BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Persalinan

a. Definisi

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani et al., 2011).

b. Sebab-sebab mulanya persalinan

Hal yang menjadi penyebab mulainya persalinan belum diketahui benar yang ada hanyalah merupakan teori-teori yang kompleks. Perlu diketahui bahwa ada dua hormon yang dominan saat hamil (Rohani et al., 2011).

1) Estrogen

a) Meningkatkan sensitivitas otot rahim.

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

b) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin serta rangsangan mekanis.

2) Progesteron

a) Menurunkan sensitivitas otot rahim.

b) Menyulitkan penerimaan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan protaglandin serta rangsangan mekanis.

c) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

c. Tanda-tanda persalinan

Sebelum terjadinya persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan *(preparatory stage of labor)* dengan tanda-tanda sebagai berikut:

1) Terjadi lightening.

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP, pada multigravida, tanda itu tidak begitu kelihatan.

Mulai menurunnya bagian terbawah bayi ke pelvis terjadi sekitar 2 minggu menjelang persalinan. Bila bagian terbawah bayi telah turun, maka ibu akan merasa tidak nyaman, selain nafas pendek trimester 3, ketidaknyamanan disebabkan adanya tekanan bagian terbawah pada struktur daerah pelvis, secara spesifik akan mengalami hal berikut (Rohani et al., 2011).

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

a) Kandung kemih tertekan sedikit, menyebabkan peluang untuk melakukan ekspansi berkurang, sehingga frekuensi berkemih meningkat.

b) Meningkatnya tekanan oleh sebagian besar bagian janin pada saraf yang melewati foramen obturator yang menuju kaki, yang menyebabkan sering terjadi kram kaki.

c) Meningkatnya tekanan pada pembuluh darah vena yang menyebabkan terjadinya udema karena bagian terbesar dari janin menghambat darah yang kembali dari bagian bawah tubuh.

2) Terjadinya his permulaan

Sifat his permulaan (palsu) adalah sebagai berikut:

a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah.

b) Datang tidak teratur.

c) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda.

d) Durasi pendek.

e) Tidak bertambah bila beraktifitas.

3) Perut kelihatan lebih melebar fundus uteri turun.

4) Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

5) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, sansekresnya bertambah, kadang bercampur darah (*bloody show*). Dengan mendekatnya persalinan, maka serviks menjadi matang dan

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

lembut, serta terjadi obliterasi serviks dan kemungkinan sedikit dilatasi.

d. Tahapan persalinan (Kala I, II, III, IV)

1) Kala I (kala pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dam membuka (Rohani et al., 2011).

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7 hingga 8 jam.

b) Fase aktif (pembukaan serviks 4 hingga 10 cm), berlangsung selama 6 cm dan dibagi dalam 3 subfase.

(1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.

(2) Periode dilatasi maksmal: berlangsung selama 2 jam, berlangsung ceepat menjadi 9 cm.

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

(3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

Perubahan fisiologis Kala I

a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama terjadinya kontraksi (sistol rata-rata naik) 10 hingga 20 mmHg. Diastol naik 5 hingga 10 mmHg. Antara kontraksi dan tekanan darah kembali seperti saat sebelum persalinan. Rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

b) Metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur-angsur disebabkan karena adanya kecemasan dan aktifitas otot-otot skeletat, peningkatan isi ditandai dengan adanya peningakatan suhu tubuh, denyut nadi, curah jantung *(cardiag output),* pernapasan, dan kehilangan cairan.

c) Suhu tubuh

Oleh karena adanya peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan. Selama dan setelah persalinan akan terjadi peningkatan, jadi agar peningkatan suhu tubuh tidak lebih dari 0,5 hingga 1 celcius.

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

d) Detak jantung

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung akan meningkat secara dramatis selama kontraksi

e) Pernapasan

Oleh karena terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan yang dianggap normal, hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis.

f) Ginjal

Poluri terjadi selama proses persalinan, mungkin dikarenakan adanya peningkatan *cardiag output,* peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap normal dalam persalinan.

g) Gatrointestinal

Motilitas ambung dan absorpsi makanan padat secara subtasi berkurang sangat banyak selama persalinan. Selain itu, berkurangnya pengeluaran getah lambung menyebabkan aktifitas pencegahan hampir dan pengosongan menjadi sangat lambat, cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam waktu biasa. Mual dan muntah bisa terjadi sampai ibu mencapai kehamilan kala I.

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

h) Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr per 100 ml selama persalinan dan akan kembali sebelum persalinan sehari pasca persalinan, kecuali terdapat perdarahan post partum.

Perubahan psikiologis kala I

Asuhan yang bersifat mendukung selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan. Ibu bersalin biasanya mengalami perubahan emosional yang tidak stabil (Rohani et al., 2011).

2) Kala II (kala pengeluaran janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam (Rohani et al., 2011).

Tanda dan Gejala Kala II

a) His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit.
b) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
c) Ibu merasa semakin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina.
d) Perineum terlihat menonjol.
e) Vulva, vagina, dan sfingter ani terlihat membuka.

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

f) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Perubahan psikologis kala II

Pada kala II, his terkoordinsi kuat, cepat, dan lebih lama: kira-kira 2 hingga 3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa ingin meneran. Karena tekanan rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu terjadinya his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his yang meneran terpimpin, maka lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin (Rohani et al., 2011).

3) Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dengan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses berlangsung 5 hingga 30 menit setelah bayi lahir (Rohani et al., 2011).

Perubahan Psikologi Kala III

a) Ibu ingin melihat, menyentuh, dan memeluk bayinya.
b) Merasa gembira, lega, dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
c) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vagina perlu dijahit.
d) Menaruh perhatian terhadap plasenta.

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

4) Kala IV (kala pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut (Rohani et al., 2011).

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV.

a) Tingkat kesadaran.
b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan.
c) Kontraksi uterus.
d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan masih dianggap normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

Asuhan dan pemantauan pada Kala IV

a) Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.
b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri.
c) Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan.
d) Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau episiotomi)
e) Evaluasi kondisi ibu secara umum.
f) Dokumentasi secara asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan terjadinya serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Hal ini didefinisikan sebagai pembukaan serviks yang progresif, dilatasi atau keduanya akibat kontraksi rahim teraktur yang sekurang-kurangnya terjadi setiap 5 menit dan berlangsung sampai 60 detik (Rohani et al., 2011).

PERPUSTAKAAN

1) *Power* (tenaga atau kekuatan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Pada bulan terakhir dari kehamilan dan sebelum persalinan dimulai, sudah ada kontraksi rahim yang disebut his. His dibedakan sebagai berikut:

POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

a) His pendahuluan atau his palsu (*false labor pains*) yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi dari Braxton Hicks.

His pendahuluan ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipatan paha. Tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke

perut bagian bawah seperti his persalinan. Lamanya kontraksi pendek dan tidak bertambah kuat bila ibu berjalan, bahkan sering berkurang.

His pendahuluan tidak bertambah kuat dengan majunya waktu, bertentangan dengan his persalinan yang makin lama makin kuat. Hal yang paling penting adalah his pendahuluan tidak mempunyai pengaruh pada serviks (Rohani et al., 2011).

b) His Persalinan

Walaupun his merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Perasaan nyeri tergantung juga pada dari ambang nyeri dari penderita, yang ditentukan oleh kondisi jiwanya, kontraksi rahim bersifat otonom, artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar, misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan (Rohani et al., 2011).

Sifat his yang normal adalah sebagai berikut.

(1) Kontraksi otot rahim dimulai dari salah satu tanduk rahim.
(2) Funda dominan, yaitu kekuatan yang paling tinggi di fundus uteri.
(3) Kekuatannya seperti gerakan memeras isi rahim.

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

(4) Otot yang berkotraksi tidak kembali kepanjang semula, sehingga terjadi retraksi dan pembukaan segmen bawah rahim.

(5) Pada setiap his terjadi perubahan pada serviks yaitu menipis dan membuka.

2) *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus, janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Rohani et al., 2011).

Jalan lahir dibagi atas:

a) Bagian keras : tulang-tulang panggul.

b) Bagian lunak : uterus, otot dasar panggul dan perineum.

3) *Passanger* (janin dan plasenta)

Cara penumpang *(passanger)* atau janin yang bergerak disepanjang jalan lahir merupakan interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin.

Plasenta juga harus melalui jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun, plasenta jarang mengahambat proses persalinan pada kelahiran normal.

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

Janin dapat memengaruhi jalannya kelahiran karena ukuran dan presentasinya. Kepala banyak mengalami cedera pada persalinan sehingga dapa membahayakan hidup dan kehidupan janin. Pada persalian, oleh karena tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, maka pinggir tulang dapat menyisip antara tulang satu dengan tulang yang lain disebut molage atau molase sehingga kepala bayi bertambah kecil. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lain dari janin akan dengan mudah menyusul (Rohani et al., 2011).

4) Psikologis

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dan menciptakan suasana yang nyaman dan kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi klien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis (Rohani et al., 2011).

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi apabila ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Rohani et al., 2011).

f. Doa persalinan

PERPUSTAKAAN

هُوَ الَّذِىْ خَلَقَكُمْ مِّنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُّطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ
يُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوْٓا اَشُدَّكُمْ ثُمَّ لِتَكُوْنُوْا شُيُوْخًا ۚ وَمِنْكُمْ
مَّنْ يُّتَوَفّٰى مِنْ قَبْلُ وَلِتَبْلُغُوْٓا اَجَلًا مُّسَمًّى وَّلَعَلَّكُمْ تَعْقِلُوْنَ

Dialah yang menciptakan kamu dari tanah kemudian dari setetes mani, sesudah itu dari segumpal darah, kemudian dilahirkannya kamu sebagai seorang anak, kemudian (kamu dibiarkan hidup) supaya kamu sampai kepada masa (dewasa), kemudian (dibiarkan kamu hidup lagi) sampai tua, di antara kamu ada yang diwafatkan sebelum itu. (Kami perbuat demikian) supaya kamu sampai kepada ajal yang ditentukan dan supaya kamu memahami(nya) (QS. Gafir/40: 67).

2. Ketuban Pecah Dini

POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

a. Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4 cm (fase laten) dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Pada kehamilan aterm atau kehamilan lebih dari 37 minggu sebanyak 8 hingga 10% ibu hamil akan mengalami

KPD, dan pada kehamilan preterm atau kehamilan kurang dari 37 minggu sebanyak 1% ibu hamil akan mengalami KPD (Maryati et al., 2020).

Kantung ketuban adalah sebuah kantung berdinding tipis yang berisi cairan dan janin selama masa kehamilan. Dinding kantung ini terdiri dari dua bagian. Bagian pertama disebut amnion, terdapat di sebelah dalam. Sedangkan, bagian kedua, yang terdapat di sebelah luar disebut chorion. Pada ibu hamil, air ketuban ini berguna untuk mempertahankan atau memberikan perlindungan terhadap bayi dari benturan yang diakibatkan oleh lingkungannya di luar rahim. Selain itu air ketuban bisa membuat janin bergerak dengan bebas kesegala arah. Tak hanya itu, manfaat lain dari air ketuban ini adalah untuk mendeteksi jenis kelamin, memerikasa kematangan paru-paru janin, golongan darah serta rhesus, dan kelainan kongenital (bawaan), susunan genetiknya, dan sebagainya (Huda, 2013).

KPD dapat menyebabkan infeksi yang dapat meningkatkan kematian ibu dan anak apabila periode laten terlalu lama dan ketuban sudah pecah. KPD pada ibu hamil primi jika pembukaan kurang dari 3 cm dan kurang dari 5 cm pada ibu hamil multipara. Penyebab KPD masih belum jelas akan tetapi KPD ada hubungannya dengan hipermotilitas rahim yang sudah lama, selaput ketuban tipis, infeksi, multipara, disproporsi, serviks inkompeten, dan lain-lain. Komplikasi ketuban pecah dini yang paling sering terjadi pada ibu

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

bersalin yaitu infeksi dalam persalinan, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan post partum, meningkatkan kasus bedah caesar, dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal. Sedangkan komplikasi yang paling sering terjadi pada janin yaitu prematuritas, penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia, sindrom deformitas janin, dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal (Rahayu & Sari, 2017).

PERPUSTAKAAN

Komplikasi yang paling sering terjadi pada ibu sehubungan dengan KPD ialah terjadinya korioamnionitis dengan atau tanpa sepsis yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi. Terjadinya infeksi maternal sehubungan dengan KPD tergantung dari lamanya masa laten, dimana makin muda umur kehamilan makin memanjang periode laten sedangkan persalinan lebih pendek dari biasanya, yaitu pada primi 10 jam dan multi 6 jam. Risiko pada bayi dengan KPD ialah kelahiran prematur dengan segala akibatnya yaitu infeksi, gawat janin, dan persalinan traumatik. Bila masa laten >24 jam, maka angka kematian perinatal meningkat dan insiden amnionitis meningkat >50% (Lowing et al., 2015).

POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

b. Mekanisme pecah ketuban

Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang

menyebababkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh.

Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraseluler matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktifitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban rapuh (Prawirohardjo, 2014).

Faktor risiko untuk terjadinya Ketuban Pecah Dini adalah:

1) Berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen.
2) Berkurangnya tembaga dan asam akorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok.

Degradasi kolagen dimediasi oleh matriks metaloproteinase (MMP) yang dihambat oleh inhibitor jaringan sfesifik dan hibitor protease.

Mendekati waktu persalinan, keseimbangan antara MMP dan TIMP-1 mengarah pada degradasi proteolotik dari matriks ekstraselular dan membran janin. Aktifitas degradasi proteolitik ini meningkat menjelang persalinan. Pada penyakit periodonitis dimana terdapat peningkatan MMP, cenderung terjadi Ketuban Pecah Dini (Prawirohardjo, 2014).

Selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda. Pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Pada trimester terakhir terjadi perubahan

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya selaput ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal fisiologis. Ketuban pecah dini pada kehamilan prematur disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. Ketuban Pecah Dini prematur sering terjadi pada polihidramnion, inkompeten serviks dan solusio plasenta.

c. Etiologi

PERPUSTAKAAN

Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi itu, juga karena tidak ada kontraksi yang mendorong keluarnya cairan tersebut. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Untuk lebih memastikan bahwa itu adalah air ketuban, dilakukan dengan tes ferning atau tes nitrazine. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sepduwiana, 2013).

POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban ataupun asenderen dari vagina atau serviks. Selain itu fisiologi selaput ketuban yang abnormal, serviks inkompetensia, kelainan letak janin, usia wanita kurang dari 20 tahun dan di atas 35 tahun, faktor golongan darah, faktor multigravi-ditas atau paritas, merokok, keadaan sosial

ekonomi, perdarahan antepartum, riwayat abortus dan persalinan preterm sebelumnya (Safari, 2017).

d. Patofisiologi

Ketuban pecah dini berhubungan dengan kelemahan menyeluruh membran fetal akibat kontraksi uteri dan peregangan berulang. Membran yang mengalami ruptur prematur ini tampak memiliki efek fokal kelemahan menyeluruh. Daerah dekat tempat pecahnya membran ini disebut " *restricted zone of extreme altered morphology*" yang ditandai dengan adanya pembengkakan dan kerusakan jaringan kolagen fibrilar pada lapisan kompakta, fibroblast maupun spongiosa. Daerah ini akan muncul sebelum ketuban pecah dini dan merupakan daerah *breakpoint* awal. Patogenesis terjadinya ketuban pecah dini secara singkat ialah akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah dini preterm terutama pada pasien risiko tinggi (Puspitasari, 2019).

e. Komplikasi

Komplikasi yang paling sering terjadi pada ibu sehubungan dengan KPD ialah terjadinya korioamnionitis dengan atau tanpa sepsis yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi. Terjadinya infeksi maternal sehubungan dengan KPD tergantung dari lamanya masa laten, dimana makin muda umur kehamilan makin memanjang periode

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

laten sedangkan persalinan lebih pendek dari biasanya, yaitu pada primi 10 jam dan multi 6 jam. Risiko pada bayi dengan KPD ialah kelahiran prematur dengan segala akibatnya yaitu infeksi, gawat janin, dan persalinan traumatik. Bila masa laten >24 jam, maka angka kematian perinatal meningkat dan insiden amnionitis meningkat >50% (Lowing et al., 2015).

Pengelolaan KPD pada kehamilan <34 minggu sangat kompleks dan bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS). Infeksi neonatal setelah pecah ketuban dipengaruhi oleh kolonisasi kuman Streptokokus Grup Beta, lama ketuban pecah, korioamnionitis, jumlah pemeriksaan vagina, pemberian antibiotika dan lain-lain (Lowing et al., 2015).

Komplikasi yang timbul akibat Ketuban Pecah Dini bergantung pada usia kehamilan dapat terjadi infeksi maternal maupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden seksio sesarea atau gagalnya persalinan normal (Prawirohardjo, 2014).

1) Persalinan prematur

Selaput ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan periode laten bergantung pada usia kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah pada kehamilan antara 28 hingga 34 minggu 50%

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu (Prawirohardjo, 2014).

2) Infeksi

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada Ketuban Pecah Dini. Pada ibu korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Umunya terjadi koriamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada Ketuban Pecah Dini prematur infeksi lebih sering dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada Ketuban Pecah Dini meningkat sebanding dengan lamanya periode laten (Prawirohardjo, 2014).

3) Sindrom defomitas janin

Ketuban Pecah Dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasi pulmonar (Prawirohardjo, 2014).

4) Hipoksia dan asfiksia

Dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia dan hipoksia. Terdapat hubungan antar terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat (Prawirohardjo, 2014).

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini:

a. Pastikan diagnosis.
b. Tentukan umur kehamilan.
c. Evaluasi ada tidaknya infeksi maternal maupun infeksi janin.
d. Apakah dalam keadaan inpartu, terdapat kegawatan janin.

Riwayat keluarnya air ketuban beberapa cairan jernih keluar dari vagina yang kadang-kadang disertai tanda-tanda lain dari persalinan. Diagnosis Ketuban Pecah Dini prematur dengan inspekulo dilihat adanya cairan ketuban keluar dari kavum uteri. Pemeriksaan pH vagina perempuan hamil sekitar 4,5; bila ada air ketuban pHnya sekitar 7,1 hingga 7,3, antiseptik yang alkalin akan menaikkan pH vagina (Prawirohardjo, 2014).

Dengan pemeriksaan *ultrasound* adanya Ketuban Pecah Dini dapat dikonfirmasikan dengan adanya oligohidramnion. Bila air ketuban normal agaknya ketuban pecah dapat diragukan serviks.

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

Penderita dengan kemungkinan Ketuban Pecah Dini harus masukan rumah sakit untuk diperiksa lebih lanjut. Jika pada perawatan air ketuban berhenti keluar, pasien dapat untuk dirawat jalan. Bila terdapat persalinan dalam kala aktif, koriamnionitis, gawat janin, persalinan diterminasi. Bila Ketuban Pecah Dini pada kehamilan yang diperlukan

penatalaksanaan komprehensif. secara umum penatalaksanaan pasien Ketuban Pecah Dini yang tidak dalam persalinan serta tidak ada infeksi dan gawat janin penatalaksanaannya bergantung pada usia kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

f. Diagnosis

Tentukan pecahnya selaput ketuban, dengan adanya cairan ketuban di vagina, jika tidak ada dapat dicoba dengan menggerakan sedikit bagian terbawah janin atau meminta batuk atau mengedan. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus *(Nitrazin test)* merah menjadi biru. Tentukan usia kehamilan, bila perlu dengan pemeriksaan USG. Tentukan ada tidaknya infeksi.

Tanda-tanda infeksi adalah bila suhu ibu lebih dari 38 celcius serta air ketuban keruh dan berbau. Leukosit darah >15.000/mm. Janin yang mengalami takikardia, mungkin mengalami intrauterin. Tentukan tanda-tanda persalinan dan skoring polvik. Tentukan adanya kontraksi yang teratur. Periksa dalam dilakukan bila akan dilakukan penanganan aktif terminasi kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

Diagnosa KPD ditegakkan dengan cara:

1) Anamnesa

Penderita merasa mengeluarkan cairan diperlukan beberapa hari saja hingga yang banyak secara tiba-tiba atau

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

kelahiran terjadi dibanding dengan sedikit demi sedikit dari jalan lahir.

2) Inspeksi

Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina.

3) Pemeriksaan dengan spekulum

Melihat cairan amnion yang keluar dari orifisium uteri eksternum (OUE) atau akumulasi cairan dalam vagina juga dilakukan pengambilan cairan pada forniks posterior untuk pemeriksaan laboratorium.

4) Test lakmus

5) Pemeriksaan penunjang

g. Terapi Amoxcillin

Amoxicillin merupakan antibiotik bakteri sidal dan spektrum luas yang menghambat sintesis dinding sel selama sel membelah. Amoxicillin terikat pada protein membran, penicillin binding protein 1A (PBP-1A) yang terletak dalam dinding sel. Amoxicilin mengasilasi enzim transpeptidase yang beperan membentuk ikatan silang antar peptidoglikan pada pembentukan dinding sel sehingga sel bakteri mati akibat lisis (Setiawati, 2015).

Metode adaptif gradual merupakan metode peningkatan resistensi bakteri dengan cara mengadaptasikan kultur bakteri dalam medium yang mengandung antibiotik konsentrasi sub MIC secara

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

berulang-ulang. Dalam penelitian ini digunakan konsentrasi amoxicillin 0,10; 0,15 dan 0,20 µg/mL untuk sub kultur bakteri S. Aureus (Setiawati, 2015).

Amoxicillin, turunan penisilin, antibiotik golongan β-laktam yang sering digunakan pada kasus infeksi S. aureus karena absorsi per oral yang baik. Penisilin sangat efektif untuk infeksi Staphylococcus dan telah digunakan dalam pengobatan sejak tahun 1940-an, setelah itu tahun 1942 mulai ditemukan kasus resistensi S. aureus di rumah sakit. Prevalensi tersebut meningkat dengan ditemukannya S. aureus yang menghasilkan penisilinase. Resistensi S. aureus terhadap methicillin (golongan penisilin), kemudian disebut *Methicillin Resistance Staphylococcus Aureus* (MRSA) terkait dengan plasmid yang membawa gen blaz yang menyandi β-laktamase (Setiawati, 2015).

h. Penanganan

1) Konsevatif

Memberikan antibiotik (ampasilin 4x500 mg eritromisin bila tidak tahan ampisilin dan metronidazol 2x500 mg selama 7 hari). Jika umur kehamilan <32 sampai 34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak lagi keluar. Jika usia kehamilan 32 sampai 37 minggu, belum inpartu tidak ada infeksi tesbusa negatif beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Jika usia

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

kehamilan 32 sampai 34 minggu sudah inpartu tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam. Jika usia kehamilan 32 sampai 37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik (ampasilin atau amoxcilin) dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda intrauterin) pada usia kehamilan 32 sampai 37 minggu berikan steroid untuk memacu kematangan paru-paru janin, dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dan dosis tunggal selama 2 hari, deksametason I.M. 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali (Prawirohardjo, 2014).

2) Aktif

Kehamilan >37 minggu, induksi dengn oksitosin. Bila gagal seksio sesarea. Dapat pula dberikan misoprostol 25 ug sampai 50 ug intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri:

a) Bila skor pelvik <5, lakukan pematangan serviks kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea.

b) Bila skor pelvik >5, induksi persalinan.

i. Faktor Risiko

Ada beberapa faktor risiko terjadinya ketuban pecah dini:

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

1) Usia ibu melahirkan

Usia ibu melahirkan yang memiliki resiko rendah adalah umur 20 sampai 35, <20 tahun dan >35 tahun memiliki resiko tinggi dalam proses persalinan. Akan tetapi untuk KPD sendiri secara patobiologi dari kehamilan dengan ketuban pecah dini masih belum banyak diketahui. Banyak faktor dan jalur yang dapat menyebabkan degradasi dari matriks selaput membran ekstrasellular antara lain: jumlah kolagen diselaput membran ekstrasellular, keseimbangan antara degradasi dan aktifitas perbaikan dari komponen matriks, enzim spesifik yang berfungsi sebagai pengendali dan pengatur aktifitas biofisik matriks membran ekstraseluler, infeksi terkait dengan keseimbangan enzim yang dihasilkan pada selaput membran ekstrasellular, aktivitas adanya peningkatan apoptosis pada daerah robekan selaput amnion (Rahayu & Sari, 2017).

2) Jumlah paritas

Wanita yang telah melahirkan beberapa kali maka akan lebih berisiko tinggi mengalami KPD pada kehamilan berikutnya. Menurut Sumadi dan Ariyani KPD banyak terjadi pada multipara. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Sudarto dan Tunut, yang dilakukan di wilayah kerja Dinas Kesehatan kota Pontianak yaitu di Puskesmas Siantan Hilir yang dilaksanakan pada awal bulan Juli sampai Oktober 2015

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

menyatakan bahwa faktor yang memengaruhi kejadian KPD adalah paritas (Rahayu & Sari, 2017).

3) Umur kehamilan

Kehamilan aterm atau kehamilan ≥37 minggu sebanyak 8 sampai 10% ibu hamil akan mengalami KPD, dan sebanyak 1% kejadian KPD pada ibu hamil preterm <37 minggu (1,14). Pada penelitian Susilowati dan Astuti bahwa sebagian besar ibu bersalin dengan KPD yaitu antara umur kehamilan 37 sampai 42 minggu. Saat mendekati persalinan terjadi peningkatan matrix metalloproteinase yang cenderung menyebabkan KPD dan pada trimester akhir akan menyebabkan selaput ketuban mudah pecah dikarenakan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Hal ini juga menunjukkan bahwa semakin tua umur kehamilan akan mengakibatkan pembukaan serviks dan peregangan selaput ketuban yang berpengaruh terhadap selaput ketuban sehingga semakin melemah dan mudah pecah (Rahayu & Sari, 2017).

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

4) Pembesaran uterus

Over distensi dapat menyebabkan terjadinya KPD karena distensi uterus atau over distensi yang membuat rahim lebih besar sehingga selaput ketuban lebih tipis dan mudah pecah. Hasil penelitian lain menyatakan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya KPD pada ibu hamil trimester III di RS

Ban Lawang yaitu faktor over distensi sebanyak 4,83%. Menurut Caughay bahwa over distensi yang disebabkan oleh polihidramnion dan kehamilan kembar mengakibatkan lebih tinggi resiko terjadi KPD. Wanita dengan kehamilan kembar beresiko tinggi mengalami KPD. Hal ini disebabkan oleh peningkatan massa plasenta dan produksi hormon yang dapat memungkinkan ketegangan rahim meningkat sewaktu-waktu selaput ketuban dapat pecah secara tiba-tiba yang dapat diidentifikasi sebagai KPD (Rahayu & Sari, 2017).

5) Kelainan Letak

Kelainan letak pada janin dapat meningkatkan kejadian KPD karena kelainan letak dapat memungkinkan ketegangan otot rahim meningkat sehingga dapat menyebabkan KPD. Penelitian Suryaputri dan Anjarwati bahwa tidak ada hubunganya antara kelainan letak dengan kejadian KPD. Besar kecilnya janin dan posisi janin yang dikandung tidak menyebabkan peregangan pada selaput ketuban seperti pada keadaan normal, sungsang ataupun melintang, karena sebenarnya yang dapat mempengaruhi KPD adalah kuat lemahnya selaput ketuban dalam menahan janin. Penelitian Suhaimi mengatakan bahwa KPD bisa disebabkan karena Peningkatan apoptosis pada selaput amnion berperan penting pada penipisan membran janin yang mengakibatkan terjadinya

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

KPD. Peningkatan p53 akan meningkatkan munculnya kaspase-3 yang akan menyebabkan apoptosis yang berlebihan, sehingga dengan adanya peningkatan proses apoptosis ini dapat menyebabkan terjadinya KPD (Rahayu & Sari, 2017).

j. Hubungan Pembesaran Uterus Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

Faktor pembesaran uterus yang mengalami kejadian KPD terjadi pada kehamilan gemelli yaitu sebanyak 10 orang (2,3%) pada polihidramnion sebanyak 7 orang (1,6%) dan pada kehamilan dengan pembesaran uterus normal yaitu sebanyak 410 orang (96,1%). Penelitian ini sesuai dengan teori rukiyah (2010) bahwa *over distensi* dapat menyebabkan terjadinya KPD karena distensi uterus atau *over ditensi* yang membuat rahim lebih besar sehingga selaput ketuban lebih tipis dan mudah pecah.

Overdistensi uterus juga menjadi fakor penyebab KPD. Namun tidak berhubungan dengan karakteristik ibu bersalin. Sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh (Prawiroharjo, 2007 dalam Puspitasari, 2019) bahwa overdistensi uterus atau ketegangan rahim banyak terjadi disebabkan oleh hidramnion dan kehamilan ganda (gemelli).

Overdistensi uterus dapat menyebabkan ketuban pcah dini. Hal ini terjadi pada kehamilan ganda dan hidramnion, sehingga dapat menibulkan ketegangan rahim yang berlebihan yang dapat mempengaruhi kekuatan selaput ketuban untuk menahan cairan ketuban dan kondisi tersebut menimbulkan meningkatnya tekanan

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

intrauterine sehingga dapat menyebabkan ketuban pecah dini (Puspitasari, 2019).

B. Konsep Dasar Asuhan

Manajemen asuhan kebidanan merupakan suatu proses pemecahan masalah dalam kasus kebidanan yang dilakukan secara sistematis. Sebagai seorang profesi bidan harus memanfaatkan kompetensinya, sumber daya pikirnya untuk berpikir kritis agar menegakkan suatu diagnosa kebidanan yang tepat sehingga tercapai pengambilan keputusan dan menghasilkan asuhan yang bermutu. Kajian ini bertujuan untuk menganalisis salah satu kemampuan yang harus dimiliki seorang profesi bidan yaitu berpikir kritis (Isnaini et al., 2016).

1. Tujuh langkah manjemen kebidanan menurut Helen Varney menjelaskan proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970 an.
   a. Langkah I (pengumpulan data dasar)

      Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Pada kasus KPD, data yang perlu untuk dikumpulkan yaitu, data subjektif yang terdiri dari alasan utama ibu masuk rumah sakit, riwayat keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu, riwayat nifas yang lalu, riwayat kehamilan sekarang, riwayat

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

kesehatan sekarang dan yang lalu, riwayat penyakit keluarga, riwayat sosial ekonomi, psikososial, dan spiritual, riwayat KB, serta riwayat kebutuhan dasar ibu.

Selain itu, data objektif pun termasuk ke dalam asuhan kebidanan pada ibu dengan KPD yang terdiri pemeriksaan umum ibu, pemeriksaan fisik (*head to toe*), pemeriksaan dalam, dan pemeriksaan inspekulo. Terakhir yaitu pemeriksaan penunjang yang sangat membantu dalam menegakkan diagnosis yaitu pemeriksaan laboratorium uji kertas nitrazin yang akan berubah warna menjadi biru gelap jika pelepasan yang keluar adalah cairan amnion, kemudian pemeriksaan *ultrasonografi* (USG) untuk melihat jumlah cairan amnion yang ada di dalam kavum uteri dan pemeriksaan darah untuk melihat tanda-tanda infeksi yang terjadi pada ibu (Sunarti, 2017).

b. Langkah II (interpretasi data dasar)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan, diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Masalah dan diagnosis keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan, seperti diagnosis, tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam sebuah rencana asuhan terhadap

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahan.

c. Langkah III (identifikasi diagnosis atau masalah potensial)

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan dapat diharapkan bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Tujuan dari langkah ketiga ini adalah untuk mengantisipasi semua kemungkinan yang dapat muncul. Pada langkah ini, bidan mengindentifikasi diagnosis dan masalah potensial berdasarkan diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi atau diagnosis dan masalah aktual.

Diagnosis potensial yang mungkin terjadi pada ibu yaitu infeksi intrapartal atau dalam persalinan, infeksi puerperalis atau masa nifas, *dry labour* atau partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetrik (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal. Sedangkan masalah potensial yang terjadi pada janin yaitu *prematuritas (respiratory distress syndrome, hypothermia, neonatal feeding problem, retinopathy of premturit, intraventricular hemorrhage, necroticing enterecolitis, brain disorder (and risk of cerebral palsy, hyperbilirubinemia,*

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

anemia, sepsis), prolaps funiculi atau penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder (kompresi tali pusat, prolaps uteri*, dry labour* atau partus lama*,* APGAR score rendah, *ensefalopaty, cerebral palsy,* perdarahan *intracranial, renal failure, respiratory distress),* dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal (Marmi, 2016).

Pada langkah ketiga ini, bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Dengan demikian, langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis. Kaji ulang diagnosis atau masalah potensial yang diidentifikasi sudah tepat.

d. Langkah IV (menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera)

Tindakan segera merupakan tindakan yang dilakukan dengan cara menetapkan kebutuhan tentang perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Pada kasus persalinan dengan KPD, tindakan antisipasi atau tindakan segera yang harus dilakukan yaitu

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

memberikan infus cairan larutan garam fisiologis, larutan glukosa 5 sampai 10%, induksi uterotonika dan pemberian antibiotik.

e. Langkah V (perencanaan)

Perencanaan 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 dapat dilengkapi. Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan diagnosis kebidanan dan masalah potensial yang akan terjadi. Setiap rencana asuhan 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 tepat 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.

f. Langkah VI (pelaksanaan)

Pelaksanaan merupakan rencana asuhan menyeluruh dan dilakukan dengan efisien dan aman. Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Dalam situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan menghemat biaya serta meningkatkan mutu asuhan klien. Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan KPD sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat.

g. Langkah VII (evaluasi)

Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang kita berikan kepada pasien. Kita mengacu kepada beberapa pertimbangan yaitu tujuan asuhan kebidanan, efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah, dan hasil asuhan. Hasil yang diharapkan dari manajemen kebidanan pada ibu bersalin dengan KPD adalah dapat dilakukan partus secara spontan, komplikasi akibat tindakan medik dapat diatasi serta ibu dan janin dalam kedaan baik dan sehat. Evaluasi dilakukan secara siklus dan dengan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui faktor mana yang menguntungkan atau menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan (Sunarti, 2017).

Pendokumentasian dalam bentuk SOAP menurut Helen Varney, alur berfikir bidan saat menghadapi klien meliputi tujuh langkah, agar

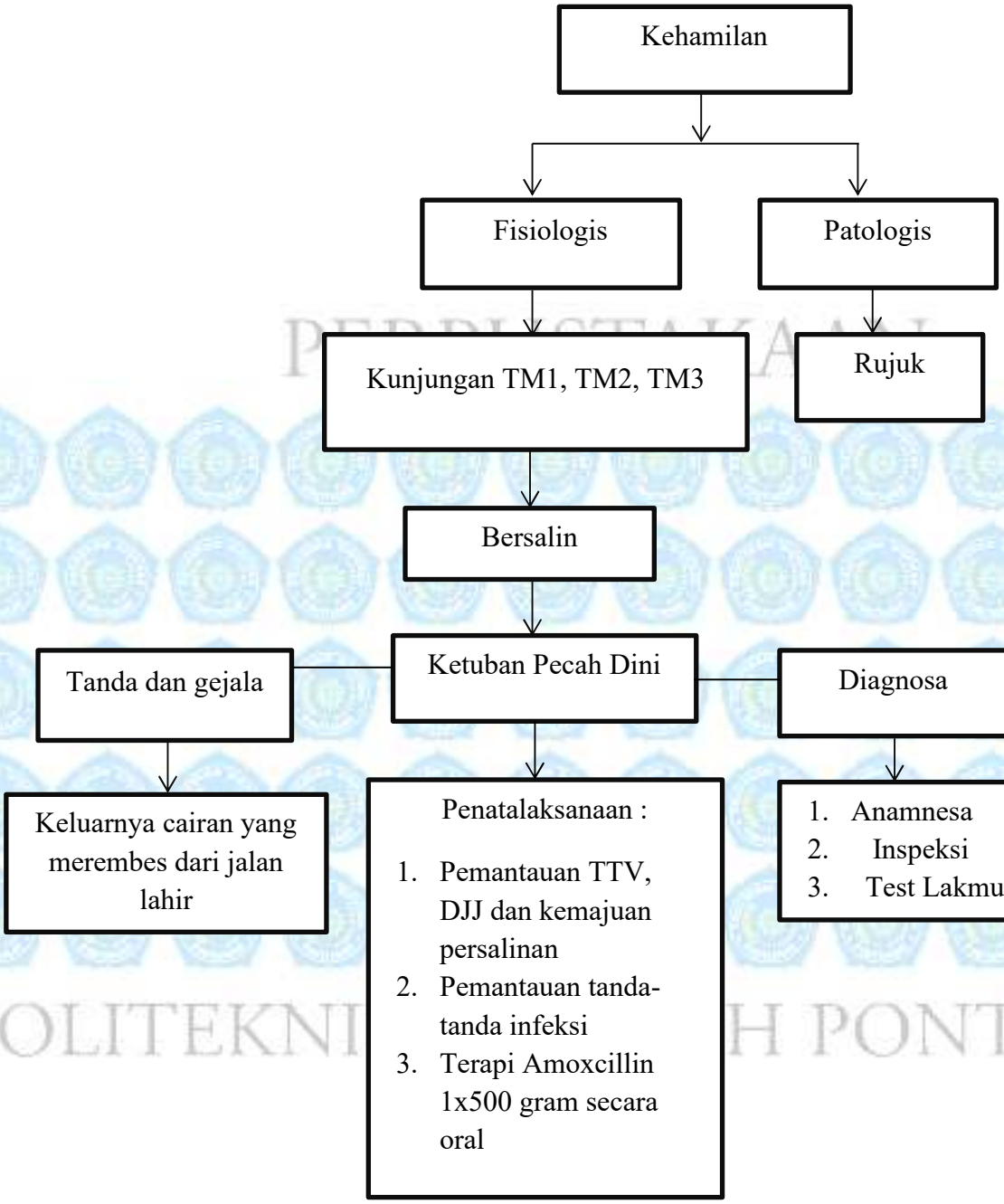
PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

diketahui orang lain apa yang telah dilakukan seorang bidan melalui proses berfikir sistematis, maka dilakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP yaitu:

a. S (Subjektif) menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis (langkah I Varney).
b. O (Objektif) menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnosis lain yang merumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan (langkah I Varney).
c. A (pengkajian atau *Assesment*) menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:
    1) Diagnosis atau masalah.
    2) Antisipasi diagnosis atau masalah potensial.
    3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau konsultasi atau kolaborasi dan atau rujukan (langkah II, III dan IV Varney)
d. P (Planning) menggambarkan pendokumentasian tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan *assessment* (langkah V, VI dan VII Varney) (Mangkuji, 2012).

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

C. **Kerangka Alur Pikir**



Bagan 2.1 Kerangka Alur Pikir
Sumber : Modifikasi (Azizah, 2013) (Rahayu & Sari, 2017) (Marmi, 2016)

PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK KESEHATAN PONTIANAK