

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUMAH SAKIT NACIONAL GUIDO VALADARES DILI TIMOR-LESTE

Edinha da Silva Pinto Baptista¹⁾, Marni^{2)*}, Alcinda Pinto Fernandes³⁾, Domingos Soares⁴⁾

¹⁾Nacional Guido Valadares Hospital

²⁾Akper Giri Satria Husada Wonogiri

³⁾Instituto Superior Cristal

⁴⁾Health National Institute (INS), Ministry of Health, Timor Leste

marnigsh030@gmail.com ; domingoss.ins@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan : Angka kematian ibu (TMI) menurut *World Health Organization (WHO)* dengan jumlah besar seperti 216/100.000 lahir hidup. Pada tahun 2018 maternal morbidity 16%, perinatal morbidity 33%, Timor Leste Demografi Health Survey TLDHS 2003; 2010 dan 2016 menunjukkan bahwa Maternal Mortality Rate (MMR) ada penurunan pada angka mortality ibu hamil adalah; 889; 557 dan 218. Pada Rumah Sakit Nacional Guido Valadares (RSNGV) departamen Obgyn ruang meternitas periode Januari hingga Juli 2018 ibu mengalami ketuban pecah dini sebanyak 211 orang. Tujuan: 1) untuk menjamin dan utilisasi pengkajian kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini, 2) untuk melakukan interpretasi data yang telah terkumpul 3) untuk melakukan indentifikasi diagnosa potensi, 4) untuk melakukan antisipasi munculnya masalah yang serius, 5) untuk melakukan perencanaan tindakan komprehensif 6) untuk melakukan implementasi pada perencanaan yang telah ditetapkan serta 7) untuk melakukan evaluasi pada tindakan kebidanan yang telah dilakukan. Metode: studi kasus ini berbentuk deskripsi pendekatan kualitatif, data dikumpulkan 24-25 November 2020 Rumah Sakit Nacional Guido Valadares Dili Timor-Leste. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan analisa dokumentasi. Peneliti memperoleh persetujuan dari komite etika Instituto Nacional de Saúde, *Informed concent*, pasien tidak diberi identitas lengkap, menghargai hak pasien serta kerahasiaan.

Hasil : Ibu mengeluh perut bawah sakit, air ketuban menetes sedikit-sedikit. Diagnosa kebidanan ibu berusia 28 tahun G1 P0 A0 kehamilan 36 6/7 minggu dengan ketuban pecah dini dan diagnosa potensial infeksi (*fiber*) dan Fetal Distres. Menjelaskan hasil pengkajian pada ibu ,observasi tanda-tanda vital ibu, kontraksi, DJJ, fital moviment; observasi proses persalinan, kolaborasi dengan dokter untuk penanganan segera. Evaluasi SOAP pada diagnosa. Maka tetap ada kecocokan atau konkordansi antara teori dan kasus sesuai teori Varney (1997) dalam Nita Norma & Mustika Dwi (2013). Kesimpulan: studi kasus lakukan di ruang maternitas HNGV pada tanggal 24-25 November 2020 dengan ibu hamil berusia 28 tahun, pendidikan SMP hamil pertama dan pekerjaan ibu rumah tangga. Pengkajian menghasilkan data seperti perut merasa askit, cairan ketuban keluar, diagnosa G1 P0 A0 dengan usia kehamilan 36 6/7 minggu dengan ketuban pecah dini dan diagnosa potensial infeksi (*fiber*) dan Fetal Distres. Kolaborasi dengan dokter memberikan penanganan segera. Terjadi penurunan kecemasan ibu karena sakit di perut hingga ke belakang.

Kata Kunci: Asuhan kebidanan, ketuban pecah Dini, Maternitas

PENDAHULUAN

Angka mortalitas ibu (AMI) dari waktu ke waktu menjadi isu global maka seluruh pihak mencari cara untuk menekan atau menurunkan angka. Khususnya masalah ketuban pecah dini bagi ibu hamil sebagai salah satu indikator untuk menetapkan tingkat kesehatan masyarakat di dunia. Menurut *World Health Organization*

(*WHO*) mengestimasi bahwa secara global angka kematian ibu dengan kuantitas besar maka seperti 216/100.000 lahir hidup. Beberapa negara di Asia Tenggara seperti Filipina ibu meninggal 114/100.000 lahir hidup (LH), Vietnam 54/100.000 LH, Myanmar 178/100.000 LH, Brunei Darussalam 23/100.000 LH, Thailand 20/100.000 LH, Singapura 10/100.000 LH,

Malaysia 40/100.000 LH dan Indonesia 126/100.000 LH. (WHO, 2015; World Bank, 2015). Menurut *World Health Organization (WHO)* mengatakan bahwa ibu yang meninggal di seluruh dunia mencapai 289.000 orang. Menyangkut Amerika serikat 9.300 orang, Afrika Utara 179.00 orang dan Asia Tenggara 16.000 orang. Angka kematian ibu Asia selatan /tenggara maka seperti Indonesia 190 orang, Vietnam 49 orang, Thailand 26 orang, Brunei 27 orang, Malaysia 29 orang (WHO, 2014). Hasil studi kasus dengan topik *preterem premature rupture of Membranes: maternal & perinatal outcome* pada 100 kasus pada tahun 2018 mengatakan bahwa; *maternal morbidity* 16%, *perinatal morbidity* 33%, kasus umum *hiperbilirubinemia* 23% no RDS 21%. *Perinatal mortability* 15%, RDS 53%. Angka diatas menunjukkan bahwa kasus KPD juga adalah salah satu penyebab mortalitas tinggi di SEARO yang mana India merupakan *Rezional Office WHO*. Studi yang lakukan di Kalimantan dengan hasil 14,3% penyebab kematian ibu hamil adalah KPD 52,5% dan akibat anemia (Frelestanty and Haryanti, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh (Addisu, Melkie and Biru, 2020) di Ethiopia mengenai revalensi KPD dengan hasil ; 95% abnormal di vagina, infeksi urinary tract 95% (IUT) dan perdarahan dari vagina. Timor Leste Demografi Health Survey TLDHS 2003; 2010 dan 2016 menunjukkan bahwa *maternal Mortality Rate (MMR)* ada penurunan angka kematian ibu hamil ; 889; 557 dan 218. Menunjukkan bahwa ada penurunan angka kematian ibu dari tahun 2003 hingga 2016. Laporan tahunan Istem Informasi Kesehatan (SIK) Kementerian Kesehatan Timor-Leste periode Januari – Desember 2018 menunjukkan bahwa *maternal mortalitas* dari puskesmas 27 orang dan rumah sakit. Hospital Nacional Guido Valadares (HNGV) departamen Obgyn unit Maternita periode Januari hingga Juli 2018 ibu mengalami ketuban pecah dini

berjumlah 211. Tujuan : Tujuan khusus: 1) Untuk menjamin dan menggunakan pengkajian kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini, 2) untuk menentukan diagnosa kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini, 3) Untuk mengembangkan perencanaan implementasi kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini, 4) untuk melakukan implementasi kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini, 5) untuk melakukan evaluais kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini, 6) untuk melakukan dokumentasi pelayanan kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini , 7) untuk melakukan pelaporan pelayan kebidanan pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini.

METODOLOGI PENELITIAN

Desain penelitian ; penelitian ini adalah berbentuk deskripsi dengan pendekatan kualitatif studi kasus, data telah dikumpulkan pada tanggal 10 sampai 16 November 2020 di Rumah Sakit Nacional Guido Valadares Dili Timor-Leste. Teknik mengumpulkan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan analisa dokumentasi pada status pasien. Pendekatan etika pada studi kasus ini, peneliti memperoleh persetujuan dari komite etika Instituto Nacional de Saúde, *Informed concent*, pasien tidak diberi identitas lengkap, menghargai hak pasien serta kerahasiaan pada data dan informasi yang diperoleh dari peserta studi kasus.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik: studi kasus ini dilakukan di ruang maternitas HNGV pada tanggal 13-15 November 2020 pada ibu berusia 25 tahun, tingkat pendidikan SMA, profesi ibu rumah tangga dengan status kehamilan G1P0A0. Proses asuhan kebidanan : Proses asuhan kebidanan melalui 7 proses asuhan kebidanan selama melakukan asuhan kebidanan pada 60 langkah persalinan normal.

Pengumpulan data : Telah menggunakan teknik wawancara, observasi, analisa dokumen termasuk hasil laboratorium, deteksi ibu hamil dengan usia kehamilan 36 6/7 minggu dengan keluhan utama ketuban pecah dengan warna putih dari jalan lahir mulai dari tanggal 13 november 2020 sejak jam 5 sore. Data subjek: melalui Anamnese: Keluhan utama: ibu A masuk ke maternitas dengan keluhan air ketuban keluar dari jalan lahir sejak pagi hari pukul 9 dengan warna putih. Ibu sudah nikah pertama kali pada usia 27 tahun dengan riwayat obstetric G1P0A0, riwayat KB belum, sakit pada perut, dan sering bak. Analisa : G1.P0.A0 + UK 36 6/7 minggu dan ketuban pecah dini. Perencanaan (P)/implementasi, evaluasi dan dokumentasi; anjurkan ibu banyak istirahat, makan dan minum secara reguler, diet normal, Do CBC, Krosmath, CTG selama 30 minutos, follow up 4 jam berikutnya dan konsultasi dengan dokter. Implementasi: Tanggal 23 November 2020 (17.00); Keep Kanula, Do CBC + Krosmath, CTG, follow up setiap 4 jam selanjutnya. Evaluasi: tanggal 23 november 2020 (17.00); kanula terpasang, CBC + Krosmath ambil dan sudah kirim ke bagian Laboratorium, CTG ada hasil, Follow up (VT). Catatan perkembangan: pada tanggal 23 November 2020 (jam 17.00) data subjek: ibu masuk ke ruang maternitas dengan keluhan utama air ketuban pecah keluar dari jalan lahir dan berwarna putih dan hamil pertama kali, mes pertama kali pada usia 13 tahun dengan siklus 27 hingga 29. Frekuensi 3 kali ganti popok selama 3 hari. Data objek: kesadaran stabil, tensi; 110/80 mmHg, nadi 88 x/menit, suhu 36⁰c, lila ; 24 cm, tinggi 149 cm, BB aebelum hamil; 42 kg, setelah hamil 54 kg. Examination fisik: kepala normal, rambut hitam, muka normal, mata normal, hodung tidak ada polip, mulut bersih dan tidak berbau, gigi lengkap dan tidak caries. Leher tidak tyroid, susu simetris, puting susu ada dan menonjol keluar, Areola warna hitam, colostrum ada. Perut; tinggi perut selayaknya orang hamil,

tidak ada garis nigra, perut normal, gentel normal, tangan dan kaki tidak bengkak. Examination obstetric; tinggi fundus uteri 32 cm, auskultasi DJJ positif dan letak bayi pungungun kanan, frekuensi 149 x/menit. Examination (VT) Tanggal 24-11-2020 jam 17.00 dengan hasil: Dinding Vagina normal, portio tebal, dilatasi 2 cm, membran negatif dan keluar sedikit sedikit. Examination Laboratorium. Analisis data: diagnosis obstetric : G1P)A)+UK 36 6/7 minggu dan ketuban pecah dini, masalah: air ketuban pecah dan mengalir keluar. Diagnosa potensial: Fetal Distress, koreo Amnionitis / fiver. Antisipasi Masalah/tindakan langsung: kolaborasi dengan dokter. **Interpretasi Data:** Diagnosa: SRA V.D.S. 28 anos G1 P0 A0 usia gestasional 36 6/7 minggu dengan ketuban pecah dini. Ibu membutuhkan informasi terkait: kondisi ibu dan bayi, istirahat dan tetap mempertahankan pola makan dan minum. Identifikasi diagnosa potensial: Infeksi (fiber) dan Fetal Distre. Antisipasi: Kolaborasi konsul dokter. **Rencana Tindakan komprehensif :** menjelaskan hasil pengkajian pada ibu, menjelaskan pada ibu bahwa kehamilan harus diakhiri dengan segera, anjurkan ibu untuk istirahat (*bedrest*), anjurkan ibu tidur miring kiri, anjurkan ibu tetap mempertahankan makan dan minum, minta keluarga untuk memberi motivasi pada ibu, observasi tanda-tanda vital, DJJ, observasi selama proses melahirkan, kolaborasi dengan dokter pemberian :AMPI 2gr IV/STAP, MISO 1/4 TAB QID. **Implementasi** Pada tanggal 24 November 2020, jam 17:00, melakukan tindakan. Menginformasi ke ibu bahwa kondisi ibu dan bayi dalam kondisi baik T.D 110/80, Informasi ke ibu bahwa akan kehamilan akan dilakukan tindakan sesuai anjuran dokter Anjurkan ibu banyak istirahat. Anjurkan ibu tidur miring ke kiri .Anjurkan ibu untuk tetap makan dan minum. Minta keluarga untuk memberi dukungan pada ibu. Observasi tanda tanda vital pada ibu dan janin seperti kontraksi, DJJ setiap 30 menit.

Monitor proses melahirkan selama 4 jam terutama VT. Melakukan examinasi dilatasi 2cm (tetap) porsi tebal, penurunan Kepala (ulun tun) 4/5. Memberikan treatment miso 1/4 per vagina sesuai instruksi dokter Observasi tanda tanda vital pada ibu dan janin seperti kontraksi, DJJ. Melakukan examinasi dilatasi 8 cm porsio tipis, lembek, kepala turun 3/5. Observasi tanda tanda vital pada ibu dan janin seperti kontraksi, DJJ. Melakukan examinasi dilatasi lengkap kepal 2/5. Informasi ke ibu bahwa dilatasi (jalan lahir sudah lengkap) dan memberi motivasi ke ibu untuk pilih posisi yang nyaman untuk memberi tenaga dalam melahirkan.. Mendekatkan partus set (Tijora 2, klem 2, spoit, kain kasa klem Tali pusat, ai-moruk, pakain ibu dan bayi. Ajarkan ibu bagaimana memberi tenaga Letakkan handuk bersih di atas perut ibu dan yang lain dibawha bokong ibu, setelah kepala bayi muncul di pintu lahir/perinium berusaha untuk menyelamatkan kepala dengan teknik biparetal maka lahirlah bahu, muka dan bahu belakang dan tangan satu ikut badan dan kaki. Jam 02.47 bayi lahir jenis kelamin Laki-Laki dengan APGAR score 9/10, BB 2600 gr panjang 46cm.. Melakukan examination pada fundus bayi tunggal (tidak kembar). Informasi ke ibu tentang kondisi bayi serta memberikan injeksi oxytocin. Membrikan oxytocin 10 UI dengan teknik intra muskuler di 1/3 kaki/paha. Clem tali pusat 3cm dari perut dan 2cm dari clem pertama kemudian potong. Merawat bayi baru lahir dengan cara mengerinkan, kontak *skin to skin*. Pindahkan clem 5-10 cm dari vulva dan melihat tanda plasenta terlepas. Plasenta lahir lengkap dan banyak darah yang keluar dan cek lagi jalan lahir apakah ada luka/tergores atau tidak. Melakukan sutura/heking di jalan lahir. Konstraksi uterus baik Total darah yang keluar +100CC. Bereskan dan meletakan peralatan partus set ke dalam clorin 0,5% dan membuang kotoran yang kontaminasi pada sampah basah dan sampah kering.

Mengajarkan ibu bagaimana caranya melakukan masage sendiri dan cara mengetahui kontraksi baik atau jelek. Berishkan ibu dan ganti pakaian yang basah dengan yang kering. Anjurkan ibu untuk tetap makan dan minum seperti biasa dan memberi susu ibu ke bayinya. Melakukan observasi tanda-tanda vital ibu pada 1 jam pertama setiap 15 menit dan jam ke-2 setiap 30 menit. Melakukan dokumentasi pada partografi. **SOAP S:** Ibu mengatakan takut dan sedih karena airketuban pecah dan keluar sudah 2 hari. **O:** Kondisi ibu secara umum baik, palpasi tinggi fundus uterus 32 cm, kontraksi positif, DJJ positif 144x/menit, pengkajian (vt) dilatasi 2cm, porsi tebal / Membran negatif warna putih, kepala turun 4/5. TD =110/80MmHg, N= 88x/menit, RR=18x/menit, T=36x/menit. **A:** Nya V.D.S. berusia 28 tahun GIP0A0 Gestasional 36 6/7 minggu dengan ketuban pecah dini. **P:** Menjelaskan kondisi ibu dan janin: anjurkan ibu tidur mirin kiri, anjurkan ibu tetap makan dan minum seperti biasa, minta keluarga untuk memberi dukungan. **S:** Ibu mengatakkn mulai ada sakit di bagian perut bawah dan sakit ini menyebar ke belakang. **O:** Kondisi umum ibu baik, palpasi kontraksi baik 2x ssetiap 10 menit, durasi 20 detik, DJJ positif frekuensi 144x/menit, dilatasi 8cm, porsi tipis kepala turun 2/5, TD:119/77 MmHg, Pulso:93x/menit, RR:18x/menit, suhu :36⁰C. **A:** Nya V.D.S usia 28 tahun GI POAO dengan ketuban pecah dini dan inpartus kala 1 aktif. **P:** menjelaskan dan ajurkan ibu untuk todur mirin kiri, minta keluarga untuk memberi dukungan pada ibu. **S:** Ibu menyatakan merasa mau bab dan merasa kepala bayi sudah turun. **O :** Tekanan darah 123/89MmHg, nadi 96X/menit, suhu 36⁰c, RR 18X/menit, VT dilatasi lengkap, kepala turun 2/5. **A:** Ibu GI P0 A0 +gestasiona l36 6/7 +Ketuban Pecah dini + Dilatasi lengkap. **P:** Monitor DJJ setiap 5 menit, suport ibu memberi tenaga dan posisi tidur miring kiri, membrikan air ke ibu untuk minum. Bidam siapkan diri dengan cuci tangan untuk tolong

partus, mempersiapkan partus set seperti clem 2, gunting 2, clem tali pusat, nalfuder, kapas jahit, obat (oxytocin 10UI), spuit 2cc, pakaian ibu dan bayi

PEMBAHASAN

Menurut Ranzcog (2020) RMS/PROM menunjukkan tanda-tanda air ketuban menetes sedikit sedikit dari vagina dengan karakter pucat dan garis berwarna merah, menggigil, banyak kotoran di vagina, perut bawah sakit, denyut jantung janin cepat, meruoakan tanda terjadinya infeksi, bisa juga terjadi prolaps tali pusat, penekanan tali pusat dan solusio plasenta. Koresponden dengan hasil studi kasus dengan hasil studi ini menunjukkan tanda sakit di perut bawah, air ketuban menetes sedikit-sedikit. Menunjukkan bahwa kenyataan terjadi sesuai dengan konsep teori yang dinyatakan diatas. Walaupun sinkronisasi ini hanya beberapa bagian saja tetapi ada korespondensi atau kecocokan antara teori dan kenyataan pada kasus ini.

Proses pengembangan ilmu kebidanan ada aspek pengembangan diagnosa kebidanan ada perkembangan pesat dari tahun ke tahun hingga saat ini. Menurut Varney (1997) yang dikutip oleh Nita Norma & Mustika Dwi (2013) menyatakan bahwa masalah potensial berdasarkan kompleksitas masalah sekarang, untuk mengatasi dan menghindarinya overdistensi contohnya Polyhydramnion, hamil dengan diabetes melitus. Maka studi kasus ini menunjukkan masalah (diagnosa kebidanan) ibu dengan usia 28 anos G1 P0 A0 usia kehamilan 36 6/7 minggu dengan ketuban pecah dini dan Diagnosa Potensial Infeksi (fiber) dan juga Fetal Distres. Ternyata ada kecocokan atau koresponden antara teori dan kasus. Tahap antisipasi, perencanaan, implementasi dan evaluasi berdasarkan konsep Varney (1997) dalam Nita Norma & Mustika Dwi (2013). Bahwa ketiak memerlukan tindakan emergensi bidan diharapkan bergerak cepat untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Perencanaan

perlu ada persetujuan antara bidan dan ibu dengan demikian akan secara efektif dalam proses implementasinya, tamba perencanaan ini akan diimplementasi oleh ibu bersama bidan. Maka perlu memberikan tindakan secara menyeluruh kepada ibu seperti informasi, orientasi dan mengajarkan ke ibu terkait tindakan yang perlu dilakukan pada ibu dan bayinya.

Implementasi : bidan melakukan kolaborasi dengan dokter dan pasien untuk melakukan perencanaan yang komprehensif dan kolaborative. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui efektif dari tindakan kebidnaan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya untuk mempersiapkan tindakan selanjutnya jika dibutuhkan. Studi kasus ini menunjukkan bahwa penulis mengantisipasi muncul masalah serius pada ibu maka langsung melakukan kolaborasi / konsultasi dengan dokter untuk memberikan tindakan segera.

Penulis juga memberikan tindakan seperti; menjelaskan hasil pengkajian pada ibu, menjelaskan ke ibu bahwa persalinan perlu dipercepat, anjurkan ibu istirahat ditempat (bedrest); jelaskan ke ibu tidur mirin ke kiri; jelaskan ke ibu untuk tetap makan dan minum; jelaskan ke ke keluarga untuk memberi dukungan kepada ibu; observasi tanda dan gejala urgensi pada ibu dan aning seperti kontraksi, DJJ, fital moviment; observasi proses melahirkan.

Evaluasi ; menunjukkan bahwa ibu merasa takut sedikit karena sakit di perut bawah hingga bagian belakang. Pada evaluasi SOAP semua diagnosa belum diselesaikan secara total namun tanda tanda vital tetap normal. Maka jika dikaitkan kembali dengan Varney (1997) dalam Nita Norma & Mustika Dwi (2013) ada korespondensia atau kecocokan antara teori dan kasus ini.

KESIMPULAN

Studi kasus yang dilakukan pada Ibu usia 28 tahun, pendidikan SMP, hamil pertama, pekerjaan ibu rumah tangga. Dari hasi

pengkajian diperoleh data sakit pada perut bagian bawah, cairan ketuban menetes sedikit demi sedikit, formulasi diagnosa kebidanan maka G1 P0 A0 usia kehamilan 36 6/7 minggu dengan ketuban pecah dini dan diagnosa Potensial Infeksi (fiber) dan Fetal Distres. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut adalah berkolaborasi dengan dokter untuk segera melakukan persalinan secepatnya, dan memberi penjelasan pada ibu terkait persalinan; menganjurkan ibu untuk istirahat (bedrest); menjelaskan ke ibu tidur mirin ke kiri; menganjurkan ibu tetap makan dan minum; minta keluarga untuk memberi dukungan kepada ibu; mengobservasi tanda tanda vital, kontraksi, DJJ, fital moviment; membuat observasi proses persalinan; kolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat sesuai kebutuhan, Setelah dilakukan tindakan Terjadi penurunan kecemasan pada ibu terkait dengan rasa nyeri perut hingga kebelakang.

DAFTAR PUSTAKA

- Addisu, Dagne. Melkie, Abeneze. Biru, Shimeles. 2020. Prevalence of Preterm Premature Rupture of Membrane and Its Associated Factors among Pregnant Women Admitted in Debre Tabor General Hospital, North West Ethiopia: Institutional-Base Cross-Sectional Study. Hindawai Obsterics and Gynecology International. <https://doi.org/10.1155/2020/4034680>. Diakses 31 Oktober 2020.
- Amy Marowitz, CNM, MS, and Robin Jordan, CNM, PhD. 2017. Midwifery Management of Prelabor Rupture of Membranes at Term. Volume 52, No. 3, May. DOI: [10.1016/j.jmwh.2006.12.012](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.12.012). https://www.researchgate.net/publication/6361569_Midwifery_Management_of_Prelabor_Rupture_of_Membranes_at_Term. Asesu 5 Novembro 2020.
- Dagne Addisu , Abenezer Melkie , and Shimeles Biru. 2020. Prevalence of Preterm Premature Rupture of Membrane and Its Associated Factors among Pregnant Women Admitted in Debre Tabor General Hospital, North West Ethiopia: Institutional-Based Cross-Sectional Study. <https://doi.org/10.1155/2020/4034680>. Asesu 5 Novembro 2020.
- Haryanti, Yunida. Frelestanty, Eka. 2019. Analisis Penyebab Terjadinya Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin. Jurnal Kebidanan, Doi: 10.33486/jk.v9i2.87. Diakses 31 Oktober 2020.
- Indah, Firdayanti, Nadyah. 2018. Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Pada Ny “N” dengan Usia Kehamilan Preterm di RSUD Syekh Yusuf Gowa. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/jmidwifery/article/view/7531>. Asesu 30 Outubru 2020.
- Janeiru-dezembro, P. (2018) ‘TIMOR-LESTE Relatório Estatística Saúde’. JOINT ANNUAL HEALTH SECTOR REVIEW 2017 REPORT Ministry of Health , Democratic Republic of Timor-Leste’ (2018), (March).
- Khade, Shweta Avinash. Bava, Amarjeet Kaur. 2018. Preterm Prematur rupture of membranes: maternal and perinatal outcome. Doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcocg20184496>. Internationa Journal of Reproduction. Diakses 31 oktober 2020.
- MacDonald, T., & Saurette, K. (2019). *CPG No. 13 - Management of prelabour rupture of membranes at term*. 1–24. https://www.ontariomidwives.ca/site/s/default/files/CPG_full_guidelines/CPG-Management-of-prelabour-rupture-of-membranes-PUB.pdf

- MdS. (2018). Relatório Estatística Saúde, Período Janeiro-Dezembro 2018, Direção Nacional Política e Cooperação, Ministério da Saúde, Timor-Leste.
- Michael Tchirikov, Zhaxybay Zhumadilov, Andreas Suhartoyo, et al. 2015. Treatment of Preterm Premature Rupture of Membranes with Oligo-/Anhydramnion Colonized by Multiresistant Bacteria with Continuous Amnioinfusion and Antibiotic Administrations through a Subcutaneously Implanted Intrauterine Port System: A Case Report. DOI: 10.1159/000438483. Asesú 6 Novembro 2020.
- Natnael Etsay Assefa*, Hailemariam Berhe, Fiseha Girma, Kidanemariam Berhe, Yodit Zewdie Berhe, Gidiom Gebrehet, Weldu Mamu Werid, Almaz Berhe, Hagos B Rufae and Guesh Welu. 2018. Risk factors of premature rupture of membranes in public hospitals at Mekele city, Tigray, a case control study. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2016-6>. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-2016-6>. Asesú 25 Outubro 2020.
- RANZCOG. 2020. Term Prelabour Rupture of Membranes (Term PROM). [https://ranzcoг.edu.au/RANZCOG-SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Term-Prelabour-Rupture-of-Membranes-\(Term-Prom\)-\(C-Obs-36\)-review-2017.pdf?ext=.pdf](https://ranzcoг.edu.au/RANZCOG-SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Term-Prelabour-Rupture-of-Membranes-(Term-Prom)-(C-Obs-36)-review-2017.pdf?ext=.pdf). Asesú 7 Novembro 2020.
- Shweta Avinash Khade, Amarjeet Kaur Bava. 2018. Preterm premature rupture of membranes: maternal and perinatal outcome. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20184496>. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. Asesú 5 Novembro 2020.
- Weekes, C. R. and Mahomed, K. (2017) 'Term Prelabour Rupture of Membranes (Term PROM)', *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetrics and Gynecologists*, (July 2010), pp. 8–11.