 137 kali/menit; Hb 12,9 g/dL; KSPR 2.	Edukasi Braxton Hicks, tanda bahaya, hidrasi, istirahat, dan kontrol ulang.
10 Januari 2026	37 minggu 4 hari	Kontraksi sekitar 10 menit tetapi hilang saat tidur; TD 120/80 mmHg; DJJ 139 kali/menit; TBJ 2.945 gram.	Kehamilan fisiologis; edukasi tanda persalinan dan persiapan persalinan.
25 Januari 2026, 18.00 WIB	39 minggu 3 hari	Cairan jernih keluar dan tidak dapat ditahan sebelum persalinan efektif.	Pemantauan awal dan pemeriksaan di TPMB.
26 Januari 2026, 14.00–14.20 WIB	39 minggu 4 hari	TD 120/70 mmHg; suhu 36,8°C; nadi 96 kali/menit; DJJ 138 kali/menit; his 1 kali/10 menit selama 10 detik; pembukaan 1 cm; effacement 25%; ketuban terus merembes.	Diagnosis KPD/PRM dengan risiko infeksi dan tidak ada kemajuan adekuat; persiapan rujukan.
26–27 Januari 2026	Aterm	Tiba di rumah sakit sekitar 15.00 WIB; induksi dilakukan selama sekitar 12 jam; pembukaan tidak bertambah.	Keputusan sectio caesarea setelah induksi tidak menghasilkan kemajuan.
27 Januari 2026, 04.00 WIB	Aterm	Bayi laki-laki lahir, segera menangis, berat 3.000 gram, panjang 50 cm, tanpa kelainan yang dilaporkan.	Luaran neonatal awal baik; pemantauan nifas dan neonatus dilanjutkan.

Sumber: Data sekunder rekam medis pasien.

Dokumentasi Skrining dan Observasi

KSPR pada dokumentasi kasus menunjukkan skor awal 2, yang menempatkan kehamilan dalam kategori risiko rendah pada saat skrining. Temuan ini konsisten dengan usia reproduksi sehat, tidak adanya penyakit penyerta, hasil laboratorium normal, dan riwayat obstetri tanpa komplikasi. Akan tetapi, KSPR merupakan alat untuk pengelompokan risiko dan perencanaan persalinan, bukan alat yang dapat menyingkirkan

seluruh komplikasi akut. KPD dapat muncul meskipun skor antenatal rendah, sehingga respons terhadap keluhan baru tetap harus didasarkan pada pemeriksaan klinis.

IDENTITAS PASIEN DISAMARKAN

FR.			I	II	III.1	III.2
	Skor awal ibu hamil	2				2
I	1 Terlalu muda, hamil < 16 th	4				
	2 Terlalu tua, hamil ≥ 35 th	4				
	Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th	4				
	3 Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	4 Terlalu cepet hamil lagi (< 2 th)	4				
	5 Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6 Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	7 Terlalu pendek < 145 cm	4				
	8 Pernah gagal kehamilan	4				
	9 Pernah melahirkan dengan :					
	a. Tarikan tang / vakum	4				
	b. Un dirigoh	4				
	c. Diben intus / Transusi	4				
	10. Pernah Operasi Sesar	8				
II	11 Penyakit pada ibu hamil :					
	a. Kurang Darah b. Malaria	4				
	c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
	e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
	f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12 Bengkak pada muka, tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13 Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14 Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15 Bayi mati dalam kandungan	4				
	16 Kehamilan lebih bulan	4				
	17 Letak sungsang	8				
	18 Letak lintang	8				
	19 Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20 Preklampsia Berat / Kejang-2	8				
	JUMLAH SKOR					2

Gambar 2. Dokumentasi KSPR subjek dengan skor antenatal 2

Sumber: Data sekunder rekam medis pasien.

Lembar observasi persalinan memperlihatkan ketuban telah pecah sebelum kemajuan persalinan, kontraksi belum adekuat, dan pembukaan serviks tetap minimal pada pemantauan berikutnya. Dokumentasi serial tersebut menjadi dasar penting bagi pengambilan keputusan rujukan. Pada KPD, pemantauan suhu, nadi, denyut jantung janin, karakter cairan, kontraksi, dan perubahan serviks diperlukan untuk mendeteksi infeksi, gawat janin, serta kegagalan kemajuan persalinan.

LEMBAR OBSERVASI

A. MASUK KAMAR BERSALIN Tgl : 25-01-2026 Jam : 19.00 WIB
ANAMNESE His mulai tgl : 25-01-2026 Jam : 18.00 WIB
 Darah : -
 Lendir : -
 Ketuban pecah / belum Jam : 18.00 WIB
 Keluhan lain : - Jam : -

B. KEADAAN UMUM
 Tensi : 120/80 Jam : 19.00 WIB
 Suhu/Nadi : 36.5°C / 80 Jam : 19.00 WIB
 Oedema : - Jam : -
 Lain-lain : - Jam : -

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI
 1. Palpasi : TFU 30 cm, Rute, Bdom masuk PAP konvergen
 2. DJJ : 136x/menit
 3. His 10" : 1x, lama : 10 detik
 4. VT. Tgl : 25-01-2026 Jam : 19.00 WIB
 5. Hasil : 8.1 cm, kepala normal, eff 10%
 6. Pemeriksa : Bidan

OBSERVASI KALA I (Fase Laten Ø < 4 cm)

Tanggal	Jam	His dlm 10"		DJJ	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Keterangan
		Berapa kali	Lamanya						
26/1 2026	0630	1x	10"	143x	110/80	36.6°C	89	8.1 cm, vulva normal, eff 10%	-
26/1 2026	1400	1x	10"	138	120/80	36.5°C	95	8.1 cm, vulva normal, eff 10%	Lakukan rujukan ke RS.

Gambar 3. Lembar observasi kala I sebelum rujukan

Sumber: Data sekunder rekam medis pasien.

Analisis Faktor Risiko pada Kasus**Tabel 3. Matriks faktor risiko KPD pada subjek**

Faktor	Status	Bukti pada kasus	Interpretasi
Usia ibu	Tidak ditemukan sebagai risiko mayor	Usia 31 tahun berada pada rentang reproduksi sehat.	Studi usia menunjukkan risiko meningkat terutama di luar rentang reproduksi sehat [16].
Multigravida/paritas	Mungkin berkontribusi	Kehamilan kedua setelah satu persalinan sebelumnya.	Paritas dilaporkan berhubungan dengan KPD pada sebagian penelitian [9,17].
Jarak kehamilan panjang	Mungkin berkontribusi	Jarak sekitar tujuh tahun.	Dapat menjadi faktor kontekstual, tetapi bukti kasus tunggal tidak cukup untuk menyatakan sebab.
Riwayat KPD	Tidak ditemukan	Persalinan sebelumnya spontan tanpa KPD.	Tidak ada predisposisi berulang berdasarkan riwayat.

Faktor	Status	Bukti pada kasus	Interpretasi
Anemia	Tidak ditemukan	Hb 12,9 g/dL dan konsumsi tablet tambah darah teratur.	Anemia merupakan faktor yang sering dilaporkan, tetapi tidak mendukung kasus ini [10,18].
Infeksi saluran reproduksi	Tidak ditemukan	Tidak ada keputihan patologis, gatal, atau terapi infeksi.	Infeksi dapat melemahkan membran, tetapi tanda klinis tidak ditemukan [11].
Hipertensi/diabetes/komorbid	Tidak ditemukan	Tekanan darah normal dan tidak ada penyakit kronis.	Komorbid mayor tidak menjelaskan kejadian pada kasus.
Aktivitas fisik berat dan stres	Tidak ditemukan	Aktivitas rumah tangga ringan, istirahat cukup, dukungan keluarga baik.	Faktor aktivitas dan psikososial yang dilaporkan penelitian tidak ditemukan [11,15].
Status nutrisi	Cenderung protektif	Pola makan teratur, LILA 28 cm, peningkatan berat badan adekuat.	Tidak terdapat indikasi kekurangan energi kronis.
Kepatuhan ANC	Protektif untuk deteksi dan kesiapan	Sembilan kunjungan dan edukasi tanda bahaya.	ANC tidak selalu mencegah KPD, tetapi mendukung deteksi dan rujukan [19–21].
Braxton Hicks	Bukan faktor kausal yang terbukti	Muncul sejak 36 minggu dan hilang dengan istirahat.	Merupakan kontraksi fisiologis; tidak boleh disimpulkan sebagai penyebab KPD.

Sumber: Data sekunder rekam medis pasien.

Matriks menunjukkan bahwa sebagian besar faktor mayor yang sering dilaporkan pada KPD tidak ditemukan. Usia ibu berada dalam rentang reproduksi sehat, kadar hemoglobin normal, tidak ada gejala infeksi saluran reproduksi, tidak terdapat penyakit kronis, dan aktivitas fisik tidak berlebihan. Hasil ini berbeda dari penelitian yang menemukan keterkaitan KPD dengan anemia, infeksi, aktivitas berat, atau stres psikososial^{10,11,18}. Perbedaan tersebut menegaskan sifat multifaktorial KPD dan keterbatasan penggunaan satu faktor untuk menjelaskan seluruh kasus.

Status multigravida dan jarak kehamilan tujuh tahun menjadi dua faktor kontekstual yang paling menonjol. Penelitian mengenai paritas menunjukkan hasil yang bervariasi; sebagian melaporkan hubungan dengan KPD, sementara penelitian lain menempatkan paritas sebagai faktor yang berinteraksi dengan usia, infeksi, atau riwayat obstetri^{8,9,17}. Oleh karena itu, pada kasus ini multigravida dan jarak kehamilan panjang hanya dapat disebut sebagai faktor yang mungkin berkontribusi, bukan penyebab pasti.

Artikel awal menempatkan kontraksi Braxton Hicks sebagai faktor mekanis yang menonjol. Interpretasi tersebut perlu diperbaiki karena Braxton Hicks merupakan adaptasi fisiologis trimester III dan umumnya tidak menyebabkan pembukaan serviks progresif. Pada kasus ini kontraksi menghilang dengan istirahat dan tidak disertai tanda persalinan

aktif pada dua kunjungan ANC. Secara akademik, Braxton Hicks lebih tepat dipahami sebagai keluhan yang telah mendapat edukasi dan bukan sebagai faktor risiko independen KPD.

Kepatuhan ANC, hasil laboratorium normal, dan skor KSPR rendah tidak mencegah terjadinya KPD, tetapi berperan dalam kesiapan ibu mengenali tanda bahaya dan menerima rujukan. Pedoman ANC menekankan bahwa skrining risiko harus dilanjutkan dengan penilaian dinamis setiap kali kondisi berubah¹⁹. Kesiambungan asuhan juga membantu bidan memiliki data dasar yang cukup untuk membandingkan keadaan sebelum dan saat KPD, sehingga perubahan klinis dapat segera diidentifikasi²⁰⁻²².

Pada saat pemeriksaan intranatal, selaput ketuban telah pecah selama sekitar dua puluh jam, kontraksi belum adekuat, pembukaan hanya satu sentimeter, dan tidak terdapat kemajuan yang berarti. Walaupun tanda vital ibu dan denyut jantung janin masih stabil, interval ketuban pecah yang memanjang dan stagnasi serviks meningkatkan risiko infeksi serta kegagalan persalinan²³. Keputusan untuk merujuk ke fasilitas dengan kemampuan induksi, pemantauan lanjutan, dan operasi merupakan langkah yang sesuai dengan prinsip keselamatan ibu dan janin.

Setelah rujukan, induksi tidak menghasilkan kemajuan persalinan sehingga dilakukan sectio caesarea. Bayi lahir menangis segera, memiliki berat dan panjang lahir sesuai data kasus, serta tidak dilaporkan mengalami kelainan²⁴. Pada masa nifas, keluhan utama ibu berupa nyeri luka operasi dan ditangani melalui obat, mobilisasi bertahap, edukasi perawatan luka, dan dukungan menyusui. Luaran tersebut menunjukkan bahwa rujukan yang dilakukan sebelum muncul tanda infeksi atau gawat janin membantu mempertahankan kondisi ibu-bayi yang baik, meskipun persalinan memerlukan tindakan operatif.

Keterbatasan studi adalah penggunaan satu subjek, sebagian data rumah sakit diperoleh secara sekunder dari penuturan pasien, dan tidak tersedia pemeriksaan mikrobiologi membran atau saluran reproduksi. Studi kasus tidak dapat mengukur besarnya risiko atau membuktikan hubungan kausal. Nilai utama penelitian terletak pada rekonstruksi klinis yang rinci, integrasi dokumen antenatal dan intranatal, serta pembelajaran mengenai perlunya rujukan tepat waktu pada KPD tanpa kemajuan persalinan.

KESIMPULAN

Kasus KPD pada multigravida aterm di Ponorogo terjadi ketika sebagian besar faktor risiko mayor tidak ditemukan. Multigravida dan jarak kehamilan yang panjang merupakan faktor kontekstual yang mungkin berkontribusi, tetapi satu kasus tidak cukup untuk menetapkan penyebab. Braxton Hicks tidak dapat dikategorikan sebagai faktor kausal karena merupakan kontraksi fisiologis yang tidak progresif. Kekuatan utama penatalaksanaan terletak pada data antenatal yang lengkap, pengenalan ketuban pecah dan tidak adanya kemajuan persalinan, persiapan rujukan, serta kesinambungan informasi menuju rumah sakit. Tenaga kesehatan perlu mempertahankan edukasi tanda bahaya, dokumentasi serial, dan pengambilan keputusan rujukan berbasis kondisi klinis meskipun skor risiko antenatal rendah. Penelitian berikutnya perlu melibatkan lebih banyak kasus di Kabupaten Ponorogo agar hubungan antara paritas, jarak kehamilan, infeksi, anemia, dan KPD dapat dianalisis secara statistik.

PENGAKUAN/ACKNOWLEDGEMENTS

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Ny. S dan keluarga yang telah memberikan persetujuan penggunaan data dengan identitas yang disamarkan, kepada TPMB Bidan Dina Dwi, S.Tr.Keb., Bd. atas dukungan selama pelaksanaan asuhan, serta kepada Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo atas arahan akademik. Penelitian dan penyusunan artikel dilaksanakan dengan pendanaan pribadi penulis.

DAFTAR REFERENSI

1. World Health Organization. "Maternal Mortality." Geneva: World Health Organization, 2023.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2024. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024.
3. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2023. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2024.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo. Profil Kesehatan Kabupaten Ponorogo Tahun 2024. Ponorogo: Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo, 2024.
5. Syairaji, Muhammad, D. S. Nurdianti, B. S. Wiratama, Z. D. Prüst, K. W. M. Bloemenkamp, and K. J. C. Verschueren. "Trends and Causes of Maternal Mortality in Indonesia." *BMC Pregnancy and Childbirth* 24 (2024): 1–14.
6. Alisa, P., D. Maralin, Melisya, and Juliyana. "Ketuban Pecah Dini." *Journal Health of Science* 1, no. 1 (2024): 1–5.
7. Assefa, N. E., H. Berhe, F. Girma, K. Berhe, and Y. Z. Berhe. "Risk Factors of Premature Rupture of Membranes in Public Hospitals at Mekele City, Tigray: A Case-Control Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 18 (2018): 1–7.
8. Ayu, A., A. Tihardimantoro, and R. Rahim. "Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini." *Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran* 5, no. 2 (2021): 10–18.
9. Misharwati. "Analisis Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini." *Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda* 11, no. 1 (2025): 25–33.
10. Turiyani. "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Ketuban Pecah Dini." *Jurnal Kebidanan* 13, no. 2 (2022): 127–136.
11. Dahlan, F. M., A. Sumarni, and N. H. Lail. "Hubungan Aktivitas Fisik, Keputihan, dan Stres Psikososial terhadap Ketuban Pecah Dini." *Jurnal Sains dan Kesehatan* 13, no. 1 (2022): 74–84.
12. Puspitasari, E. "Faktor Predisposisi Kejadian Ketuban Pecah Dini." *Journal of Health Research* 4, no. 2 (2021): 38–46.
13. Jiang, Y., Y. Zhang, Y. Li, K. Zhao, Y. Zhao, and Y. Che. "Determinants for Premature Rupture of Membranes: A Prospective Cohort Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 25 (2025).

14. Chandra, L. N., and K. Anggraeni. "Risk Analysis of Anemia in Premature Rupture of Membranes Based on Intention of Pregnancy." *Journal of Religion and Public Health* 4, no. 2 (2022): 79–89.
15. Oetami, S., and D. Ambarwati. "Gambaran Kejadian Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin." *Jurnal Bina Cipta Husada* 19, no. 2 (2023): 22–31.
16. Sri, R., and Fitri Handayani. "Hubungan Usia Kehamilan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini." *Evidence Midwifery Journal* 3, no. 3 (2024): 3–8.
17. Riado, E., and A. Jani. "Analisis Hubungan Ketuban Pecah Dini dan Paritas dengan Partus Lama." *Kesehatan GEMA Medika* (2019): 12–18.
18. Ilawati, S. "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Ketuban Pecah Dini." *Evidence Based Journal* (2024): 300–308.
19. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020.
20. Dewi, P., and H. Widowati. "Continuous Midwifery Care Reduces Mortality in Indonesia." *Health Science and Medicine* 1 (2024): 1–8.
21. Utami, P. B., Irfan, and S. Noorbaya. "Efektivitas Metode Pembelajaran Continuity of Care terhadap Peningkatan Kompetensi Pemberian Asuhan Kebidanan." *Indonesian Journal of Midwifery* 3, no. 2 (2020): 101. <https://doi.org/10.35473/ijm.v3i2.623>.
22. Faizah, N. "Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity of Care) Kehamilan, Bersalin, Bayi Baru Lahir dan Nifas." *Pengabdian Masyarakat Bangsa* (2023).
23. Mellisa, S. "Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini." *Jurnal Medika Utama* 3, no. 1 (2021): 1645–1648.
24. Putri, V. W., D. P. Sari, and R. Novia. "Hubungan Kelainan Letak dan Paritas dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Harapan Bunda Kota Batam." *Jurnal Kebidanan* (2025).