

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. TINJAUAN TEORI MEDIS

1. Persalinan

a. Pengertian persalinan

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin, air ketuban, plasenta dan selaput ketuban) dilepas dan dikeluarkan dari uterus melalui vagina ke dunia luar (Oxorn dan Forte, 2010). Menurut Manuaba IAC, Manuaba IBG, dan Manuaba BG (2010; h. 165) persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi berupa janin dan plasenta yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan mengejan).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas maka dapat diambil kesimpulan bahwa persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang berupa janin, air ketuban, plasenta dan selaput ketuban yang telah mencapai usia kehamilan yang cukup bulan melalui jalan lahir ataupun jalan lain, dengan menggunakan bantuan alat ataupun kekuatan sendiri untuk dapat hidup di luar kandungan.

b. Etiologi persalinan

Kehamilan terutama dipengaruhi oleh dua hormon yaitu estrogen dan progesteron, dalam keadaan seimbang kehamilan tetap berlangsung. Progesteron menurun dan terjadi ketidakseimbangan

keduanya sehingga menimbulkan kontraksi, semakin tua usia kehamilan maka kontraksi makin sering. Oksitosin dan prostaglandin meningkat sejak kehamilan 15 minggu dan meningkat seiring usia kehamilan bertambah, dan menimbulkan kontraksi (Manuaba IAC, Manuaba IBG, dan Manuaba BG, 2010; h. 167).

Beberapa Teori tentang penyebab terjadinya persalinan (Manuaba IAC, Manuaba IBG, dan Manuaba BG, 2010; h. 168);

1) Teori keregangan

Otot-otot uterus mempunyai batasan keregangan tertentu, apabila terlewati maka terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai.

2) Teori penurunan progesteron

Progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin, serta uterus mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3) Teori oksitosin internal

Perubahan keseimbangan antara oksitosin dan progesteron menimbulkan kontraksi braxton hicks. Semakin tua usia kehamilan maka produksi progesteron menurun sedangkan oksitosin meningkatkan kontraksi, sehingga persalinan dapat dimulai.

4) Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.

c. Tahapan persalinan

Persalinan dibagi kedalam 4 tahapan antara lain;

1) Kala I persalinan (stadium pendataran dan dilatasi serviks)

Kala satu membutuhkan kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas, serta durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran dan dilatasi serviks (Cunningham et al, 2006; h. 274). Menurut pendapat Keman K (2008; h. 297) kala satu berakhir setelah pembukaan serviks lengkap atau sekitar 10 cm sehingga memungkinkan kepala janin melewati serviks.

Lama kala satu pada primigavida adalah 6–18 jam sedangkan multipara 2–10 jam. Selaput ketuban biasanya pecah menjelang akhir kala satu, ditandai pengeluaran cairan mendadak. Kekuatan kontraksi tidak begitu kuat, sehingga ibu masih dapat berjalan terutama pada saat kala I fase laten (Manuaba IAC, Manuaba IBG, dan Manuaba BG, 2010; h.173).

2) Kala II persalinan (stadium ekspulsi janin).

Mulai dari pembukaan lengkap dan berakhir ketika janin sudah lahir merupakan kala II (Cunningham et al, 2006; h. 275). His semakin kuat dengan interval 2-3 menit serta lama lebih dari 50 detik. Lama kala dua untuk primigravida adalah 50 menit sedangkan multigravida 30 menit (Manuaba IAC, Manuaba IBG, dan Manuaba BG, 2010; h. 173-174).

3) Kala III persalinan (stadium ekspulsi plasenta).

Kala tiga dimulai segera setelah janin lahir, dan berakhir saat lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Cunningham et al, 2006;

h. 275). Pelepasan plasenta diperkirakan dengan melihat beberapa tanda meliputi uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke arah segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terdapat semburan darah tiba-tiba (Manuaba IAC, Manuaba IBG, dan Manuaba BG, 2010; h. 174).

4) Kala IV persalinan (stadium pengawasan).

Kala empat merupakan tahapan persalinan berupa tindakan observasi 2 jam pertama post partum, sejak plasenta lahir sampai keadaan ibu menjadi stabil. Pemantauan dilakukan karena banyak perdarahan terjadi pada 2 jam pertama persalinan, hal yang dipantau meliputi tingkat kesadaran, serta tanda-tanda vital. Kontraksi uterus dipantau untuk mencegah atonia uteri yang dapat menyebabkan perdarahan. Perdarahan dianggap normal apabila tidak melebihi 400-500cc (Manuaba IAC, Manuaba IBG, dan Manuaba BG, 2010; h. 174).

d. Fisiologis persalinan

Pada kehamilan 36-38 minggu, otot-otot miometrium tidak bersifat responsif tetapi justru tenang (Cunningham et al, 2006; h. 274), yang memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan janin sampai aterm. Menurut Keman K (2008; h. 297) menjelang persalinan, kontraksi mulai terkoordinasi diselingi relaksasi yang puncaknya menjelang persalinan, dan berangsur menghilang pada periode postpartum.

Menurut Cunningham et al (2006; h. 274) kontraksi uterus menjelang persalinan menyebabkan dilatasi serviks dan rasa nyeri serta mendorong bayi keluar. Menurut Keman K (2008; h. 297-298)

dan Cunningham et al (2006; h. 276) terdapat ketidaksamaan kekuatan kontraksi saat persalinan di setiap bagian uterus. Fundus berkontraksi aktif menjadi lebih tebal, cukup kencang dan keras untuk dapat mendorong janin keluar. Sedangkan bagian bawah uterus relatif pasif yang menyebabkan bagian bawah uterus serta jalan lahir menjadi jauh lebih tipis dan lunak sehingga bayi dapat lahir.

Menurut Keman K (2008; h. 300-301 dan 306) setelah serviks berdilatasi penuh (Pembukaan 10 cm) diperlukan adanya tekanan intrabdominal (kekuatan mengejan) untuk proses ekspulsi janin. Tekanan intrabdominal dan kontraksi berguna untuk melahirkan janin, dan efektif jika digunakan saat pembukaan lengkap. Selaput ketuban dapat pecah spontan saat persalinan, berupa semburan cairan yang normalnya jernih atau sedikit keruh dengan jumlah bervariasi.

Ketika bayi lahir, uterus secara spontan berkontraksi keras menyebabkan penyusutan uterus dan tempat implantasi plasenta berkurang sehingga plasenta menebal dan menekuk kemudian terjadi pelepasan plasenta (Cunningham et al, 2006; h. 283). Setelah bayi dan plasenta lahir, bidan memantau 2 jam pertama postpartum untuk mendeteksi dan mencegah perdarahan atonia uteri. Apabila jumlah perdarahan tidak melebihi 400-500 cc dianggap normal (Manuaba IAC, Manuaba IBG, dan Manuaba BG, 2010; h. 174).

e. Tanda – tanda persalinan mulai

Menurut pendapat (Manuaba IAC, Manuaba IBG, dan Manuaba BG, 2010; Norwitz dan Schorge 2007) proses berlangsungnya persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain *power*

(kekuatan yang dihasilkan oleh otot uterus, otot dinding perut, diafragma pelvis atau kekuatan mengejan, keregangan dan ligamentum rotundum), *pasenger* (janin dan plasenta), *passage* (jalan lahir lunak dan jalan lahir berupa tulang panggul)

Menurut Manuaba IAC, Manuaba IBG, dan Manuaba BG (2010; h. 169 dan 173) beberapa tanda dimulainya persalinan antara lain;

- 1) Adanya perubahan pada His, kekuatan His makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri menjalar ke depan, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.
- 2) Dapat terjadi pengeluaran pervaginam yang merupakan tanda persalinan (pengeluaran lendir bercampur darah).
Pembukaan serviks menyebabkan lendir pada kanalis servikalis lepas, perdarahan terjadi karena kapiler pembuluh darah pecah.
- 3) Dapat disertai dengan pecahnya selaput ketuban
- 4) Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan pada serviks berupa perlunakan, pendataran serta pembukaan serviks.

f. Pemantauan persalinan dengan penerapan partograf WHO

Partograf WHO dapat digunakan untuk memantau kemajuan persalinan pervaginam, dan mendeteksi adanya kelainan sehingga diharapkan dapat menurunkan angka kematian, kesakitan maternal dan perinatal. Terdapat beberapa keadaan yang menyebabkan partograf tidak dapat dipergunakan (Manuaba IAC, Manuaba IBGF, Manuaba IBG, 2010; h. 158) meliputi;

1. Wanita hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm.
2. Perdarahan antepartum.
3. Preeklampsia berat dan eklampsia.
4. Persalinan prematur.
5. Persalinan bekas seksio sesaria.
6. Persalinan dengan kehamilan ganda.
7. Kelainan letak.
8. Pada keadaan gawat janin.
9. Dugaan kesempitan panggul.
10. Persalinan dengan induksi.
11. Hamil dengan anemia berat.

2. Ketuban Pecah Dini

a. Pengertian Ketuban Pecah Dini

Pengeluaran cairan ketuban sebelum awitan persalinan tanpa memperhatikan usia gestasi disebut ketuban pecah dini (Varney, 2008; h. 788). Menurut Soewarto (2008; h. 677) ketuban pecah dini adalah suatu keadaan dimana selaput ketuban pecah sebelum tiba waktu persalinan. Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya tanpa diikuti tanda-tanda persalinan dan setelah ditunggu satu jam tetap tidak diikuti tanda persalinan (Manuaba, 2007; Oxorn dan Forte, 2010; Suwiyoga, 2007).

Pecahnya selaput ketuban sebelum inpartu, yaitu bila pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5cm (Muchtar, 1998; h. 255). Menurut Wiknjosastro, Saifuddin, Rachimhadhi (2005; h. 30) apabila ketuban pecah sebelum mencapai

pembukaan 5 cm disebut ketuban pecah dini. Menurut Medina (2006) ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum onset persalinan. Kejadian terbanyak terjadi pada kehamilan mendekati aterm, tetapi terkadang pecah sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu yang disebut dengan KPD kurang bulan.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka dapat diambil kesimpulan bahwa Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan suatu komplikasi kehamilan berupa pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda persalinan atau pembukaan 3cm pada primipara dan 5 cm pada multipara tanpa melihat usia gestasi dan setelah kurang lebih ditunggu 1 jam tetap tidak menunjukkan tanda-tanda persalinan.

b. Etiologi ketuban pecah dini.

Penyebab terjadinya KPD belum dapat ditentukan secara pasti. Adapun beberapa kemungkinan yang dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini antara lain;

1. Serviks inkompetensi

Serviks inkompeten merupakan kelainan pada serviks uteri yang dapat diakibatkan oleh trauma persalinan ataupun curetage ditandai kanalis servikalis selalu terbuka. Dilatasi serviks diikuti penggelembungan selaput ketuban ke dalam vagina, yang kemudian pecah dan terjadi pengeluaran janin yang tidak matur (Sinclair, 2010; h. 86). Kanalis servikalis yang terbuka pada serviks inkompeten tidak disertai nyeri perut, yang membedakannya dengan abortus insipien (Graber, Tort dan Herting, 2006; h. 368).

2. Serviks konisasi/ menjadi pendek (Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 456),

3. Multipara,
Paritas tinggi berisiko solusio plasenta (Chalik, 2008; h.505).

4. Primipara usia lanjut
Ibu yang pertama kali hamil usia lebih dari 35 tahun (primipara tua) dapat menyebabkan KPD (Manuaba IAC, Manuaba IBG, Manuaba BG, 2010; h. 285). Hal tersebut dapat berkaitan dengan infertilitas ataupun usia ibu yang merupakan risiko tinggi.

5. Kelainan letak dan disproporsi sefalopelvik (CPD)

Kelainan letak mengakibatkan tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap selaput ketuban bagian bawah, sehingga dapat mengakibatkan pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya (Nugroho, 2006; h.2). Selain kelainan letak berupa letak sungsang maupun lintang, CPD atau ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu, ataupun bagian terendah janin belum masuk PAP juga dapat mengakibatkan KPD (Manuaba IAC, Manuaba IBG, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 456).

6. Faktor obstetrik

Kehamilan ganda dan polihidramnion menyebabkan terjadi peningkatan tekanan intrauterin berlebihan / overdistensi uterus yang dapat menyebabkan KPD. Hal tersebut disebabkan selaput ketuban teregang berlebih dan menyebabkan terjadi kontraksi

dini sehingga mudah pecah dan mengeluarkan cairan ketuban (Manuaba IAC, Manuaba IBGF, dan Manuaba IBG, 2009; h. 119).

7. Kadar ion tembaga (Cu) dan vitamin C rendah

Rendahnya kadar ion Cu, asam askorbat / vitamin C merupakan faktor risiko terjadinya KPD (Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 456). Vitamin C merupakan komponen kolagen yang menyusun selaput ketuban. Kekurangan vitamin C dan tembaga berakibat pertumbuhan struktur abnormal dapat dikarenakan merokok (Soewarto, 2008; h. 678),

8. Pengaruh dari luar yang melemahkan ketuban (infeksi genitalia)

Infeksi genitalia memiliki dampak berbeda pada kehamilan tergantung penyebab, lama infeksi, dan usia kehamilan saat terinfeksi (Daili, 2008; h. 923). Infeksi genitalia meliputi Gonoroe, Trikomoniasis, Vaginosis Bakterial dan lainnya, yang dapat menular melalui hubungan seksual. Menurut Brunham, Holmes, Embree (1990) dalam Bobak (2005; h. 673), infeksi gonore menyebabkan kelahiran prematur, ruptur membran lama atau prematur, dan korioamnionitis. Gejala berupa sering berkemih, rasa terbakar saat berkemih, nyeri tekan servik, rabas purulen hijau-kuning, perdarahan pasca coitus (Bobak, 2005; h. 673).

Trikomoniasis menunjukkan gejala meliputi keputihan, gatal, dan iritasi. Tanda adanya infeksi trikomoniasis meliputi duh tubuh vagina, bau, dan edema atau eritema. Apabila ditemukan pada trimester kedua dapat mengakibatkan KPD, bayi berat lahir rendah (BBLR), dan abortus. Vaginosis bakterial dapat

menunjukkan gejala sekret vagina amis, tidak menggumpal, abu-abu keputihan, tipis, dan pH vagina $>4,5$ (Daili, 2008; h. 927-928).

9. Keletihan karena bekerja berat

Pekerjaan yang melibatkan aktivitas fisik seperti mengangkat bahan berat, bekerja dalam waktu lama, bekerja dalam shift, perjalanan ke kantor jauh maupun berada dengan posisi sama (misal duduk) dalam waktu lama dapat menimbulkan keletihan (Sinclair, 2010; Varney, 2008; Caroline, 2009). Menurut Caroline (2009) kondisi terlalu lelah dapat memicu kontraksi dini yang dapat menyebabkan terjadinya KPD dan kelahiran prematur. Hubungan yang signifikan telah ditemukan antara keletihan karena bekerja dan peningkatan risiko KPD sebelum cukup bulan di antara wanita nulipara (Varney, 2008; h. 784 dan 788).

c. Faktor predisposisi ketuban pecah dini

Keadaan-keadaan lain yang dapat menimbulkan terjadinya ketuban pecah dini antara lain;

1. Diabetes Melitus (DM)

Kejadian polihidramnion terjadi 10 kali lebih sering pada kehamilan ibu yang mengalami DM dibandingkan yang tidak mengalami DM. Polidramnion yang menyebabkan overdistensi uterus, dapat meningkatkan risiko terjadinya KPD, persalinan prematur dan perdarahan pasca persalinan (Bobak, 2005; h. 703).

2. Riwayat kelahiran preterm sebelumnya

Apabila ibu pernah mengalami kelahiran preterm pada kehamilan dapat berulang pada kehamilan ini, hal tersebut

merupakan faktor risiko terjadinya ketuban pecah dini (Guinn dkk, 1995 dalam Cunningham et al, 2006; h. 781).

3. Hubungan seksual / coitus

Hubungan seksual dapat menjadi jalan penularan (transmisi) infeksi genitalia yang merupakan faktor predisposisi KPD (Varney, 2008; Sinclair, 2010). Selain itu prostaglandin yang terdapat dalam cairan semen dapat menyebabkan iritabilitas uterus (Varney, 2008; h. 784). Prostaglandin dapat menyebabkan terjadinya kontraksi uterus (Cunningham et al, 2006; h. 299). Kontraksi menyebabkan selaput ketuban teregang, peregangan yang terus menerus menyebabkan selaput ketuban pecah.

4. Status sosial ekonomi yang rendah, merokok

Status ekonomi rendah menyebabkan pemenuhan nutrisi menjadi kurang sehingga dapat menyebabkan KPD. Merokok selama hamil dapat menyebabkan berat badan lahir rendah (BBLR), prematuritas, kelainan kongenital dan solusio plasenta (Sinclair, 2010; Soewarto, 2008).

5. Malnutrisi

Malnutrisi dapat berupa kekurangan nutrisi maupun kelebihan. Nutrisi yang kurang nampak dari berat badan rendah, normalnya ibu hamil mengalami kenaikan berat badan 10-12 kg dari sebelum hamil. Kelebihan nutrisi disimpan dalam bentuk lemak atau peningkatan berat badan. Berat badan berlebih dapat menimbulkan DM atau polihidramnion (Manuaba IBG, Manuaba

IAC, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 156). Malnutrisi merupakan faktor risiko terjadinya KPD (Sinclair, 2010; h. 133).

6. Infeksi malaria

Penyakit malaria pada kehamilan dapat menyebabkan anemia, perdarahan, abortus, BBLR, dan prematur (Surya, 2008; h. 912).

7. Anemia selama kehamilan

Anemia terjadi karena kekurangan zat besi, selain itu anemia selama kehamilan merupakan cerminan kondisi sosial ekonomi. Keadaan tidak anemia apabila kadar Hb dalam darah adalah 11 g% (g/dl). Gejala anemia antara lain; cepat lelah, sering pusing, dan mata berkunang-kunang. Pengaruhnya pada kehamilan dan janin meliputi abortus, perdarahan antepartum, KPD, prematuritas, mudah terjadi infeksi, BBLR (Manuaba IAC, Manuaba IBGF, Manuaba IBG, 2010; h. 237-240).

8. Hipertensi kronik dalam kehamilan

Hipertensi yang timbul sebelum kehamilan atau < 20 minggu usia kehamilan merupakan hipertensi kronik, yang dapat menyebabkan solusio plasenta (Angsar, 2008; h. 556).

9. Perdarahan, solusio plasenta (Major dkk, 1995 dalam Cunningham et al, 2006; h. 781).

Menurut Chalik (2008) dalam Prawirohardjo (2008; h. 502, 505 dan 509) solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari implantasi yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum anak lahir, ditandai dengan perdarahan pervaginam, nyeri dan his terus menerus.

Kontraksi uterus diikuti pecahnya selaput ketuban dan pengeluaran cairan ketuban. Faktor risiko terjadi solusio plasenta adalah KPD preterm, merokok, preeklampsia dan hipertensi kronik. Menurut Wiknjosastro (2005; h. 42) selaput ketuban pada solusio plasenta terus menerus tegang dan menonjol disebabkan perdarahan retroplasenta. Penyebab perdarahan pervaginam dapat menimbulkan KPD belum diketahui secara pasti. Kemungkinan karena perdarahan pada lapisan desidua disertai gumpalan darah beku mengurangi suplai nutrisi ke selaput ketuban. Selaput ketuban menjadi tipis dan mudah pecah, bagian selaput yang paling rapuh kemudian pecah dan terjadinya pengeluaran cairan ketuban (Reece dan Hobbins, 2007; p. 1137).

10. Stres selama hamil

Keadaan stres pada ibu hamil dapat menyebabkan kadar CRH meningkat yang memicu persalinan prematur (Anonim, 2012).

10. Riwayat infertilitas (Manuaba, 2010; h. 285)

Infertilitas dapat disebabkan oleh kebiasaan merokok, minum-minuman beralkohol, dan obesitas.

11. Ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya.

Ketuban pecah dini akan mengalami kekambuhan sekitar 21-32% pada kehamilan berikutnya (Svigos et al, 1999) dalam (Fraser D dan Copper M, 2009; h. 310).

d. Patofisiologi ketuban pecah dini.

Selaput ketuban terdiri atas beberapa sel epitel, sel mesenkim, dan sel trofoblas yang terikat erat dalam matrix kolagen. Pada kehamilan muda selaput ketuban sangat kuat, dan mudah pecah pada trimester tiga. Pecahnya selaput ketuban disebabkan karena adanya kontraksi uterus serta peregangan berulang. Kejadian pecahnya ketuban secara dini berkaitan dengan perubahan proses biokimia matrix kolagen extraselular amnion, korion, dan apoptosis membran janin. Membran janin dan desidua bereaksi terhadap stimulasi seperti prostaglandin, sitokinin, dan protein hormon yang merangsang aktivitas enzim degradasi matrix (Soewarto, 2008; h. 677-678).

Pecahnya selaput ketuban dikarenakan pada bagian tertentu terjadi perubahan biokimia sehingga selaput ketuban inferior rapuh. Adanya perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan mengakibatkan selaput ketuban pecah. Ketuban pecah dini preterm disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. Ketuban pecah dini sering terjadi pada polihidramnion, inkompeten serviks, dan solusio plasenta (Soewarto, 2008; h. 678).

e. Tanda dan gejala ketuban pecah dini.

Ketuban pecah dini ditandai dengan semburan cairan yang besar dari jalan lahir. Gejala yang biasa diperhatikan yaitu keluarnya sedikit cairan secara terus menerus berupa cairan jernih, keruh, berwarna kuning ataupun hijau. Terdapat perasaan basah pada celana dalam (Varney, 2008; h. 789). Pemeriksaan pH cairan ketuban yaitu 7,1-7,3

(Soewarto, 2008; h. 679). Menurut Saifuddin (2002; h. M-113) KPD ditandai dengan keluarnya cairan secara tiba-tiba yang terlihat di introitus vagina serta tidak diikuti kontraksi dalam waktu 1 jam

Cairan amnion memiliki bau apek khas, yang dapat membedakannya dari urin (Varney, 2008; h. 789). Apabila terdapat tanda demam (suhu $>38^{\circ}\text{C}$), takikardia janin (DJJ >160 x/menit), sekret atau pus pada cairan ketuban yang sangat bau maka telah terjadi infeksi intra uterin/ khorioamnionitis (Varney, 2008; h. 791).

f. Diagnosa ketuban pecah dini.

Pecahnya selaput ketuban akan lebih mudah didiagnosa apabila banyak cairan vagina yang mengalir keluar. Sedangkan apabila sedikit, penentuan diagnosa memiliki sedikit keraguan untuk membedakannya dari cairan lain (Oxorn dan Forte, 2010; h. 595).

Penegakkan diagnosis yang dilakukan harus dengan menggunakan cara yang tidak meningkatkan risiko terjadinya infeksi. Adapun cara yang digunakan untuk menegakkan diagnosis ketuban pecah dini menurut Varney (2008; h. 789) adalah sebagai berikut;

1. Riwayat

- a) Jumlah cairan yang keluar: pecahnya selaput ketuban biasanya ditandai dengan adanya semburan cairan yang besar diikuti dengan pengeluaran cairan yang terus menerus.
- b) Ketidakmampuan mengendalikan pengeluaran cairan dengan latihan kegel dapat digunakan untuk membedakan antara KPD dan inkontinensia urin.
- c) Waktu terjadinya selaput ketuban pecah.

- d) Warna cairan amnion dapat terlihat jernih atau keruh, apabila cairan amnion bercampur dengan mekonium dapat menyebabkan cairan amnion berwarna kuning atau hijau.
- e) Cairan amnion memiliki bau yang khas, sehingga membedakannya dari urin.
- f) Hubungan seksual terakhir, untuk dapat membedakan antara cairan semen yang keluar dari vagina dengan cairan amnion.

2. Pemeriksaan spekulum steril

- a) Inspeksi tanda-tanda pengeluaran cairan di genetalia eksterna
- b) Melihat serviks untuk mengetahui aliran cairan dari orifisium
- c) Melihat genangan cairan amnion di forniks vagina
- d) Apabila tidak terlihat cairan amnion, pasien diminta untuk mengejan.
- e) Mengobservasi cairan yang keluar untuk melihat lanugo atau verniks kaseosa jika usia kehamilan lebih dari 32 minggu.
- f) Visualisasi serviks untuk menentukan dilatasi jika pemeriksaan dalam tidak akan dilakukan serta untuk mendeteksi prolaps tali pusat.

g. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan antara lain

1) Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG pada trimester II dan III berguna untuk menentukan usia kehamilan, evaluasi pertumbuhan janin, kehamilan kembar, kelainan volume cairan amnion, KPD atau persalinan preterm, presentasi janin, plasenta previa, solusio

plasenta, kehamilan mola, kelainan kromosomal apabila usia ibu di atas 35 tahun atau hasil tes biokimiawi abnormal (Karsono, 2008; h. 252). Usia kehamilan dapat diketahui melalui USG dengan cara melakukan pengukuran pada bagian anatomi janin misalnya diameter biparetal, panjang femur, dan panjang humerus (Karsono, 2008; h. 258).

- 2) Pemeriksaan leukosit darah perlu dilakukan, leukosit $>15.000\text{mm}^3$ merupakan tanda terjadinya infeksi (Soewarto, 2008; h. 680)
- 3) Pemeriksaan mikroskop, menggunakan uji pakis / fern test (Varney, 2009; h. 789).
- 4) Pemeriksaan pH vagina 4,5 sedangkan pH cairan ketuban 7,1-7,3 (Soewarto, 2008; h. 679).
- 5) Uji kertas nitrazin (kertas lakmus)

Kertas nitrazin akan berubah warna apabila terkena bahan alkali atau basa, cairan amnion bersifat alkali. Uji kertas nitrazin dinilai positif apabila kertas lakmus berwarna mustard emas berubah warna menjadi biru gelap setelah ditempelkan ke cairan yang keluar dari vagina. Apabila kertas berwarna merah, maka menunjukkan cairan tersebut adalah urin (Varney, 2008; h. 789).

h. Komplikasi

Menurut pendapat Varney (2008; h. 788) kemungkinan komplikasi akibat KPD antara lain persalinan dan kelahiran prematur, infeksi intra uteri, dan kompresi tali pusat akibat prolaps tali pusat atau oligohidramnion. Bahaya terbesar yang dapat terjadi pada janin

adalah persalinan prematur khususnya sindrom gawat nafas (Sinclair, 2010; h. 133).

Komplikasi Ketuban pecah dini (Oxorn dan Forte, 2010, h. 593) adalah sebagai berikut;

1. Prematuritas

2. Infeksi

Infeksi merupakan penyebab kematian janin yang paling utama. Semakin lama periode laten meningkatkan risiko insidensi infeksi.

3. Malpresentasi

Kelainan presentasi yang sering terjadi adalah bokong.

4. Prolapsus funiculi, kompresi tali pusat (Sinclair, 2010; h.133)

5. Kematian perinatal

Bayi dapat mengalami lahir mati (Sinclair, 2010; h.133).

6. Oligohidramnion serta perdarahan antepartum primer (Fraser D dan Copper M, 2009; h. 310).

7. Plasenta tertahan/retensio plasenta, abrupsio plasenta, perdarahan postpartum, endometritis (Sinclair, 2010; h. 133).

8. Masalah psikososial karena kondisi janin yang tidak pasti dan hospitalisasi yang lama (Fraser D dan Copper M, 2009; h. 310).

9. Persalinan dengan seksio sesaria apabila induksi persalinan gagal dilakukan (Sinclair, 2010; h. 133).

i. Penatalaksanaan

Ketuban pecah dini dapat menyebabkan persalinan prematur dan infeksi yang berpengaruh pada ibu dan janin. Penatalaksanaan KPD harus dilakukan dengan rinci dengan tujuan menurunkan kejadian

prematurn dan infeksi (Manuaba IAC, Manuaba IBG, Manuaba BG, 2010; h. 284). Sebagai pencegahan maupun penanganan infeksi dapat dilakukan pemberian antibiotik untuk wanita yang mengalami KPD selama seminggu atau lebih dapat mengurangi angka khorioamnionitis klinis maupun neonatus (Varney, 2008; h. 791).

Bayi yang lahir prematur cenderung memiliki berat badan rendah, serta risiko terjadinya komplikasi akibat belum matangnya organ-organ tubuh. Oleh karena itu, pada KPD preterm dilakukan upaya untuk menunda persalinan sampai mendekati aterm. Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF (2007; h. 460) menyatakan terdapat lima kriteria dalam upaya menunda persalinan meliputi:

1. Usia kehamilan kurang dari 26 minggu

Pada kehamilan ini sulit dilakukan upaya untuk mempertahankan kehamilan sampai aterm. Bayi dengan usia kehamilan kurang dari 26 minggu akan sulit hidup di luar kandungan.

2. Usia kehamilan 26 – 31 minggu

Pertolongan persalinan dengan berat badan janin kurang dari 2000 gram dianjurkan untuk dilakukan melalui seksio sesaria.

3. Usia kehamilan 31 – 34 minggu

Amniosentesis dilakukan untuk menilai kematangan paru, berat badan janin umumnya sudah mencapai 2000 gram sehingga memperbesar kemungkinan janin untuk hidup.

4. Usia kehamilan 34 – 36 minggu

Berat badan janin sudah cukup baik sehingga dapat langsung dilakukan induksi persalinan ataupun seksio sesaria.

5. Usia kehamilan 37 minggu

Janin sudah dianggap aterm dan dapat hidup di luar kandungan.

Tabel 2.1: penatalaksanaan ketuban pecah dini

KETUBAN PECAH			
< 37 MINGGU		≥ 37 MINGGU	
Infeksi	Tidak ada infeksi	Infeksi	Tidak ada infeksi
Berikan penisilin, gentamisin dan metronidazol	Amoksisilin + Eritromisin untuk 7 hari	Berikan penisilin, gentamisin dan metronidazol	Lahirkan bayi
Lahirkan bayi	Steroid untuk pematangan paru	Lahirkan bayi	Berikan penisilin atau ampicilin
ANTIBIOTIKA SETELAH PERSALINAN			
Profilaksis	Infeksi	Tidak ada infeksi	
Stop antibiotik	Lanjutkan untuk 24-48 jam setelah bebas panas	Tidak perlu antibiotik	

Sumber (Saifudin dkk, 2006; h. 220)

Adapun penatalaksanaan ketuban pecah dini dibagi menjadi dua yaitu;

a) Ketuban pecah dini pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu

Penanganan yang dilakukan berupa perawatan konservatif selama tidak ada tanda infeksi maupun gawat janin (Oxorn dan Forte, 2010; h. 597). Selama perawatan dilakukan pemantauan terhadap suhu, denyut nadi, dan DJJ dapat diperiksa setiap 4 jam. Apabila suhu $>38^{\circ}\text{C}$, DJJ $>160\text{x}/\text{menit}$ merupakan tanda telah terjadi infeksi. Penghitungan sel darah putih dilakukan setiap hari atau dua hari sekali (Varney, 2008; h. 791). Jumlah leukosit $>15.000/\text{mm}^3$ merupakan tanda adanya infeksi (Soewarto, 2008; h. 680).

Pemberian antibiotik bertujuan untuk memperpanjang kehamilan, menurunkan kejadian infeksi intrauterin dan neonatal, sindrom gawat nafas serta kematian neonatal karena infeksi. Antibiotik yang dapat diberikan adalah amoksisilin dan eritromisin (Saifudin dkk, 2006; h.

220). Apabila tidak ada tanda inpartu ataupun infeksi maka dapat diberikan deksametason serta mengobservasi kesejahteraan janin. Apabila sudah inpartu serta tidak ada tanda infeksi dapat diberikan obat-obatan tokolitik (salbutamol), deksametason serta melakukan induksi sesudah 24 jam (Soewarto, 2008; h. 680). Apabila terdapat tanda infeksi dapat diberikan antibiotik ataupun apabila paru-paru telah matang dapat dilakukan persalinan (Saifudin dkk, 2006; h. 220). Kehamilan 32-37 minggu dapat diberikan kortikosteroid untuk mencapai kematangan paru-paru janin berupa betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama dua hari, deksametason 6 mg secara IM setiap 12 jam sebanyak 4 kali (Soewarto, 2008; Sinclair, 2010).

Pemeriksaan dalam harus dikurangi, karena risiko infeksi intrauterin meningkat apabila sering dilakukan pemeriksaan dalam. Wanita yang mengalami KPD harus diurus sesuai kebutuhan sampai tiba waktu persalinan (Varney, 2008; h.791-792).

b) Ketuban pecah dini pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu.

Penanganan yang dilakukan berupa tindakan aktif yaitu dengan mengakhiri kehamilan melalui persalinan pervaginam dengan induksi apabila gagal maka dilakukan seksio sesaria. Apabila serviks belum matang, dapat diberikan misoprostol 25 µg – 50 µg intravaginal setiap 6 jam maksimal pemberian adalah 4 kali (Soewarto, 2008; h. 680).

Pelaksanaan induksi persalinan dilakukan dengan mempertimbangkan kematangan servik melalui penilaian skor bishop. Apabila skor bishop <5 melakukan pematangan serviks kemudian induksi persalinan apabila tidak berhasil dilakukan seksio sesaria

untuk mengakhiri kehamilan. Apabila skor bishop lebih dari 5 induksi persalinan akan cenderung berhasil (Soewarto, 2008; h. 680).

Tabel 2.2 : skor bishop

Skor	Faktor				
	Dilatasi (cm)	Effacemen (%)	Station	Konsistensi serviks	Posisi servik
0	Tertutup	0-30	-3	Keras	Posterior
1	1-2	40-50	-2	Sedang	Tengah
2	3-4	60-70	-1, 0	Lunak	Anterior
3	≥ 5	≥ 80	+1, +2	-	-

Sumber, Cunningham et al, 2006; h. 517

Menurut Liu (2008; h.182) induksi persalinan ditujukan untuk memulai kontraksi uterus sehingga dapat mencapai persalinan pervaginam. Hal tersebut tidak dapat dilakukan pada plasenta previa, CPD, riwayat bedah sesar (Liu, 2008; h. 183), riwayat obstetri buruk, grandemultipara (Manuaba IAC, Manuaba IBG, Manuaba BG, 2010; h. 285), hidrosefalus, malpresentasi, distres janin (Cunningham et al, 2006; h. 515). Apabila ditemukan hal tersebut maka kehamilan diakhiri melalui seksio sesaria (Manuaba IAC, Manuaba IBG, Manuaba BG, 2010; h. 285).

Risiko dari induksi persalinan yaitu kegagalan induksi karena tidak ada aktivitas uterus untuk berkontraksi efektif atau tidak dapat dipertahankan (Liu, 2010; h. 190). Penyebab kegagalan induksi yang lain meliputi kelainan letak kepala, distres janin, ruptur uteri iminen, serta setelah dilakukan induksi ternyata ibu mengalami CPD (Manuaba IAC, Manuaba IBG, Manuaba BG, 2010; h. 285). Menurut Karkata (2008; h. 524) pada persalinan yang terjadi karena induksi ibu dapat mengalami perdarahan pasca persalinan, hal tersebut disebabkan karena persalinan menjadi berlangsung lebih cepat dari seharusnya sehingga kontraksi lemah.

Indikasi dilakukan induksi persalinan pada ketuban pecah dini (Manuaba IAC, Manuaba IBGF, Manuaba IBG, 2009; h. 121)

- 1) Pertimbangan waktu dan berat janin dalam rahim
- 2) Terdapat tanda infeksi intrauterin

Suhu meningkat $>38^{\circ}\text{C}$ dan terdapat tanda infeksi melalui pemeriksaan laboratorium.

Menurut Manuaba IAC, Manuaba IBGF, dan Manuaba IBG (2010; h. 454) cara melakukan induksi persalinan dengan infus oksitosin yaitu infus dextrosa 5 % ditambah 5 unit oksitosin, mulai dari 8 tetes/menit penilaian dilakukan setelah 15 menit apabila tidak terdapat his/kontraksi adekuat ditambah 4 tetes maksimal 40 tetes/menit. Apabila sebelum tetesan ke 40 sudah timbul kontraksi yang adekuat, maka tetesan terakhir dipertahankan sampai persalinan. Menurut Wiknjosastro (2005; h. 76) infus oksitosin dipertahankan sampai 1 jam setelah plasenta lahir.

Menurut Wiknjosastro (2005; h. 76) selama induksi persalinan dilakukan pemantauan terhadap kemungkinan timbul tetania uteri (kontraksi yang sangat kuat), tanda-tanda ruptur uteri membakat, maupun gawat janin. Evaluasi kemajuan persalinan dapat dilakukan dengan periksa dalam apabila his telah kuat dan adekuat. Menurut Wiknjosastro (2005; h. 54) pada infus oksitosin apabila terjadi kontraksi hipertonic atau sangat kerap maka relaksasi uterus terganggu yang berarti penyaluran arus darah uterus mengalami kelainan dan dapat terjadi gawat janin.

Penatalaksanaan KPD yang merupakan kewenangan bidan yaitu;

(a) Penatalaksanaan kegawatdaruratan disertai dengan rujukan

Apabila terjadi pengeluaran cairan ketuban tanpa diikuti kontraksi satu jam setelah cairan ketuban keluar khususnya kehamilan preterm, bidan berkolaborasi dengan dokter untuk melakukan rujukan ke rumah sakit yang memiliki penanganan neonatal (Henderson, Macdonald, 2004; p. 856). Bidan dapat melakukan penilaian awal terhadap infeksi meliputi pengukuran suhu tubuh serta DJJ. Suhu $>38^{\circ}\text{C}$ dan DJJ $>160\text{x}/\text{menit}$ merupakan tanda infeksi (Varney, 2008; h. 791).

(b) Pemantauan keadaan ibu dan janin

Selama di rumah sakit bidan melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu dan janin, aktivitas ataupun kontraksi uterus, serta pengeluaran cairan ketuban ataupun perdarahan (Henderson, Macdonald, 2004; p. 856). Bidan dapat melakukan pemantauan untuk mendeteksi kemungkinan infeksi meliputi pengukuran suhu tubuh serta DJJ. Pemantauan suhu dan DJJ tersebut dilakukan setidaknya dua kali dalam sehari. Apabila terjadi abnormalitas takikardi, DJJ tidak normal, nadi cepat bidan hendaknya melakukan kolaborasi dengan dokter obsgin (Henderson, Macdonald, 2004; p. 856).

(c) Penyuluhan dan konseling

Bidan dapat memberikan konseling kepada keluarga tentang kemungkinan bayi akan lahir prematur. Keluarga dengan ibu yang mengalami ketuban pecah dini akan cenderung merasakan kekhawatiran karena keadaan bayi yang tidak pasti dan hospitalisasi

yang lama (Fraser dan Copper, 2009). Penyuluhan yang dapat diberikan berupa anjuran tirah baring, makan makanan bergizi.

(d) Konsultasi maupun kolaborasi

Penilaian infeksi juga dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan terhadap darah. Bidan dapat melakukan kolaborasi dengan pihak laboratorium untuk melakukan pemeriksaan terhadap kadar leukosit. Tindakan yang dilakukan bidan di rumah sakit adalah dengan berkonsultasi maupun kolaborasi dengan dokter untuk asuhan yang diberikan pada pasien, tergantung dari kondisi pasien. Kolaborasi dan konsultasi yang dilakukan pada KPD dapat berupa pemberian terapi dexametason, betametason, antibiotik, maupun tindakan terminasi kehamilan (Henderson, Macdonald, 2004; p. 856).

3. Prosedur Tetap Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata.

a. Konservatif

- 1) Rawat di rumah sakit.
- 2) Bersih lingkungan, bersih penderita, dan bersih penolong.
- 3) Lakukan anamnesa secara cermat.
- 4) Pemberian antibiotika.
- 5) Jika usia kehamilan < 32-34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar/sampai air ketuban tidak keluar.
- 6) Jika umur kehamilan 32-37 minggu belum inpartu, tidak ada tanda infeksi, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin.
- 7) Jika umur kehamilan 32-37 minggu sudah inpartu beri tokolitik dan induksi sesudah 24 jam.

- 8) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterin).
- 9) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid untuk mematangkan paru janin.

b. Aktif

- 1) Kehamilan >37 minggu, induksi oksitosin, bila gagal lakukan seksio sesarea
- 2) Bila ada tanda-tanda infeksi, beri antibiotika, dosis tinggi, dan persalinan diakhiri.
- 3) Bila skor pelvik <5 lakukan pematangan lalu induksi, bila tidak berhasil lakukan seksio sesaria.
- 4) Bila skor pelvik >5 induksi persalinan partus pervaginam

B. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN

1. Manajemen Kebidanan Varney

Pemberian pelayanan kebidanan yang komprehensif, aman dan nyaman merupakan tujuan dari pelaksanaan pelayanan kebidanan. Sebagai upaya mencapai tujuan tersebut maka diperlukan struktur yang dijadikan pedoman dalam melaksanakan tindakan, yang disusun dalam langkah-langkah manajemen kebidanan yang diusulkan oleh Varney. Adapun manajemen kebidanan menurut Varney (1997) antara lain;

a. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Pengumpulan data dasar dilakukan dengan melakukan pengkajian. Semua data yang diperlukan harus lengkap yang meliputi

riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, data laboratorium maupun rekam medis. Semua informasi yang berkaitan dengan kondisi pasien dikumpulkan, yang dapat diperoleh dari pasien maupun keluarga. Apabila setelah dilakukan pengkajian ditemukan komplikasi dapat dilakukan konsultasi maupun kolaborasi dengan dokter (Varney, 2007; h. 71).

b. Langkah II : Interpretasi data dasar

Setelah semua data yang diperlukan terkumpul, maka dapat dilakukan identifikasi untuk menentukan masalah ataupun kebutuhan pasien berdasarkan interpretasi atas dasar data-data yang telah dikumpulkan. Interpretasi data dilakukan untuk mengetahui diagnosa keadaan pasien yang sebenarnya (Varney, 2007; h. 71).

Diagnosa yang ditetapkan dalam praktik kebidanan harus memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan. Standar Nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah (Muslihatun, Mufdlilah, Setiyawati, 2009; h. 115);

1. Diakui dan disyahkan oleh profesi
2. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
3. Memiliki ciri khas kebidanan
4. Didukung oleh *Clinical Judgenment* dalam praktik kebidanan
5. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

c. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial.

Pada langkah ini, bidan menentukan masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini diperlukan adanya antisipasi dan

pencegahan, sambil mengamati kondisi pasien dan bersiap-siap apabila diagnosa potensial benar-benar terjadi (Varney, 2007; h. 27).

- d. Langkah IV: Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Bidan atau dokter mengidentifikasi perlunya tindakan segera, konsultasi maupun kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien. Pada langkah empat dapat dikumpulkan data baru untuk mengetahui situasi gawat sehingga dapat dilakukan penanganan untuk menyelamatkan ibu dan janin. Data yang dikumpulkan dapat menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sedangkan yang lain, harus menunggu intervensi dokter (Varney, 2007; h. 27).

- e. Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Langkah ini merupakan kelanjutan dari manajemen terhadap diagnosis yang telah ditemukan. Perencanaan asuhan kebidanan harus dilakukan secara menyeluruh, tidak hanya berupa penanganan terhadap masalah yang sudah ditemukan tetapi juga kemungkinan masalah yang akan muncul. Informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi pada langkah ini (Varney, 2007; h. 28).

Setiap perencanaan asuhan yang dilakukan harus berdasarkan persetujuan tindakan yang akan dilakukan bersama – sama antara bidan dan pasien. Keputusan yang diambil harus berdasarkan kebutuhan pasien, serta teori yang benar, rasional dan memadai agar menghasilkan asuhan yang tidak membahayakan keadaan klien (Muslihatun, Mufdlilah, Setiyawati, 2009; h. 118).

f. Langkah VI : Pelaksanaan rencana tindakan.

Pada langkah ini, perencanaan yang telah ditentukan akan dilaksanakan secara efisien dan aman. Pelaksanaan rencana asuhan kebidanan dilakukan secara mandiri, konsultasi maupun kolaborasi. Tindakan asuhan kebidanan yang perlu kolaborasi dengan dokter dalam menangani komplikasi, bidan tetap memiliki tanggung jawab terhadap terlaksananya pelaksanaan asuhan yang menyeluruh. Pelaksanaan tindakan yang efisien menghemat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu asuhan pelayanan (Varney, 2007; h. 28).

g. Langkah VII: Evaluasi

Langkah ini merupakan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan kebutuhan klien yang telah teridentifikasi. Rencana asuhan pelayanan dapat dianggap efektif apabila pelaksanaan asuhan dilakukan secara efektif pula. Apabila terdapat ketidakefektifan rencana asuhan maupun pelaksanaannya maka asuhan dapat diulang pelaksanaannya (Varney, 2007; h. 28).

2. Metode pendokumentasian SOAP

Pendokumentasian dengan menggunakan SOAP berupa catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Menurut Muflihatun, Mufdlilah, dan Setyawati (2009; h. 91) teknik dokumentasi SOAP terdiri atas data subjektif, objektif, assessment dan planning.

a. Data Subjektif

Merupakan data yang berhubungan dengan masalah dilihat dari sudut pandang pasien. Kekhawatiran dan keluhan pasien dicatat sebagai ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis.

b. Data Objektif

Pendokumentasian yang didapatkan melalui hasil observasi yang jujur, pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan diagnostik lain. Data objektif akan memberikan bukti gejala klinis pasien yang berhubungan dengan diagnosis.

c. Assasment

Hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

d. Planning (perencanaan)

Perencanaan asuhan yang diberikan untuk pasien pada saat ini dan yang akan datang berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data.

3. Tinjauan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

a. Pengkajian

Penentuan diagnosa keadaan pasien dilakukan dengan mengumpulkan data-data yang diperlukan untuk membantu menetapkan diagnosa secara tepat. Data yang dibutuhkan dapat diperoleh dari berbagai sumber diantaranya pasien sendiri, anggota keluarga atau orang terdekat, tenaga kesehatan yang menangani, konsultan, catatan atau rekam medis (Bickley, 2009; h. 4)

Data subjektif

1) Identitas klien.

a) Nama Ibu

Apabila bidan mengetahui nama ibu, maka akan lebih mudah dalam menjalin keakraban. Terutama nama panggilan, sehingga ibu merasa lebih nyaman. Menurut Manuaba IBG,

Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF (2007; h. 159) nama yang merupakan identitas pasien harus jelas, hal tersebut dikarenakan ada kemungkinan beberapa pasien memiliki nama sama tetapi alamat serta nomor teleponnya berbeda.

b) Umur

Kehamilan yang terjadi pada usia di luar batas umur 20-35 tahun merupakan kehamilan risiko tinggi. Apabila umur kurang dari 20 tahun dari segi anatomi tubuh belum sempurna misalnya panggul. Sedangkan di atas 35 tahun cenderung mengalami perdarahan setelah melahirkan (Emilia dan Siswosudarmo, 2008; h. 82). Ibu yang pertama kali hamil dengan usia lebih dari 35 tahun (primipara tua) merupakan salah satu hal yang dapat menyebabkan KPD (Manuaba IAC, Manuaba IBG, Manuaba BG, 2010; h. 285).

c) Pekerjaan

Seorang ibu yang memiliki pekerjaan berat dan membutuhkan banyak waktu untuk mengerjakannya akan cenderung kurang memperhatikan kesehatan diri dan janin. Selain itu pekerjaan berat dapat menimbulkan rasa letih yang berlebih. Kelelahan karena bekerja dapat meningkatkan risiko terjadinya KPD kurang bulan (Varney, 2008; h. 788).

d) Alamat

Alamat dapat digunakan untuk mengetahui tempat tinggal pasien, selain itu dapat digunakan untuk membedakan pasien. Beberapa pasien dapat memiliki nama yang sama tetapi

memiliki umur serta alamat yang berbeda (Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 159).

2) Alasan datang

Menanyakan alasan ibu datang ataupun bidan merujuk ibu ke rumah sakit. Alasan datang pada kejadian ketuban pecah dini berupa adanya pengeluaran cairan dari jalan lahir yang terus menerus serta memiliki bau apek yang khas tanpa ada (Varney, 2008; h. 789). Apabila keluarnya cairan dari jalan lahir tidak disertai dengan adanya keluhan kencing-kencing yang semakin teratur dalam waktu 1 jam, maka dapat dikatakan ibu mengalami ketuban pecah dini (Saifuddin dkk, 2002; h. M-113).

3) Keluhan utama

Mendengarkan perkataan ibu dengan seksama apa yang ibu keluhkan. Keluhan yang dialami ibu dengan KPD berupa pengeluaran sedikit cairan yang terjadi terus menerus (jernih, keruh, kuning, atau hijau) dan terdapat perasaan basah pada celana dalam (Varney, 2008; h. 789). Apabila keluarnya cairan dari jalan lahir tidak disertai dengan adanya keluhan kencing-kencing yang semakin teratur dalam waktu 1 jam, maka dapat dikatakan ibu mengalami KPD (Saifuddin dkk, 2002; h. M-113).

4) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan yang lalu

Berkaitan dengan keadaan kesehatan ibu dahulu terhadap penyakit-penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya KPD meliputi diabetes melitus yang dapat menyebabkan

polihidramnion (Bobak, 2009; h. 703), hipertensi, infeksi malaria, infeksi genitalia, operasi seksio sesaria.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Berkaitan dengan keadaan kesehatan ibu sekarang terhadap penyakit-penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya KPD meliputi diabetes melitus yang dapat menyebabkan polihidramnion, hipertensi, infeksi malaria, infeksi genitalia (Varney, 2008; Manuaba, 2007).

c) Riwayat kesehatan keluarga

Berkaitan dengan keadaan kesehatan keluarga, apakah dalam keluarga ada yang menderita diabetes melitus karena dapat mengakibatkan polihidramnion sehingga terjadi overdistensi uterus yang merupakan salah satu penyebab KPD (Bobak, 2009; h. 703), hipertensi (Angsar, 2008; h. 557), infeksi menular seksual akibat bakteri, adanya keturunan kembar ataupun kelainan genetik yang dapat menyebabkan terjadinya KPD (Varney, 2008; Manuaba, 2007) .

5) Riwayat obstetrik

a) Riwayat Haid

Riwayat haid perlu ditanyakan kepada klien untuk mengetahui kapan berhenti haid. Hari pertama haid terakhir (HPMT) dapat digunakan untuk mengetahui umur kehamilan serta untuk menentukan hari perkiraan lahir (HPL) (Emilia dan Siswosudarmo, 2008; h. 81). Usia kehamilan digunakan untuk menentukan maturitas janin (Oxorn dan Forte, 2010; h. 596).

b) Riwayat Kehamilan, Persalinan, nifas yang lalu

Menurut Cunningham et al (2006; h. 246) dan Wheeler (2004; h. 10), informasi mengenai riwayat obstetri sebelumnya merupakan hal penting karena banyak penyulit yang terjadi pada kehamilan sebelumnya mengalami kekambuhan pada kehamilan berikutnya. Ketuban pecah dini mengalami kekambuhan sekitar 21-32% pada kehamilan berikutnya (Svigos et al, 1999) dalam (Fraser D dan Copper M, 2009; h. 310). Multipara, kelainan letak janin, kehamilan kembar merupakan hal yang dapat menyebabkan KPD (Manuaba IAC, Manuaba IBGF, dan Manuaba IBG, 2009; h. 119). Selain itu untuk mengetahui jumlah kelahiran dan jarak usia anak. Kehamilan dengan jarak <2 tahun ataupun usia anak terkecil >5 tahun merupakan kehamilan dengan risiko tinggi (Manuaba IAC, Manuaba IBGF, Manuaba IBG), 2010; h. 243).

c) Riwayat Kehamilan sekarang

Melalui riwayat kehamilan sekarang dapat diketahui apakah ada hal yang dapat menjadi penyebab terjadinya KPD misalnya kehamilan kembar, polihidramnion, kelainan letak janin (Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 456), perdarahan saat kehamilan (Sinclair, 2010; h. 133).

6) Riwayat perkawinan

Pada seorang primigravida perlu ditanyakan berapa lama kawin. Hal ini dilakukan untuk menentukan apakah fertilitasnya baik atau tidak (Emilia dan Siswosudarmo, 2008; h. 83). Fertilitas

yang tidak baik atau adanya riwayat infertilitas, merupakan salah satu kemungkinan penyebab terjadinya KPD (Manuaba IAC, Manuaba IBG, Manuaba BG, 2010; h. 285).

7) Riwayat kontrasepsi

Seorang ibu yang menggunakan alat kontrasepsi berupa AKDR dan kemudian mengalami kehamilan, memiliki risiko apabila kehamilan dilanjutkan dengan AKDR yang masih terpasang. Risiko yang dapat dialami oleh ibu antara lain; infeksi intrauteri, abortus spontan, plasenta previa, dan persalinan prematur (Varney, 2007; h. 459).

8) Pola pemenuhan kebutuhan sehari – hari

a) Pola nutrisi

Ibu yang kekurangan vitamin C dapat mengalami KPD (Manuaba, 2007; Soewarto, 2008). Vitamin C merupakan komponen kolagen yang merupakan komponen selaput ketuban, kekurangan vitamin C mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Soewarto, 2008; h. 680). Peningkatan berat badan yang kurang serta adanya KEK merupakan tanda terjadinya nutrisi yang buruk (malnutrisi), yang merupakan faktor risiko terjadinya KPD (Sinclair, 2010; h. 132-133). Kelebihan berat badan memungkinkan terjadinya diabetes melitus ataupun polihidramnion, keduanya merupakan faktor risiko terjadinya KPD (Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 456).

b) Pola aktivitas

Seorang ibu hamil yang memiliki pekerjaan yang berat yang menyebabkannya kelelahan, dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya KPD pada ibu hamil (Varney, 2008; h. 788).

c) Pola istirahat

Berisi tentang kebiasaan istirahat ibu berupa tidur siang dan malam yang diukur berdasar jumlah jam. Ada hubungan yang erat antara kelelahan karena bekerja dengan peningkatan angka kejadian terjadinya KPD (Varney, 2008; h. 788).

d) Pola personal higiene

Berisi tentang kebiasaan ibu sehari-hari meliputi mandi, gosok gigi, ganti pakaian serta keramas. Salah satu hal yang dapat menyebabkan terjadinya KPD adalah karena infeksi bakteri misalnya vaginosis bakterial yang menjalar secara asenden karena kebersihan kurang (Varney, 2008; h. 788).

e) Pola seksual

Pola seksual diperlukan untuk mengetahui kapan terakhir kali melakukan hubungan seksual, cairan semen yang keluar dari vagina dapat disalahartikan sebagai cairan amnion (Varney, 2008; h. 789). Hubungan seksual dapat menyebabkan KPD (Manuaba IAC, Manuaba IBGF, dan Manuaba IBG, 2009; h. 119). Pada saat melakukan penetrasi penis ke dalam vagina, bakteri yang terdapat di sekitar vulva dapat masuk kedalam vagina yang dapat mengakibatkan infeksi sehingga selaput ketuban pecah.

9) Psikososial, kultural dan spiritual

a) Psikososial

Keluarga yang kurang harmonis, pekerjaan atau lingkungan dapat menimbulkan stres psikologis. Keadaan stres pada ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya peningkatan kadar CRH (corticotropin releasing hormone) yang dapat memicu persalinan preterm (Anonim, 2012).

b) Kultural

Menurut Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF (2007; h. 456) merokok, minum minuman keras serta sosial ekonomi rendah dapat menyebabkan terjadinya KPD. Efek merokok dapat mempengaruhi berat badan janin dan mengancam kesehatan janin (Wheeler, 2004; h. 12).

c) Spiritual

Ibu yang mengalami KPD akan mengalami kecemasan (Fraser D dan Copper M, 2009; h. 310) sehingga diperlukan dukungan baik mental maupun spiritual.

10) Sosio ekonomi

Keluarga yang memiliki sosial ekonomi yang rendah akan sulit memenuhi kebutuhan nutrisi ibu. Sosial ekonomi yang rendah diduga dapat menjadi penyebab terjadinya KPD (Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 456).

b. Data obyektif

1) Keadaan umum

Keadaan umum pasien dapat diketahui dengan cara mengamati keadaannya yang meliputi postur tubuh, aktivitas motorik, cara berjalan, pakaian, kerapihan dan kebersihan pasien, mulai dari sejak datang untuk melakukan pemeriksaan (Bickley, 2009; h. 10).

2) Tingkat kesadaran

Memperhatikan kesadaran dari klien misalnya baik, koma, dan atau lainnya (Emilia dan Siswosudarmo, 2008; h. 84). Tingkat kesadaran setiap pasien berbeda yang dapat terdiri dari kompos mentis (sadar sepenuhnya), apatis (acuh tak acuh), somnolen, delirium (berteriak-teriak tidak sadar), sopor (kondisi mirip koma), koma (tidak dapat dibangunkan) (Priharjo R, 2007; h. 23). Ibu yang mengalami KPD biasanya masih memiliki kesadaran yang baik.

3) Tanda vital

Hipertensi yang timbul sebelum kehamilan maupun pada usia kehamilan <20 minggu dapat menyebabkan solusio plasenta yang merupakan faktor risiko KPD (Angsar, 2008; h 557). Melalui tanda vital dapat diketahui apakah ibu mengalami infeksi yang disebabkan oleh KPD (khorioamnionitis) ataupun tidak. Suhu tubuh >38°C tanpa disertai penyebab yang jelas merupakan tanda terjadinya Khorioamnionitis (Varney, 2008; h. 791).

4) Berat badan sekarang dan sebelum hamil

Selama hamil ibu akan mengalami penambahan berat badan sekitar 10-12 kg dibanding sebelum hamil (Adriaanz, 2008; h. 286).

Peningkatan berat badan yang berlebih maupun berat badan yang kurang dari batasan tersebut, keduanya memiliki pengaruh terhadap kehamilan. Kenaikan berat badan berlebih dapat memungkinkan terjadinya diabetes melitus dan polihidramnion (Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 456). Nutrisi yang buruk / kurang (Sinclair, 2010; h. 133), polihidramnion serta diabetes melitus dapat menyebabkan terjadinya KPD (Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 456). Peningkatan berat badan yang kurang dari batas normal merupakan salah satu tanda adanya nutrisi yang kurang. Menurut Sinclair (2010; h. 133) nutrisi ibu yang buruk merupakan faktor risiko terjadinya KPD.

5) Tinggi badan

Tinggi badan yang normal yaitu diatas 145 cm, apabila ibu mempunyai tinggi badan kurang dari 145 cm dapat dicurigai ibu mempunyai panggul sempit sehingga tidak dapat melahirkan pervaginam. Panggul yang sempit merupakan salah satu penyebab terjadinya ketuban pecah dini (Varney, 2008; h. 788).

6) Lingkar Lengan (LILA)

Ukuran lingkar lengan yang normal adalah 23,5 cm atau lebih, apabila ibu mempunyai LILA kurang dari 23,5 cm maka dapat dicurigai bahwa ibu mengalami KEK. Ibu yang mengalami KEK, menunjukkan bahwa nutrisinya buruk. Menurut Sinclair (2010; h. 133) nutrisi ibu yang buruk merupakan faktor risiko terjadinya KPD.

7) Status present

a) Wajah

Memeriksa keadaan wajah pasien berupa pemeriksaan pada konjunctiva, kelopak mata, gigi dan lidah. Tujuannya untuk mengetahui gejala anemia yaitu pucat, edema pada wajah yang merupakan tanda preeklampsia, serta kebersihan gusi dan lidah. Anemia selama kehamilan dapat menyebabkan terjadinya abortus, perdarahan post partus, persalinan prematur (Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 162 dan 559).

b) Leher

Pemeriksaan pada leher digunakan untuk menilai bendungan vena jugularis, pembesaran kelenjar limfe maupun kelenjar tiroid (Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 162).

c) Abdomen

Memeriksa bagian abdomen ibu untuk mengetahui pembesaran ada tidaknya bekas operasi sesar, pembesaran hati dan limpa, nyeri tekan. Varney (2008; h. 789) menyatakan palpasi abdomen dapat dilakukan untuk menentukan volume cairan amnion. Berkurangnya cairan ketuban dapat diketahui melalui adanya peningkatan moulage uterus dan dinding abdomen di sekitar janin. Adanya penurunan balotemen setelah ketuban pecah dibandingkan sebelum selaput ketuban pecah.

d) Ekstremitas

Pemeriksaan pada ekstremitas dilakukan untuk mengetahui edema maupun varices (Manuaba IBG, Manuaba IAC, dan Manuaba IBGF, 2007; h. 163).

e) Genitalia

Memeriksa genitalia ibu untuk mengetahui ada tidaknya odema, varices.

8) Status obstetrikus

a. Abdomen

Menurut Winkjosasto H, Saifuddin AB, dan Rachimhadhi T (2007; h. 156) pemeriksaan obstetrik pada abdomen adalah dengan melakukan palpasi menurut Leopold yang dibagi ke dalam empat tahapan yaitu Leopold I, II, III, dan IV. Pada saat akan dilakukan palpasi harus dipastikan kondisi uterus sedang tidak berkontraksi. Sebelum melakukan tindakan palpasi, telapak tangan pemeriksa digosokkan terlebih dahulu agar hangat, sehingga dinding perut tidak tiba-tiba berkontraksi. Pada pemeriksaan Leopold I, II, III pemeriksa menghadap ke arah muka ibu, sedangkan Leopold IV menghadap ke arah kaki. Penjabaran palpasi Leopold I, II, III, IV (Winkjosasto H, Saifuddin AB, dan Rachimhadhi T, 2007; h. 156-158) adalah sebagai berikut:

1. Leopold I

Pemeriksaan Leopold I dimaksudkan untuk menentukan tinggi fundus uteri (TFU) serta bagian janin yang terletak di fundus, selain itu dapat diketahui usia kehamilan dengan cara

membandingkan hari pertama haid terakhir (HPHT) dengan TFU. Apabila tidak sesuai dapat dimungkinkan keadaan patologis. Menurut Manuaba (2007; h. 167) pada fundus apabila teraba bagian bulat, padat, teraba ballotement berarti kepala, sedangkan apabila teraba tidak padat, lunak dan kurang bulat, serta tidak teraba ballotement berarti bokong.

2. Leopold II

Pada Leopold II dapat ditentukan batas samping uterus dan letak punggung janin yang normalnya membujur dari atas ke bawah menghubungkan bokong dengan kepala. Menurut Manuaba (2007; h. 167) pada pemeriksaan apabila teraba bagian rata, sedikit melengkung, serta tidak teraba gerak ekstremitas berarti punggung janin. Sedangkan abdomen janin teraba tidak rata serta dapat teraba gerak ekstremitas janin.

3. Leopold III

Melalui leopold III dapat ditentukan bagian terendah janin. Apabila teraba bagian bulat dan keras berarti kepala, sedangkan apabila lunak dan kurang bulat berarti bokong.

4. Leopold IV

Pemeriksaan leopold IV dilakukan selain untuk mengetahui bagian janin yang terletak di sebelah bawah juga dapat menentukan berapa bagian janin yang sudah masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP). Apabila bagian terendah janin belum masuk PAP dapat teraba ballotement kepala.

Pemeriksaan abdomen dengan menggunakan pita ukur dapat digunakan untuk mengetahui usia kehamilan serta memperkirakan berat badan janin untuk mengetahui apakah bayi telah siap hidup diluar kandungan (Emilia dan Siswosudarmo, 2008). Tinggi fundus uteri yang melebihi usia kehamilan merupakan indikasi terjadinya polihidramnion, dan makrosomia janin yang merupakan faktor risiko KPD (Bobak, 2009; h. 706). Janin dengan badan >2000 gram dapat dilakukan terminasi kehamilan (Manuaba IAC, Manuaba IBGF, dan Manuaba IBG, 2009; h. 121).

Menurut Emilia dan Siswosudarmo (2009; h. 88) apabila TFU sudah ditentukan maka dapat diperkirakan umur kehamilan menggunakan rumus McDonald dan taksiran berat janin (TBJ) menggunakan rumus Jonshon.

a) Umur kehamilan

$$\text{Rumus Mc Donald} = \frac{\text{Tinggi fundus uteri (cm)} \times 8}{7} = \text{umur (minggu)}$$

b) Rumus Jonshon untuk TBJ

Apabila bagian bawah kepala di atas spina ischiadika.

$$\text{TBJ (gram)} = [\text{tinggi fundus (cm)} - 12 \text{ cm}] \times 155$$

Sedangkan jika bagian bawah kepala sudah di bawah spina, TBJ dapat dihitung menggunakan rumus yang sama, hanya TFU dikurangi 11.

Menurut Saifuddin dkk (2006; h. 376) apabila berat badan bayi saat lahir kurang dari 2500 gram maka disebut berat badan lahir rendah (BBLR).

Berdasarkan letak janin dapat didengarkan DJJ dari tempat tertentu (Winkjosasto H, Saifuddin AB, dan Rachimhadhi T, 2007; h. 158). Pemeriksaan DJJ dilakukan setiap 15 menit pada kala satu, dan tiap 3–5 menit pada kala dua persalinan. Frekuensi DJJ normal adalah 120–160 x/menit, DJJ menjadi lambat pada puncak kontraksi dan kembali normal saat his menurun, diluar batas tersebut pada saat tidak ada his menunjukkan fetal distress (Emilia dan Siswosudarmo, 2008; h. 88). Menurut Varney (2008; h. 791) DJJ di atas 160 x/menit, merupakan tanda infeksi.

b. Genitalia

Melihat adanya pengeluaran cairan di genitalia eksterna. Cairan ketuban dapat berwarna jernih, keruh atau hijau (Varney, 2008; h. 789). Semburan cairan ketuban normalnya berwarna jernih, sedikit keruh, hampir tidak berwarna (Keman, 2008; h.306).

c. Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam dilakukan untuk menetapkan apakah ibu sudah memasuki masa persalinan, menetapkan titik awal rencana persalinan, dan ramalan perjalanan persalinan. Indikasi dilakukannya pemeriksaan dalam adalah ketuban pecah sebelum waktunya, evaluasi pembukaan, terjadi indikasi untuk menyelesaikan persalinan atau rencana melakukan rujukan, petunjuk partograf WHO setiap 4 jam (Manuaba IAC, Manuaba IBGF, Manuaba IBG, 2010; h. 177). Menurut (Fraser dan Copper, 2006; Oxorn dan Forte, 2010) bahwa pada kejadian KPD tidak boleh dilakukan pemeriksaan dalam yang terlalu sering.

Pemeriksaan dalam dapat menjadi jalan masuk bagi bakteri untuk menyebabkan infeksi yang juga merupakan penyebab terjadinya KPD maupun komplikasi dari KPD itu sendiri.

9) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada KPD antara lain USG untuk melihat jumlah cairan ketuban, uji pakis, untuk menentukan diagnosa KPD (Varney, 2008; h. 789). Melakukan pemeriksaan pH cairan, cairan ketuban memiliki pH 7,1-7,3. Pemeriksaan leukosit perlu dilakukan. Apabila jumlah leukosit $\geq 15.000/ \text{mm}^3$, merupakan tanda infeksi (Soewarto, 2008; h. 679-680).

Pemeriksaan USG pada kehamilan trimester II dan III dilakukan atas indikasi penentuan usia kehamilan, dugaan kehamilan kembar, evaluasi kesejahteraan janin, KPD, volume cairan ketuban, plasenta previa, solusio plasenta (Karsono, 2008; h. 252). Usia kehamilan dapat diketahui melalui USG dengan melakukan pengukuran pada bagian anatomi janin. Adapun bagian janin yang mudah diukur dan lazim digunakan adalah diameter biparietal (DBP), lingkaran kepala, panjang femur, dan panjang humerus (Karsono, 2008; h. 258).

b. Interpretasi Data

1. Diagnosa

Ny... G... P... A... umur... tahun, umur kehamilan... minggu, janin tunggal hidup intrauteri, presentasi kepala/bokong, punggung kanan/kiri, masuk panggul/belum, point of direction, menumbang/tidak, sarung tangan lendir darah/tidak, dalam persalinan kala... dengan ketuban pecah dini.

Data dasar

Dasar Subyektif

Ibu mengatakan bernama Ny... umur... tahun, hamil... kali, melahirkan...kali, keguguran/belum. Berdasarkan teori ibu yang mengalami KPD akan mengeluh keluar cairan dari jalan lahir dengan bau khas serta ada perasaan basah pada celana dalam (Oxorn dan Forte, 2010; Varney, 2008). Ibu tidak merasakan kenceng-kenceng dalam waktu 1 jam sesudah cairan keluar (Saifudin dkk, 2002; h. M-113).

Hari pertama haid terakhir.

Dasar Obyektif

Berdasarkan teori keadaan ibu yang mengalami KPD antara lain;

- a) Tanda vital : peningkatan suhu tubuh lebih dari 38°C merupakan salah satu tanda infeksi (Varney, 2008; h. 791).
- b) Abdomen : palpasi abdomen apabila terjadi KPD terdapat peningkatan moulage uterus serta balotement yang kurang teraba dibandingkan sebelum pengeluaran cairan ketuban (Varney, 2008; h. 789)
- c) Genitalia : Pada genitalia terlihat cairan amnion keluar, yang dapat berwarna jernih, keruh maupun hijau (Varney, 2008; h. 789). Normalnya pengeluaran cairan ketuban berwarna jernih, sedikit keruh, hampir tidak berwarna (Keman, 2008; h. 306).
- d) Palpasi Leopold :

Leopold I : TFU

teraba lunak, kurang bulat dan tidak melenting

Leopold II : Kanan: teraba panjang, keras dan ada tahanan

Kiri : teraba bagian kecil-kecil dan terputus

Leopold III : teraba keras bulat dan melenting, tidak dapat digoyangkan

Leopold IV: Divergen

e) Auskultasi denyut jantung janin

Denyut jantung janin yang melebihi 160 x/menit menunjukkan telah terjadi infeksi (Varney, 2008).

f) Kontraksi uterus

Kejadian KPD dapat terjadi saat belum ada kontraksi ataupun kontraksi belum teratur.

g) Pemeriksaan dalam:

Menilai adanya pembukaan serviks, penipisan serta cairan ketuban yang keluar apakah berwarna jernih, keruh ataupun hijau. Menurut (Varney, 2008; Fraser dan Copper, 2006) pemeriksaan dalam tidak dapat sering dilakukan, karena akan meningkatkan risiko terjadinya infeksi.

2. Masalah

Varney (2008; h. 792) menyatakan kecemasan dapat terjadi pada ibu dan keluarga yang disebabkan oleh KPD, kecemasan tersebut dikarenakan kondisi janin dan neonatus yang tidak pasti serta perawatan di rumah sakit yang lama (Fraser D dan Copper M, 2009; h. 310).

c. Diagnosa Potensial

Pada ketuban pecah dini potensial terjadi komplikasi misalnya;

1. Infeksi intrauteri

Semakin lama periode laten maka risiko terjadi infeksi semakin besar (Oxorn dan Forte, 2010, h. 593).

2. Gawat janin

Pengeluaran cairan ketuban secara terus menerus dapat mengakibatkan terjadi oligohidramnion (Fraser D dan Copper M, 2009; h. 310). Cairan ketuban yang minimal menyebabkan kompresi pada tali pusat sehingga aliran oksigen ke janin berkurang dan janin dapat mengalami hipoksia ataupun gawat janin (Soewarto, 2008; h. 677).

d. Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera atau Konsultasi dan Kolaborasi

Sebagai upaya untuk melakukan pencegahan maupun penanganan kemungkinan diagnosa potensial benar-benar terjadi dapat dilakukan secara mandiri, konsultasi maupun kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain.

1. Infeksi intrauteri

Tindakan yang dapat dilakukan adalah dengan pemberian antibiotika, untuk mencegah terjadinya infeksi serta menunda persalinan (Saifudin dkk, 2006; h. 220).

2. Gawat janin

Menurut Wijayanegara (2008) dalam Prawirahardjo (2008; h. 623) penanganan pada gawat janin dilakukan antara lain dengan cara;

a) Memperbaiki aliran darah uterus dan umbilikus

Perbaikan aliran darah dapat dilakukan dengan cara miringkan ibu ke sebelah kiri untuk memperbaiki sirkulasi plasenta. Apabila sedang dilakukan pemberian infus oksitosin maka dihentikan. Menurut Wiknjosastro, Saifuddin, Rachimhadhi (2005; h. 54) his yang terjadi terus menerus dapat menyebabkan penyaluran darah uterus mengalami kelainan.

b) Memberi ibu oksigen dengan kecepatan 6-8 l/menit.

Selain itu dapat dilakukan tindakan terminasi kehamilan melalui induksi persalinan maupun secara seksio sesaria, tergantung dari keadaan ibu (Soewarto, 2008; h. 680).

e. Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Ibu yang mengalami KPD cenderung mengalami kecemasan terhadap keadaan janin (Fraser dan Coper, 2009; h. 310). Sebagai upaya untuk mengatasi kecemasan sekaligus menerapkan prinsip asuhan sayang ibu maka perlu dukungan kepada ibu selama proses persalinan dan kelahiran. Beberapa bentuk asuhan sayang ibu dalam persalinan antara lain menjelaskan semua tindakan yang dilakukan, memberi dukungan pada ibu dan keluarga, menghadirkan suami atau keluarga, menganjurkan mencoba berbagai posisi selama persalinan, anjuran untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ibu menginginkan, melakukan praktik pencegahan infeksi yang baik, serta mempersiapkan persalinan dengan baik dan bahan-bahan, perlengkapan, dan obat-obatan yang diperlukan (Madjid, 2007; h. 12).

Melakukan rencana tindakan yang akan dilakukan terhadap ibu yang mengalami ketuban pecah dini. Rencana tindakan yang dilakukan berdasarkan usia kehamilan antara lain.

- 1) Usia kehamilan kurang dari 37 minggu.
 - a) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang keadaannya saat ini.
 - b) Beri dukungan pada ibu dan keluarga. Ibu dan keluarga akan cenderung mengalami kecemasan dikarenakan tidak pastinya keadaan janin serta perawatan di rumah sakit yang sudah lama (Fraser D dan Copper M, 2009; h. 310).
 - c) Pantau Nadi dan suhu tubuh ibu setiap 2 jam. Kenaikan suhu di atas 38°C atau lebih tanpa sebab yang jelas merupakan tanda terjadinya infeksi (Varney, 2009; h. 790).
 - d) Pantau DJJ setiap 4 jam. DJJ melebihi 160x/menit (takikardia) dapat menjadi tanda adanya infeksi.
 - e) Hitung jenis sel darah putih (leukosit) setiap hari atau setiap dua hari sekali (Varney, 2008; h. 791). Leukosit > 15.000/mm³ merupakan tanda infeksi (Soewarto, 2008; h. 680).
 - f) Apabila tidak terdapat tanda-tanda persalinan, serta tidak ada tanda infeksi. Berikan antibiotik profilaksis untuk memperpanjang usia kehamilan (Norwitz dan Schorge, 2007; h. 119). Antibiotik yang diberikan dapat berupa amoxicillin setiap 6-8 jam, amphisilin 4x500 mg atau eritromisin apabila alergi terhadap amphisilin dan metronidazol 2x500 mg selama 7 hari (Soewarto, 2008; h. 680). Berikan kortikosteroid berupa betametason 12 mg melalui IM dosis tunggal selama 2 hari,

atau deksametason 5 mg secara IM setiap 6 jam sebanyak 4 kali (Soewarto, 2008; Saifudin dkk. 2006).

- g) Apabila terdapat tanda persalinan, tidak ada tanda infeksi, berikan obat-obatan tokolitik (salbutamol) untuk menunda persalinan, deksametason, lakukan induksi persalinan setelah 24 jam (Soewarto, 2008; h. 680).
 - h) Apabila terdapat tanda infeksi. Berikan antibiotik serta lakukan induksi persalinan (Soewarto, 2008; h. 680).
 - i) Batasi pemeriksaan dalam, karena dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi (Varney, 2008; Manuaba IAC, Manuaba IBG, Manuaba BG, 2010)
 - j) Dokumentasi tindakan yang dilakukan.
- 2) Ketuban pecah dini pada kehamilan lebih dari 37 minggu.
- a) Jelaskan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan
 - b) Apabila terdapat tanda-tanda infeksi dapat diberikan antibiotik (Amphisilin) dan akhiri persalinan (Soewarto, 2008; h.680).
 - c) Apabila skor bishop lebih dari 5 induksi persalinan dapat dilakukan apabila tidak berhasil lakukan seksio sesaria. Sedangkan apabila skor bishop kurang dari 5 persalinan harus dilakukan melalui seksio sesaria (Soewarto, 2008; h. 680).
 - d) Berikan misoprostol 50 µmg intravaginal tiap 6 jam maksimal pemberian 4 kali (Saifudin dkk, 2006; h. 219), untuk merangsang pematangan servik yang dilakukan apabila skor bishop lebih dari 5 (Prawirahardjo, 2008; h. 680).

f. Pelaksanaan

Melakukan rencana asuhan yang telah ditetapkan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman kepada pasien. Pelaksanaan rencana asuhan dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Muslihatun, Muftlilah, Setiyawati, 2009; h. 121).

g. Evaluasi Tindakan

Evaluasi merupakan hasil perkembangan keadaan ibu setelah mendapat asuhan apakah sudah sesuai dengan hasil tujuan yang hendak dicapai. Penilaian terhadap keefektifan asuhan yang diberikan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan pasien (Muslihatun, Muftlilah, Setiyawati, 2009; h. 119). Setelah dilakukan induksi persalinan diharapkan persalinan dapat berlangsung pervaginam. Apabila induksi gagal maka dilakukan seksio sesaria (Soewarto, 2008; h. 680).

h. Data perkembangan I

Subyektif :

Setelah dilakukan induksi persalinan diharapkan ibu mengeluh kenceng-kenceng serta akan timbul dorongan untuk meneran. Adanya keluhan kenceng-kenceng yang menjalar dari bawah perut dan melingkar ke pinggang merupakan tanda persalinan kala II. Kontraksi dan kekuatan meneran membantu proses pengeluaran janin dari dalam uterus (Keman, 2008; h. 301). Apabila induksi persalinan tidak berhasil dapat dilakukan persalinan dengan seksio sesaria (Soewarto, 2008).

Obyektif :

Setelah dilakukan induksi persalinan diharapkan terdapat keadaan obyektif sebagai berikut;

Keadaan umum = baik

Tekanan darah = 100/70 mmHg

Nadi = 88 x/menit

Suhu = 36,5 °C (>38°C adalah tanda infeksi)

Respirasi = 20 x/menit

DJJ =148 x/menit (DJJ>160x/menit merupakan tanda infeksi).

Pemeriksaan dalam :

Portio lunak, pembukaan 10, effacement 100 %, presentasi kepala, point of direction ubun-ubun kecil, tidak ada caput succedaneum, tidak ada bagian menubung, tidak ada moulase, penurunan kepala di hodge IV, terdapat lendir darah.

Tanda-tanda persalinan kala II:

anus membuka, perineum menonjol, dan vulva membuka.

Assesment :

Ny... G... P... A... umur... tahun, umur kehamilan... minggu janin tunggal hidup intrauteri, presentasi kepala/bokong, punggung kanan/kiri, masuk panggul/belum, point of direction, menubung/tidak, sarung tangan lendir darah/tidak, dalam persalinan kala... dengan ketuban pecah dini.

Planning :

1. Menjelaskan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap.
2. Menyiapkan oksigen untuk mengatasi apabila terjadi asfiksia. Bayi pada ibu yang mengalami KPD dapat mengalami asfiksia. Hal tersebut dapat terjadi karena jumlah cairan ketuban berkurang menyebabkan terjadinya hipoksia (Soewarto, 2008; h. 678).
3. Akibat dari induksi persalinan ibu dapat mengalami perdarahan. Pasang infus untuk mengatasi apabila terjadi perdarahan.
4. Setelah pembukaan lengkap, anjurkan ibu untuk meneran saat ada dorongan kuat sedangkan apabila tidak ada kontraksi anjurkan ibu istirahat (Madjid dkk, 2007; h. 79).
5. Menganjurkan ibu untuk minum selama kala II persalinan. Menurut (Enkin et al, 2000) dalam Madjid dkk (2007; h. 77) Ibu bersalin mudah mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Asupan cairan yang cukup dapat mengatasi masalah dehidrasi pada ibu akibat persalinan.
6. Membantu melahirkan bayi mulai dari kepala, tubuh sampai kaki.
7. Melakukan penilaian selintas meliputi pernafasan, warna kulit kemerahan dan gerakan janin. Apabila ada yang tidak dapat dilakukan bayi, maka melakukan penatalaksanaan resusitasi.

i. Data perkembangan II

Subjektif :

Setelah dilakukan tindakan penatalaksanaan kala II diharapkan ibu merasa senang bayinya telah lahir serta merasa mules pada perut bagian bawah sebagai tanda adanya kontraksi uterus yang baik.

Obyektif :

Terlihat tanda-tanda pelepasan plasenta antara lain; tali pusat nampak memanjang, ada semburan darah tiba-tiba, uterus teraba bulat dan keras.

Assesment:

Ny... G... P... A... umur... tahun dalam persalinan kala III

Planning :

Melakukan penatalaksanaan manajemen aktif kala tiga

- 1) Memberikan suntikan oksitosin (Madjid dkk, 2007; h. 125).
 - a) Memberikan bayi pada ibu untuk diberi ASI
 - b) Meletakkan kain bersih di atas perut ibu
 - c) Memastikan tidak ada bayi yang lain
 - d) Memberitahu ibu bahwa akan di suntik
 - e) Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha luar (setelah 1 menit bayi lahir)
- 2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) (Madjid dkk, 2007; h.125-126)
 - a) Berdiri di samping ibu
 - b) Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-20 cm dari vulva
 - c) Meletakkan tangan kiri pada abdomen ibu tepat di atas symphysis pubis, untuk meraba kontraksi uterus dan menekan uterus pada saat melakukan PTT. Setelah ada kontraksi yang kuat, menegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan lain menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorsokranial)

- d) Apabila plasenta belum lepas, menunggu hingga uterus berkontraksi kembali untuk mengulangi PTT.
 - e) Saat mulai kontraksi (uterus menjadi bulat dan tali pusat menjulur) menegangkan tali pusat ke bawah, melakukan tekanan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.
 - f) Apabila plasenta tidak turun setelah 30-40 detik PTT dan tidak ada tanda-tanda lepasnya plasenta, menghentikan PTT. Memegang klem dan tali pusat dengan lembut sampai ada kontraksi berikutnya. Setelah ada kontraksi melakukan PTT dan tekanan dorsokranial pada korpus uteri secara serentak.
 - g) Setelah plasenta terpisah, menganjurkan ibu untuk sedikit meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap menegangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai.
 - h) Saat plasenta terlihat pada introitus vagina, melahirkan plasenta dengan cara mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya. Memegang plasenta dengan dua tangan serta memutar plasenta sehingga selaput ketuban terpilin.
 - i) Melakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.
- 3) Melakukan masase fundus uteri (Madjid dkk, 2007; h. 130)
- a) Meletakkan telapak tangan pada fundus uteri
 - b) Menggerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri selama 15 detik agar uterus berkontraksi

- c) Memeriksa plasenta (sisi maternal dan fetal) dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh
- d) Memastikan kembali uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.
- e) Memeriksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama dan 30 menit selama satu jam kedua pasca persalinan.

j. Data perkembangan III

Subyektif :

Setelah dilakukan penatalaksanaan kala III diharapkan ibu akan masih merasa mules pada perut bagian bawah, menandakan kontraksi uterus berjalan baik.

Objektif :*

Kontraksi uterus diharapkan teraba keras sehingga dapat menyebabkan terjadi perdarahan pasca persalinan karena atonia uteri. Menurut Karkata (2008; h. 523) kontraksi dapat hipotonis bahkan atonia akibat pemberian induksi oksitosin, multiparitas, overdistensi uterus, partus presipitatus serta ada riwayat atonia uteri.

Pada atonia uteri didapatkan hasil; Kontraksi uterus teraba lembek, TFU 1 jari di atas pusat, terdapat perdarahan banyak.

Assesment:

Ny... G... P... A... umur... tahun dalam persalinan kala IV dengan atonia uteri.

Planning :

- 1) Melakukan masase uterus selama 15 detik apabila tidak berkontraksi, melakukan penatalaksanaan atonia uteri.
- 2) Mengevaluasi keadaan umum ibu. Ibu yang mengalami atonia uteri dapat menjadi tidak sadar serta mengalami syok hipovolemik karena banyaknya darah yang keluar (Karkata, 2008; h. 525).
- 3) Melakukan KBI untuk menimbulkan kontraksi. Apabila tidak ada kontraksi berikan ergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rektal. Pasang infus dengan jarum berukuran besar (ukuran 16 atau 18), berikan infus 500 cc larutan Ringer Laktat ditambah 20 IU oksitosin. Mengulangi KBI selama 1-2 menit apabila tetap tidak berkontraksi dilakukan rujukan. Selama merujuk berikan infus 500 ml dalam waktu 10 menit. Memberikan tambahan infus 500 ml/jam sampai habis 1,5 liter kemudian diturunkan menjadi 125 x/menit (Madjid, 2007; h. 132-134).
- 4) Apabila ada kontraksi tetapi masih perdarahan, memeriksa kemungkinan laserasi jalan lahir.
- 5) Mengevaluasi kembali keadaan umum ibu (Madjid, 2007; h. 139).
 - a) Memantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala 4.
 - b) Masase uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua kala empat.
 - c) Memantau temperatur tubuh setiap jam dalam dua jam pertama persalinan

- d) Menilai perdarahan. Memeriksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua kala empat.
- e) Membersihkan dan membantu ibu memakai baju yang bersih dan kering, mengatur posisi ibu agar nyaman.
- f) Mendokumentasikan tindakan di lembar belakang partograf.

C. Landasan hukum Kewenangan bidan

Kewenangan bidan dalam menangani ketuban pecah dini tercantum dalam beberapa Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PERMENKES). Berdasarkan PERMENKES Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, tentang registrasi dan praktik bidan, bidan dapat memberikan pelayanan pada ibu yang terdapat pada pasal 10 ayat 2 berisi “pelayanan kesehatan ibu meliputi masa prahamil, kehamilan normal, persalinan normal, nifas normal, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan”. Apabila dalam keadaan tidak ada dokter bidan dapat melakukan tindakan di luar kewenangan, hal tersebut tercantum dalam pasal 14 ayat 1 berisi “bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan yang dimiliki”. Selama melakukan pelayanan kesehatan pada ibu berkaitan dengan persalinan bidan memiliki beberapa kewenangan yang tercantum dalam PERMENKES 1464/Menkes/Per/X/2010 pasal 10 ayat 3 di antaranya episiotomi, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, fasilitasi bimbingan inisiasi menyusui dini,

pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan post partum, serta penyuluhan dan konseling. Sehingga apabila terjadi KPD bidan tidak mempunyai wewenang langsung untuk menangani, tetapi harus melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain.

Sedangkan apabila berdasarkan PERMENKES nomor 900/Menkes/SK/2002 kewenangan bidan dalam menangani KPD terdapat dalam pasal 16 ayat 1 huruf f berupa pertolongan persalinan abnormal yang mencakup letak sungsang, partus macet kepala di dasar panggul, ketuban pecah dini (KPD) tanpa infeksi, perdarahan postpartum, laserasi jalan lahir, distosia karena inersia uteri primer, post term dan preterm. Selama memberikan pelayanan kepada ibu saat persalinan abnormal pada pasal 18, bidan memiliki wewenang untuk memberikan suntikan pada penyulit persalinan, mengeluarkan plasenta secara manual, pengeluaran sisa jaringan konsepsi, episiotomi, penjahitan luka episiotomi dan luka jalan lahir sampai tingkat II, pemberian infus, pemberian suntikan intramuskular (uterotonika, antibiotika dan sedativa), serta kompresi bimanual.

Bidan harus melakukan tindakan sesuai dengan kompetensi yang dimiliki. Berdasarkan PERMENKES RI nomor (369/Menkes/SK/III/2007) tentang standar profesi bidan, pada kompetensi ke4 "ketrampilan dasar yang harus dimiliki oleh bidan antara lain memantau kemajuan persalinan, mencatat waktu dan mengkaji kontraksi uterus, melakukan pemeriksaan dalam secara lengkap dan akurat meliputi pembukaan, penurunan, bagian terendah, presentasi, posisi keadaan ketuban".

Semua tindakan pelayanan kepada klien harus memperoleh persetujuan dari klien ataupun keluarganya, yang terdapat dalam PERMENKES Nomor

(290/Menkes/Per/III/2008) tentang persetujuan tindakan kedokteran pasal 2 ayat 1 berisi “semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan”. Pasal 2 ayat 2 berisi “persetujuan dapat diberikan secara tertulis maupun lisan”. Sebelum meminta persetujuan tenaga kesehatan harus menjelaskan tujuan dari tindakan seperti tercantum dalam pasal 2 ayat 3 berisi “persetujuan diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang diperlukan tentang perlunya tindakan kedokteran dilakukan”. Pasien dapat menolak tindakan setelah mendapat penjelasan, hal ini tercantum dalam pasal 16 ayat 1 berisi “penolakan tindakan kedokteran dapat dilakukan oleh pasien dan atau keluarga terdekatnya setelah menerima penjelasan tentang tindakan kedokteran yang akan dilakukan”. Pasal 16 ayat 2 dan 3 berisi “penolakan tindakan kedokteran harus dilakukan secara tertulis, akibat penolakan tindakan kedokteran menjadi tanggung jawab pasien”.

Semua tindakan yang dilakukan terhadap pasien harus didokumentasikan hal ini sesuai dengan PERMENKES RI nomor (1464/Menkes/Per/X/2010) tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan pasal 18 ayat 1 huruf f, berisi” bidan memiliki kewajiban untuk melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan asuhan lainnya secara sistematis”.