

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Definisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal dan selama persalinan. Bayi dilahirkan spontan dalam *presentase* belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 minggu hingga 42 minggu. (*World Health Organization, 2020*).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi berupa janin dan plasenta yang telah cukup bulan yaitu usia kehamilan 37-42 minggu dan dapat hidup di luar kandungan baik dengan bantuan atau tanpa bantuan. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang telah cukup bulan, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung 18 jam tanpa komplikasi pada ibu maupun janin (Yulizawati; dkk 2019).

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks, sehingga janin dapat turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dengan adanya kontraksi rahim pada ibu. Prosedur secara ilmiah lahirnya bayi dan plasenta dari rahim melalui proses yang dimulai dengan terdapat

kontraksi uterus yang menimbulkan terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran mulut rahim (Irawati,Muliani, & Arsyad, 2019).

b. Tujuan Asuhan Persalinan

Salah satu hal penting dalam proses persalinan adalah asuhan intrapartum, yang bertujuan untuk mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal dengan asuhan kebidanan persalinan yang adekuat sesuai dengan tahapan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal, meningkatkan hasil kesehatan yang baik dan pengalaman yang positif bagi ibu dan keluarga. Tujuan lain dari asuhan persalinan normal adalah sebagai berikut:

- 1) Mempertahankan keamanan dan kesehatan ibu dan bayiselama persalinan.
- 2) Menilai kondisi ibu dan bayi secara teratur selama persalinan
- 3) Membantu ibu dalam mengelola rasa sakit dan ketidaknyamanan selama persalinan.
- 4) Memfasilitasi proses persalinan secara alami atau dengan bantuan medis yang diperlukan.
- 5) Memantau tanda-tanda vital dan kondisi ibu dan bayi setelah persalinan

- 6) Memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada ibu selama persalinan dan pasca persalinan
- 7) Mencegah atau mengatasi masalah kesehatan yang mungkin terjadi selama persalinan atau pasca persalinan (Eka Puspita, 2019).

c. Jenis-Jenis Persalinan

Menurut Kusumawardani (2019) jenis-jenis persalinan dibagi menjadi tiga, diantaranya:

1) Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan *presentase* belakang kepala dengan bantuan tenaga ibu sendiri, tanpa adanya bantuan dari luar misalnya *ekstraksi foceps/vakum* atau *sectio caesarea*.

2) Persalinan buatan

Persalinan buatan adalah suatu proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan atau pertolongan dari luar, seperti ekstraksi *forceps/vakum* atau dilakukan operasi *section caesarea* (SC).

3) Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah persalinan yang terjadi ketika bayi sudah cukup mampu bertahan hidup diluar rahim atau siap dilahirkan. Tetapi, dapat muncul kesulitan dalam proses persalinan, sehingga membutuhkan bantuan rangsangan dengan pemberian *prostaglandin*.

d. Tanda-tanda Persalinan

Menurut Walyani dalam Saraswati 2022, dijelaskan bahwa ada beberapa tanda persalinan di antaranya adalah sebagai berikut:

1) Adanya kontraksi rahim

Umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involunter.

Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase, yaitu:

- a) Increment, yaitu ketika intensitas terbentuk.
- b) Acme, yaitu puncak atau maximum.
- c) Decement, yaitu ketika otot relaksasi.

2) Keluarnya lendir bercampur darah

Keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai *bloody slim*.

3) Keluarnya air-air atau ketuban

Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum (Stoppard dalam Walyani & Endang, 2020).

4) Pembukaan serviks

Penipisan mendahului dilatasi serviks, pertama-tama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi serviks yang cepat (Liu dalam Walyani & Endang, 2020).

Adapun tanda-tanda persalinan lainnya, yaitu:

- a) Ibu merasa ingin meneran atau menahan napas bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada bagian rektum dan vagina.
- c) Perineum mulai menonjol.
- d) Vagina dan *sphincter ani* mulai membuka.
- e) Pengeluaran lendir yang bercampur darah semakin meningkat.

e. Tahap –tahap persalinan

Tahap persalinan terbagi atas 4 tahapan yaitu:

1) Kala I (fase pembukaan)

Menurut Girsang beberapa jam terakhir dalam kehamilan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir normal. Persalinan kala satu disebut juga sebagai proses pembukaan yang dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm) (Girsang,2017).

Kala satu persalinan terdiri dari 2 fase yaitu sebagai berikut.

a) Fase laten

Fase laten dimulai dari permulaan kontraksi uterus yang regular sampai terjadi dilatasi serviks yang mencapai ukurandiameter 3 cm. Fase ini berlangsung selama kurang lebih 6 jam. Pada fase ini dapat terjadi perpanjangan apabila ada ibu yang mendapatkan *analgesic* atau sedasi berat sealama persalinan. Pada fase ini terjadi akan terjadi ketidaknyamanan akibat nyeri yang berlangsung secara terus-menerus.

b) Fase aktif

Selama fase aktif persalinan, dilatasi serviks terjadi lebih cepat, dimulai dari akhir fase laten dan berakhir dengan dilatasi serviks dengan diameter kurang lebih 4 cm sampai dengan 10 cm. Fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu:

- (1) Fase akselerasi : pembukaan berlangsung 2 jam dari 3 cm menjadi 4 cm.
- (2) Fase dilatasi maksimal : pembukaan berlangsung 2 jam dari 4 cm menjadi 9 cm
- (3) Fase deselerasi : pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

2) Fase Persalinan Kala II

Kala II disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga bayi lahir. Proses ini berlangsung selama kurang lebih 2 jam pada ibu primigravida dan kurang lebih 1 jam pada ibu multigravida. Adapun tanda dan gejala yang muncul pada kala dua adalah sebagai berikut:

- a) Kontraksi (his) semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban akan pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak dan tidak dapat dikontrol.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan yang dideteksi lengkap dengan diikuti rasa ingin mengejan.
- d) Kontraksi dan mengejan akan membuat kepala bayi lebih terdorong menuju jalan lahir, sehingga kepala mulai muncul ke permukaan jalan lahir, sub occiput akan bertindak sebagai hipomoklion, kemudian bayi lahir secara berurutan dari ubun-ubun besar, dahi, hidung, muka, dan seluruhnya.

3) Fase Persalinan Kala III

Kala III disebut juga kala persalinan plasenta. Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) Uterus menjadi bundar.
 - b) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
 - c) Tali pusat bertambah panjang.
 - d) Terjadi perdarahan (adanya semburan darah secara tiba-tiba).
 - e) Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu kurang lebih 6-15 menit setelah bayi lahir.
- 4) Fase Persalinan Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir yang bertujuan untuk mengobservasi persalinan terutama mengamati keadaan ibu terhadap bahaya perdarahan postpartum. Pada kondisi normal tidak terjadi perdarahan pada daerah vagina atau organ setelah melahirkan plasenta. Pemantauan dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan dan 30 menit pada satu jam berikutnya. Dengan mengisi pemantauan partograf. Asuhan yang diberikan adalah dilakukannya observasi yang meliputi, kontraksi rahim banyaknya perdarahan, kandung kemih, evaluasi laserasi perenium, dan tanda tanda vital (Sulfianti, Indryani, 2020).

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Saragih (2017), ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal yang dikenal dengan istilah 5P, yaitu *power*, *passage*, *passenger*, psikis ibu bersalin, dan penolong persalinan yang dijelaskan dalam uraian berikut:

1) *Power* (tenaga)

Power (tenaga) merupakan kekuatan yang mendorong janin untuk lahir. Dalam proses kelahiran bayi terdiri dari 2 jenistenaga, yaitu primer dan sekunder.

- a). Primer, berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang berlangsung sejak muncul tanda-tanda persalinan hingga pembukaan lengkap.
- b). Sekunder, usaha ibu untuk mengejan yang dibutuhkan setelah pembukaan lengkap.

2) *Passenger* (janin)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi berat janin, letak janin, posisi sikap janin, serta jumlah janin. Pada persalinan normal yang berkaitan dengan *passenger* antara lain, janin bersikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki berada dalam keadaan fleksi, dan lengan bersilang di dada. Taksiran berat janin normal adalah 2500-3500 gram dan DJJ normal yaitu 120-160x/menit.

3). *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan.

4). Psikis ibu bersalin

Pada umumnya persalinan dianggap hal yang menakutkan karena disertai nyeri hebat, bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa. Persiapan psikologis sangat penting dalam menjalani persalinan.

5). Penolong persalinan

Orang yang berperan sebagai penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan, antara lain yaitu dokter, bidan, perawat maternitas dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam pertolongan persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Petugas kesehatan yang memberi 15 pertolongan persalinan dapat menggunakan alat pelindung diri, serta melakukan cuci tangan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi dari pasien. Pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga profesional di masyarakat

masih sangat rendah dibandingkan dengan target yang diharapkan. Pemilihan penolong persalinan merupakan faktor yang menentukan terlaksananya proses persalinan yang aman.

g. Komplikasi Persalinan

Menurut (Ari Kurniarum, 2020) komplikasi/penyulit dalam persalinan kala I dan II adalah:

1) Distosia kelainan presentasi dan posisi (malposisi)

Malposisi adalah kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi, atau malposisi merupakan abnormal dari vertek kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Dalam keadaan malposisi dapat terjadi partus macet atau partus lama. Penilaian posisi normal apabila kepala dalam keadaan fleksi, bila fleksi baik maka kedudukan oksiput lebih rendah dari pada sinsiput, keadaan ini disebut posisi oksiput transversal atau anterior. Sedangkan keadaan dimana oksiput berada di atas posterior dari diameter transversal pelvis adalah suatu malposisi.

2) Distosia karena Kelainan His

a) False Labour (Persalinan Palsu atau Belum Inpartu) His

belum teratur dan portio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing, ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat. Bila tidak, pasien boleh rawat jalan.

b) Persalinan lama

Persalinan lama paling sering terjadi pada primigravida dan dapat disebabkan oleh: kontraksi uterus yang tidak efektif, disproporsi sefalopelvik, posisi oksipitoposterior.

c) *Prolonged latent phase* (Fase Laten yang Memanjang)

Fase laten persalinan lama dapat didiagnosis secara tidak akurat jika ibu mengalami persalinan palsu. Menurut Prawirohardjo (2007) menyatakan bahwa pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam inpartu.

d) *Prolonged active phase* (Fase Aktif Memanjang)

Fase aktif ditandai dengan peningkatan laju dilatasi serviks, yang disertai dengan penurunan bagian presentasi janin. Kemajuan yang lambat dapat didefinisikan sebagai durasi total persalinan atau kegagalan serviks untuk berdilatasi dengan kecepatan perjam yang telah ditetapkan.

e) Inersia Uteri Hipotonik adalah kelainan his dengan

kekuatan yang lemah/tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar. Diisi kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang. Sering di jumpai pada penderita dengan kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang, misalnya: akibat hidramnion, kehamilan kembar, makrosomia, *grandemultipara*, penderita dengan keadaan emosi kurang baik.

- f) His yang tidak dapat terkoordinasi adalah sifat his yang dapat berubah-ubah tidak ada koordinasi, sinkronisasi antara kontraksi dan bagian-bagiannya.

2. Ketuban Pecah Dini

a. Definisi Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda tanda persalinan dan setelah satu jam tidak diikuti proses inpartu sebagaimana mestinya. Apabila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi akhir kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan (Kennedy et al, 2019).

b. Klasifikasi

1) KPD preterm

Ketuban pecah dini preterm merupakan ruptur spontan membran ketuban sebelum usia kehamilan 37 minggu yang terjadi sebelum proses persalinan. Ruptur ini disebabkan berbagai hal, infeksi intrauterine, kerusakan DNA akibat stres oksidatif, dan penuaan sel premature adalah predisposisi utama.

2) KPD aterm

Ketuban pecah dini aterm merupakan pecahnya ketuban sebelum waktunya yang terbukti dengan vaginal pooling, tes nitrazin dan tes fern pada usia kehamilan > 37 minggu.

c. **Faktor Predisposisi Ketuban Pecah Dini**

Penyebab dari ketuban pecah dini masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti, maka usaha preventif tidak dapat dilakukan kecuali usaha menekan infeksi. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah infeksi, keadaan sosial ekonomi, kelainan letak janin, paritas, usia, umur kehamilan, riwayat ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya.

1). **Usia**

Umur ibu merupakan salah satu tolak ukur kesiapan seorang ibu untuk melahirkan, dimana usia ideal untuk menjalani proses kehamilan dan persalinan adalah usia 20-35 tahun. Wanita yang berusia kurang dari 20 tahun biasanya memiliki kondisi psikis yang belum matang serta kemampuan finansial yang kurang mendukung. Sementara wanita yang berusia lebih dari 35 tahun cenderung mengalami penurunan kemampuan reproduksi (Ayu W,dkk, 2019) Hasil penelitian usia 35 tahun juga beresiko tinggi mengalami ketuban pecah dini karena usia yang sudah terlalu tua serta penurunan organ-organ reproduksi untuk menjalankan fungsinya, keadaan ini juga menyebabkan selaput ketuban semakin tipis yang memudahkan ketuban pecah sebelum waktunya (Frelestanty dan Yunida Haryanti, 2019).

2). Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang hidup atau jumlah kehamilan yang dapat menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (Ayu W,dkk,2019). Uterus yang telah melahirkan banyak anak (grandemulti) cenderung bekerja tidak efisien dalam persalinan (Octavia dan Filda Fairuza,2019).

Hasil penelitian menunjukan bahwa ada pengaruh antara paritas terhadap kejadian Ketuban Pecah Dini. KPD banyak terjadi pada maritas multigravida. Besar risiko paritas multigravida 6 kali untuk terjadi KPD, sehingga paritas multigravida dapat memberikan risiko 7 kali lebih besar untuk terjadinya KPD. Ibu yang sudah melahirkan beberapa kali lebih resiko mengalami KPD, oleh karena vaskularisasi pada uterus mengalami gangguan yang mengakibatkan jaringan selaput ketuban mudah rapuh dan akhirnya pecah spontan.

Penyebab ketuban pecah dini dalam paritas salah satunya adalah multiparita. Multipara lebih besar memungkink terjadinya infeksi karena adanya proses pembukaan *serviks* lebih cepat dibandingkan primipara, sehingga dapat mengakibatkan pecahnya ketuban lebih dini. Paritas multigravida memiliki risiko lebih tinggi untuk terjadi KPD. Oleh karena itu, seorang ibu multigravida sebaiknya dapat mengikuti konseling dengan petugas pelayanan kesehatan,

sehingga dapat mengetahui faktor risiko terjadinya KPD (Wilda dan Suparji 2020).

3). Umur Kehamilan

Usia kehamilan adalah lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 (40 minggu dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Pada umumnya ibu dengan preterm lebih cenderung mengalami ketuban pecah dini dikarenakan masih lemahnya kekuatan selaput ketuban yang berhubungan dengan perbesaran dan usia uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Tetapi dari hasil uji *statistic* yang dapat dilakukan, diperoleh hasil ibu dengan usia kehamilan aterm juga mengalami ketuban pecah dini. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor lain seperti pola pekerjaan ibu hamil yang terlalu berat dapat berakibat pada kelelahan dan akan menyebabkan lemahnya korion amnion sehingga timbul ketuban pecah dini (Ayu W,dkk,2019).

4). Riwayat Ketuban Pecah Dini

Riwayat ketuban pecah dini sebelumnya merupakan faktor resiko terjadinya ketuban pecah dini, dimana dapat terjadi resiko ketuban pecah dini beresiko tinggi adalah 4,7 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak mempunyai riwayat ketuban pecah dini. Wanita yang mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada

kehamilan selanjutnya wanita yang mengalami ketuban pecah dini akan lebih beresiko mengalaminya kembali antara 3-4 kali dari pada wanita yang tidak mengalami ketuban pecah dini sebelumnya, karena komposisi membrane yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan selanjutnya (Octavia dan Filda Fairuza,2019).

5). Infeksi

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban yang bisa menyebabkan terjadinya KPD (Nurhidayah, 2023).

6). Pekerjaan

Pekerjaan adalah kegiatan atau aktivitas responden sehari-hari, tetapi pekerjaan yang berat dapat membahayakan kehamilan dan harus dihindari selama kehamilan untuk menjaga keselamatan ibu dan janin. Kelelahan saat bekerja dapat menyebabkan ketuban pecah sebelum waktunya. Hal ini dapat menjadi pelajaran bagi ibu hamil untuk mengurangi atau menghindari melakukan pekerjaan berat selama kehamilan.

Kebutuhan energi seorang ibu hamil dipengaruhi oleh pola pekerjaan. Hamil yang dapat menyebabkan kelelahan jika terlalu banyak bekerja dan memiliki waktu kerja lebih dari 3 jam setiap hari. Kelelahan dalam bekerja menyebabkan lemahnya korion amnion sehingga timbul ketuban pecah dini.

7). Frekuensi hubungan seksual

Frekuensi *coitus* pada trimester ketiga kehamilan yang lebih dari 3 kali seminggu diyakini berperan dalam terjadinya KPD. Hal ini berkaitan dengan kondisi orgasme yang memicu kontraksi rahim oleh karena adanya paparan terhadap hormon prostaglandin didalam semen atau cairan sperma (Prawiroharjo, 2022)

d. Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya “mengganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sunarti, 2019).

e. Pemeriksaan penunjang

1). Pemeriksaan darah lengkap

Pada kasus KPD *leukosit* darah $> 15.000/\text{mm}^3$, Hemoglobin normal 12 gram%. Janin yang mengalami takikardi mungkin mengalami infeksi *intrauterine*.

2). Tek Lakmus (tes nitrazin)

Jika kertas lakmus berubah merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis).

3). Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG)

Pemeriksaan USG berfungsi untuk menilai indeks cairan amnion. Jika volumenya berkurang tanpa adanya abnormalitas ginjal janin dan tidak ada pertumbuhan janin terhambat, maka dapat didiagnosis ketuban pecah

4). Pemeriksaan *Cardiotocography* (CTG)

Cardiotocography (CTG) adalah tes yang untuk melihat detak jantung bayi apakah dalam kondisi yang sehat atau tidak. Pemeriksaan CTG ini juga biasa dikenal dengan nama tes nonstress (*nonstress test*/NST). CTG disebut juga sebagai tes *nonstress* karena bayi tidak sedang berada pada kondisi stress di dalam kandungan dan tidak ada perlakuan apapun yang membuatnya stres. Biasanya, pemeriksaan kehamilan ini juga dapat mengukur apakah gerakan yang dilakukan bayi dalam kandungan normal atau tidak. Bayi yang sehat akan merespon gerakannya dengan meningkatkan denyut jantungnya selama bergerak. Detak jantung akan berkurang saat bayi itu tidur atau istirahat. Normalnya, detak jantung bayi antara 110 hingga 160 denyut per menit dan akan meningkat ketika bayi sedang bergerak-gerak. Namun, saat bayi tertidur biasanya tidak terjadi peningkatan detak jantung.

Tujuan lain dari tes *cardiotography* (CTG) adalah untuk mengetahui apakah bayi di dalam rahim mendapatkan cukup oksigen atau tidak dari plasenta. Ketika kadar oksigen rendah, janin kemungkinan tidak akan merespon dan menunjukkan gerakan secara normal sehingga perlu penanganan lebih lanjut.

f. Komplikasi

1). Pada Ibu

Komplikasi yang biasa disebabkan KPD pada ibu yaitu intrapartal dalam persalinan, infeksi puerparalis/masa nifas, partus lama, perdarahan post partum, meningkatkan tindakan operatif *obstetric* (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal, infeksi maternal dan neonatal bahkan meningkatkan kematian ibu dan perinatal (Wahyuni et al., 2020).

2). Pada Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu *prematuritas* (sindrom distress pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), *retinopati prematur*, perdarahan *intraventricular*, *enterocolitis necrotizing*, gangguan otak, dan risiko *cerebral palsy*, *hiperbilirubinemia*, anemia, sepsis, *prolapse funiculli* atau penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, *prolaps uteri*, persalinan lama, skor APGAR rendah, *ensefalopati*, perdarahan *intrakranial*, gagal ginjal, distres

pernapasan, oligohidramnion (*sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstermitas dan pertumbuhan janin terhambat*), serta meningkatkan angka kematian janin

g. Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

Penanganan Ketuban Pecah Dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada kehamilan ibu dan janin, serta adanya tanda tanda persalinan (Prawirohardjo,2020).

1). Ketuban Pecah Dini dengan Kehamilan *Aterm*

- a) Diberikan antibiotika profilaksis, Ampicillin 4 x 500 mg selama 7 hari.
- b) Observasi temperature setiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan 37,6 C, segera dilakukan terminasi.
- c) Bila temperature tidak meningkat, dilakukan observasi selama 12 jam. Setelah 12 jam bila belum ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi.
- d) Batasi pemeriksaan dalam, dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetrik.
- e) Bila dilakukan terminasi, lakukan evaluasi *Pelvic Score*:
 - (1) Bila *Pelvic Score* >5, dilakukan induksi dengan oksitosin drip.
 - (2) Bila *Pelvic Score* >5, dilakukan pematangan serviks dengan Misoprostol 50u gr tiap 6 jam per oral maksimal 4 kali pemberian.

2). Ketuban Pecah Dini dengan Kehamilan *Preterm* :

a) Penanganan dirawat di Rumah Sakit

(1) Diberikan antibiotika : Ampicillin 4 x 500 mg selama 7 hari.

(2) Untuk merangsang maturase paru diberikan kortikosteroid (untuk UK <35 minggu) : Deksametasone 5 mg setiap 6 jam.

(3) Observasi di kamar bersalin :

(a) Tirah baring selama 24 jam, selanjutnya dirawat di ruang obstetric

(b) Dilakukan observasi temperature tiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan 37,6 C, segera dilakukan terminasi.

(4) Di Ruang Obstetri :

(a) Temperature diperiksa tiap 6 jam.

(b) Dilakukan pemeriksaan laboratorium : leukosit dan laju endap darah (LED) setiap 3 hari.

(5). Tata cara perawatan konservatif :

(a) Dilakukan sampai janin viable.

(b) Selama perawatan konservatif, tidak dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam. Dalam observasi

(c) 1 minggu, dilakukan pemeriksaan USG untuk menilai air ketuban, bila air ketuban cukup,

kehamilan diteruskan, dan bila air ketuban kurang (oligohidramnion) dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan.

- (d) Pada perawatan konservatif, pasien dipulangkan hari ke 7 dengan saran tidak boleh *koitus*, tidak boleh melakukan manipulasi vagina, dan segera kembali ke Rumah Sakit bila ada keluar air ketuban lagi.
- (e) Bila masih keluar air, perawatan konservatif dipertimbangkan dengan melihat pemeriksaan laboratorium.
- (f) Bila terdapat leukositosis dan peningkatan LED, lakukan terminasi.

Penatalaksanaan pada kasus KPD antara lain :

1) Konservatif

- (a) Rawat di rumah sakit, berikan *antibiotic* (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin dan metronidazole 2 x 500 mg selama 7 hari).
- (b) Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak lagi keluar.

- (c) Jika usia kehamilan 32–37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif berikan deksametason.
 - (d) Observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin.
 - (e) Jika usia kehamilan 32–37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
 - (f) Jika usia kehamilan 32–37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leokosit, tanda-tanda infeksi intrauterine).
 - (g) Pada usia kehamilan 32–37 minggu, berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin, dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason I.M 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.
- 2) Aktif Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal *section caesarea*. Dapat pula diberikan misoprostol 25 ug–50 ug intravaginal

tiap 6 jam maksimal 4 kali. Berikan antibiotik pada ibu untuk mencegah terjadinya infeksi. Apabila adatanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri. Bila skor pelvik 5, induksi persalinan.

Pengelolaan kasus ibu bersalin dengan KPD di RSI Fatimah Cilacap sesuai dengan standar operasional prosedur RSI Fatimah Tahun 2022 yaitu :

1) Konservatif

- (a) Berikan antibiotik sesuai advis DPJP.
- (b) Berikan steroid jika umur kehamilan < dari 34 minggu untuk kematangan paru yaitu injeksi dexamethasone 2x1 ampul selama 2 hari atau sesuai advis DPJP.
- (c) Berikan tokolitik yaitu nifedipine 10 mg 1-2 kali dalam 1 jam atau sesuai advis DPJP jika UK 32-37 minggu.

2) Aktif

- (a) Induksi persalinan dengan misoprostol 50ug tiap 6 jam.
- (b) Berikan antibiotik dosis tinggi bila ada tanda tanda infeksi dan persalinan di akhir.

- (c) Berikan antibiotik setelah persalinan bila ada tanda infeksi dilanjutkan untuk 24-48 jam setelah bebas panas.

h. Standar Prosedur Operasional Ketuban Pecah Dini No.

Dokumen : 60/Bid. YM/RSIFC/VI/2022

1) Penatalaksanaan pasien dengan Ketuban Pecah Dini No.

Dokumen : 60/Bid. YM/RSIFC/VI/2022

Tabel 1.1 Penatalaksanaan Pasien dengan Ketuban Pecah Dini

PENATALAKSANAAN PASIEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI
No. Dokumen : 60/Bid. YM/RSIFC/VI/2022
Pengertian : Suatu tindakan penanganan pada kasus pasien Ketuban Pecah Dini
Tujuan : Sebagai standart dalam penanganan pada pasien Ketuban Pecah Dini (KPD)
Kebijakan : Dalam pelayanan Ponek Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap mengacu pada: 1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1051/MENKES/SK/IX/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency (PONEK) 2. Setiap Penanganan Kasus Ketuban Pecah Dini harus mengacu pada PPK yang telah ditetapkan
Prosedur : A. Persiapan Alat 1. Spuit 5 cc 1 buah 2. Spuit 3 cc 1 buah 3. Antibiotik injeksi 4. Dexamethasone injeksi 1 ampul 5. Nifedipine tab 10 mg 6. Misoprostol tab 200 mg B. Pelaksanaan 1. Awali kegiatan dengan mengucapkan <i>Bismillahirrahmanirrahim</i> 2. Lakukan verifikasi 3. Tempatkan alat secara ergonomis 4. Posisikan ibu nyaman mungkin 5. Beritahu pasien dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan 6. Pasien yang akan dilakukan Konservatif : a. Berikan antibiotik sesuai advis DPJP b. Berikan steroid jika umur kehamilan < dari 34 minggu untuk kematangan paru yaitu injeksi dexamethasone 2x1 ampul selama 2 hari atau sesuai advis DPJP c. Berikan tokolitik yaitu nifedipine 10 mg 1-2 kali dalam 1 jam atau sesuai advis DPJP Jika UK 32-37 minggu

7. Pasien pada Fase Aktif :
 - a. Induksi persalinan dengan misoprostol 50 ug tiap 6jam
 - b. Berikan antibiotik dosis tinggi bila ada tanda-tanda infeksi dan persalinan di akhiri
 - c. Berikan antibiotik setelah persalinan bila ada tanda infeksi dilanjutkan untuk 24-48 jam setelah bebas panas
8. Lakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan
9. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
10. Cuci tangan
11. Dokumentasikan tindakan yang dilakukan
12. Akhiri kegiatan ini dengan mengucapkan
Alhamdulillahirabbil' alamin

Unit Terkait :

1. Instalasi Gawat Darurat
2. Instalasi Rawat Inap (R.An nisa)

3. Teori Manajemen Kebidanan

a. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah suatu proses atau metode pemecahan masalah untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis dalam pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Virgian, 2022).

Manajemen kebidanan merupakan metode atau alur berpikir bagi bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan membantu bidan dalam pengambilan keputusan yang tepat dibantu dengan proses berpikir kritis agar keputusan yang diambil dapat efektif dan efisien serta sesuai dengan kebutuhan klien.

b. Langkah Manajemen Kebidanan

Tujuh langkah Manajemen Kebidanan menurut Varney, 1997 menjelaskan proses penatalaksanaan manajemen kebidanan terdiri dari 7 langkah yang berurutan dan sistematis. Dimulai dari proses

pengumpulan data dan diakhiri dengan evaluasi. Ketujuh langkah ini membentuk suatu kerangka pikir atau kerangka kerja yang dapat diimplementasikan pada setiap situasi.

1) Langkah I (Pengkajian)

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Handayani, 2020). Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara yaitu :

- a) Anamnesa : dilakukan untuk mengumpulkan biodata, termasuk riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, serta bio-psiko-sosial-spiritual klien.
- b) Pemeriksaan fisik. Sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi
 - (1) Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi).
 - (2) Pemeriksaan penunjang (laboratorium, dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya).

2) Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Setelah dilakukan pengumpulan data dasar, langkah selanjutnya adalah melakukan interpretasi terhadap data yang telah dikumpulkan. Menetapkan diagnosa atau melakukan

analisa data dari data subjektif dan objektif. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan dalam ruang lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur kebidanan, yaitu:

- a) Diakui dan telah disahkan oleh organisasi profesi
 - b) Berhubungan langsung dengan praktik pelayanan kebidanan
 - c) Memiliki ciri-ciri khas kebidanan
 - d) Didukung oleh *Clinical Judgement* dalam praktik kebidanan
 - e) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan
- 3) Langkah III (Diagnosa potensial dan Antisipasi)

Pada Langkah ini dilakukan diagnosa potensial yang mungkin saja terjadi berdasarkan diagnosa / masalah. Bidan harus mampu untuk melakukan antisipasi atau pencegahan terhadap masalah yang mungkin muncul dan merumuskan tindakan antisipasi segera masalah atau diagnosa potensial (Mulyati, 2020).

- 4) Langkah IV (Tindakan Segera)

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien (Handayani,2020)

Pada langkah ini, ada kemungkinan data yang kita peroleh memerlukan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bias menunggu beberapa waktu lagi.

5) Langkah V (Rencana Tindakan)

Rencana tindakan merupakan rencana asuhan menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya.

Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen untuk masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data tidak lengkap. Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan diagnosis kebidanan dan masalah potensial yang akan terjadi.

Setiap rencana tindakan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Semua perencanaan yang dibuat harus berdasarkan pertimbangan yang meliputi pengetahuan, teori yang terbaru, *evidence based care*, serta divalidasi dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan apa perencanaan sebaiknya pasien dilibatkan, karena pada akhirnya pengambilan keputusan untuk suatu rencana asuhan harus disetujui oleh pasien.

6) Langkah VI (Pelaksanaan)

Implementasi dari keseluruhan rencana asuhan yang dilakukan secara aman dan efisien. Pada langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan oleh klien atau tindakan kolaborasi maupun rujukan. Bidan harus bertanggung jawab untuk memastikan bahwa setiap penatalaksanaan benar-benar dilakukan dengan baik dan sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

7) Langkah VII (Evaluasi)

Tindakan untuk memeriksa apakah rencana asuhan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan. Mengevaluasi kembali apakah rencana asuhan dan penatalaksanaan yang telah diberikan efektif dan sesuai dengan kebutuhan klien.

8) Asuhan Kebidanan dalam bentuk (SOAP)

a. S: Subjektif

Data dari pasien didapat dari anamnesa yang merupakan langkah I varney.

1) Anamnesa

Ibu mengatakan adanya pengeluaran air pervaginam, air yang keluar sedikit demi sedikit hingga sarung basah. Ibu belum merasa adanya sakit perut tembus belakang dan belum merasa mules.

- 2) Riwayat menstruasi
- 3) Riwayat kehamilan sekarang

b. O : Objektif

Hasil pemeriksaan diagnostik dan pendukung lain untuk mendukung asuhan.

- 1) Keadaan umum ibu
- 2) Kesadaran ibu
- 3) Pemeriksaan *head to toe*
- 4) Pemeriksaan dalam
- 5) Pemeriksaan penunjang, dilakukan pemeriksaan kertas lakmus yang akan berubah menjadi biru

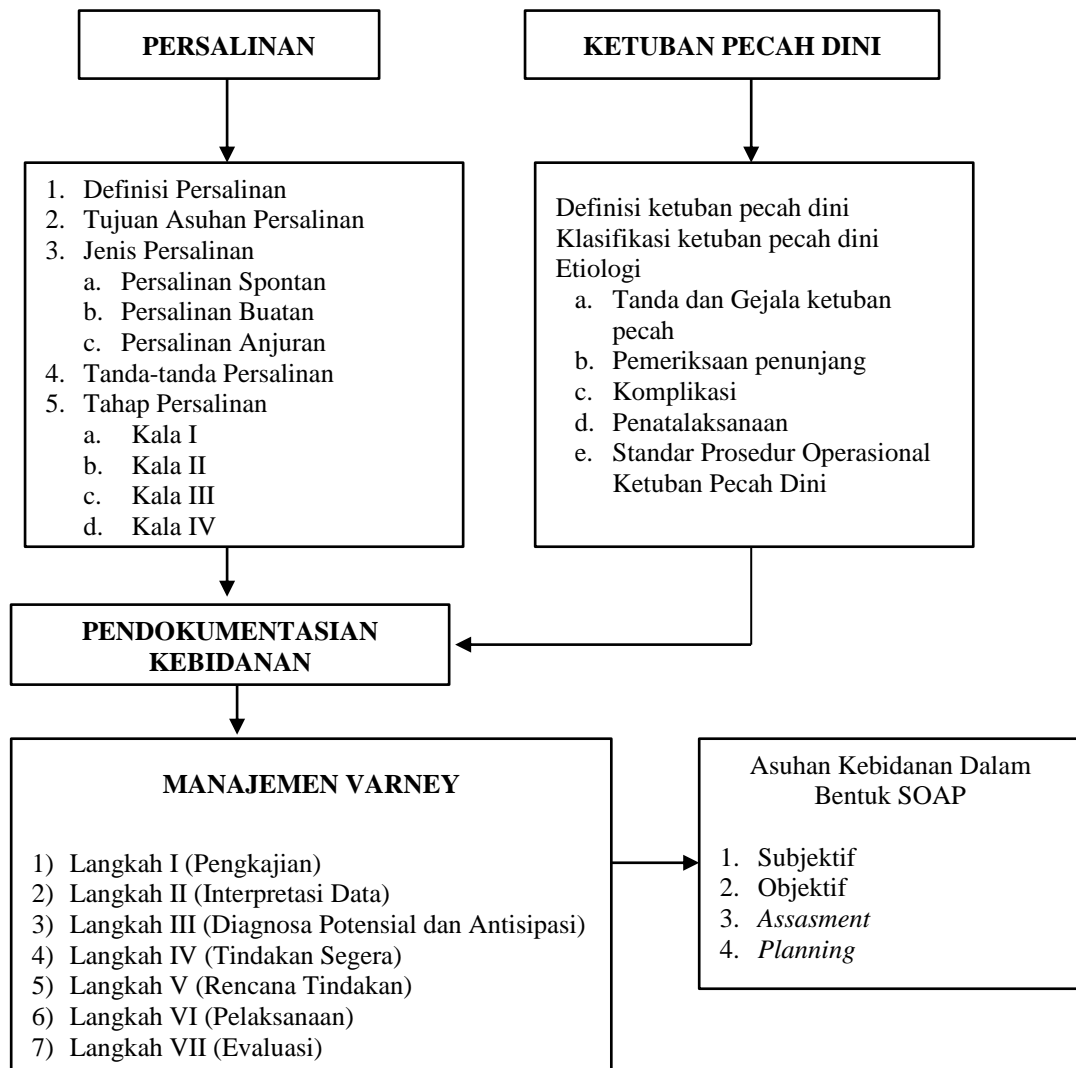
c. A : *Assesment*

Kesimpulan apa yang dibuat dari data subjektif dan objektif tersebut merupakan langkah II, III, IV Varney.

d. *Planning* atau pelaksanaan

Menggambarkan pelaksanaan dari tindakan dan evaluasi perencanaan dari tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan *assessment* langkah V, IV, VII Varney

B. KERANGKA TEORI



Gambar 1.1 Kerangka Teori

Sumber : *World Health Organization, 2020, Yulizawati; dkk 2019, Irawati, Muliani, & Arsyad, 2019, Eka Puspita, 2019, Kusumawardani (2019), Walyani Saraswati 2022, Stoppard dalam Walyani & Endang, 2020, Liu dalam Walyani & Endang, 2020, Saragih (2017), Cunningham, 2018, Jannah, 2018, Wilda dan Suparji, 2020, Frelestanty dan Yunida Haryanti, 2019, Wilda dan Suparji 2020, Arif & Kurnia, 2021, Virgian, 2022.*