

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Persalinan Normal**

##### **1. Pengertian**

Persalinan normal adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Bandiyah, 2012). Persalinan normal adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Margareth ZH, 2013). Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistiyowati & Nugraheny, 2013).

##### **2. Tanda – Tanda Dimulainya Proses Persalinan**

Beberapa tanda – tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut:

a. Terjadinya his persalinan sifat his persalinan adalah :

1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke perut bagian depan

2) Sifatnya teratur, interval makin pendek makin sering, dan kekuatan makin besar

3) Makin beraktivitas (mobilisasi berjalan), kekuatan akan makin bertambah.

b. Pengeluaran lendir dengan darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan :

1) Perdataran dan pembukaan

2) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis yang lepas

3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

4) Pengeluaran cairan pada beberapa kasus persalinan yang akan terjadi pecah ketuban. Sebagaimana besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

c. Hasil –hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam

1) Perlunakan serviks

2) Pendataran serviks

### 3. Sebab - Sebab Mulainya Persalinan (Rukiah, 2013)

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

a. Penurunan kadar progesterone

Progesteron menimbulkan relaksasi otot – otot rahim, sebaiknya

estrogen meningkatkan kontraksi otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah tetapi akan berakhir pada kehamilan cukup bulan kadar progesteron menurun sehingga timbul his semakin sering dalam waktu yang lama.

b. Teori oxytosin

Pada akhir kehamilan kadar oxytosin akan bertambah. Oleh sebab itu akan timbul kontraksi otot – otot rahim.

c. Peregangan otot – otot

Dengan bertambahnya usia kehamilan, maka semakin tereganglah otot – otot rahim sehingga timbullah kontraksi untuk mengeluarkan janin.

d. Pengaruh janin

Hipofise dan kadar suprarenal janin rupanya memegang peranan penting oleh sebab itu kelahiran sering lebih lama.

e. Teori prostaglandin

Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke 15 hingga aterm terutama saat persalinan yang akan menyebabkan kontraksi miometrium

**Tabel 2.1**  
**Karakteristik persalinan sesungguhnya dan persalinan semu**

Serviks menipis dan membuka	Tidak ada perubahan pada serviks
Rasa nyeri dan interval teratur	Rasa nyeri tidak teratur
Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lainnya
Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
Rasa nyeri terasa di bagian belakang dan menyebar ke depan	Kebanyakan rasa nyeri di bagian depan
Dengan berjalan bertambah intensitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri	Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri
Lendir darah sering tampak	Tidak ada lendir darah
Ada penurunan bagian kepala janin	Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin
Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi	Kepala belum masuk PAP walaupun ada kontraksi
Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya	Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu

#### 4. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

##### a. Passage

Passage adalah jalan lahir yang merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa adanya rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

##### 1) Passage

- a) Bagian keras tulang – tulang panggul (rangka panggul)
- b) Bagian lunak (otot – otot, serviks, vagina)

Sumbu panggul

- 2) Sumbu panggul merupakan garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan (sumbu Carus).
- 3) Bidang – bidang Hodge.
  - a) Bidang Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promontorium.
  - b) Bidang Hodge II : sejajar Hodge I setinggi pinggir bawah simpisis.
  - c) Bidang Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
  - d) Bidang Hodge IV : sejajar Hodge I, II, III setinggi os coccygis (Sondakh, 2013).

b. Passanger

Passanger terdiri dari janin dan plasenta janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat terjadinya interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, dan posisi janin janin dapat memengaruhi persalinan karena presentasi dan ukurannya. pada presentasi kepala, tulang – tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, tepi tulang dapat menyisip di antara tulang yang satu dengan tulang yang lainnya (disebut moulage/molase) sehingga ukuran dari kepala bayi menjadi lebih kecil (Runjati dkk, 2017).

c. Power

Power merupakan kekuatan yang mendorong janin pada saat persalinan antara lain his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga mengejan ibu (Runjati dkk, 2017).

d. Psikologis

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran bayinya dianjurkan mereka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah – langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu seperti memilih posisi bersalin yang diinginkan ibu.

e. Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawat daruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk standar operasional prosedur diantaranya yaitu mencuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan pribadi serta pendokumentasian alat bekas pakai (Rukiah dkk, 2013).

## 5. Perubahan Fisiologis Ibu Bersalin

Sejak kehamilan yang memasuki usia kehamilan cukup bulan uterus (rahim) akan terbagi menjadi dua dengan jelas, yaitu:

- a. Segmen atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh korpus uteri.

SAR memegang peranan penting yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan dan mendorong bayi keluar.

- b. Segmen bawah rahim (SBR) yang terjadi dari isthmus uteri.

SBR memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan dan teregang yang akan dilalui bayi.

Bagian – bagian dan perubahannya adalah sebagai berikut :

- 1) Sifat kontraksi otot rahim :

Setelah berkontraksi, otot rahim tidak berelaksasi kembali seperti keadaan sebelum kontraksi, tetap menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonus ototnya sebelum kontraksi yang disebut retraksi. Dengan retraksi, ukuran rongga rahim akan mengecil dan janin secara perlahan akan berangsur didorong ke bawah dan tidak naik lagi ke atas setelah his hilang retraksi ini mengakibatkan sar makin tebal dengan majunya persalinan terutama setelah bayi itu lahir.

- 2) Perubahan bentuk rahim

- a) Adanya kontraksi mengakibatkan sumbu panjang rahim bertambah panjang, sedangkan ukuran melintang maupun ukuran muka belakang dan berkurang.

b) Pengaruh perubahan bentuk rahim yaitu ukuran melintang berkurang, rahim bertambah panjang hal ini merupakan salah satu sebab dari pembukaan serviks.

c) Ligamentum rotundum

Mengandung otot – otot polos dan jika uterus berkontraksi, otot – otot ini ikut berkontraksi sehingga ligamentum rotundum menjadi lebih pendek (Sondakh, 2013).

## **6. Perubahan Psikologis Ibu Bersalin**

Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya proses persalinan, his kurang baik, dan pembukaan yang kurang lancer menurut Pitchard, dkk, perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinannya menjadi lebih lama apabila perasaan takut dan cemas yang dialami ibu berlebihan, maka akan berujung pada stress (Sondakh, 2013).

## **7. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin**

Keinginan dasar ibu dalam melahirkan telah diperkenalkan oleh perawat Lesser dan Keane. Keinginan – keinginan tersebut antara lain :

- a) Ditemani oleh orang lain
- b) Perawatan tubuh atau fisik
- c) Mendapatkan penurun rasa sakit
- d) Mendapat jaminan tujuan yang aman bagi dirinya dan bayinya

- e) Mendapat perhatian yang menerima sikap pribadi dan perilakunya selama persalinan (Sondakh, 2013).

## **8. Lima Benang Merah**

Ada lima aspek dasar/lima benang merah, yang penting dalam persalinan yang bersih dan aman yaitu membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan/rekam medis, dan rujukan.

### **a) Membuat Keputusan Klinik**

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang dibutuhkan oleh pasien keputusan tersebut harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik yaitu sebagai berikut :

- 1) Pengumpulan data utama yang relevan untuk membuat keputusan
- 2) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
- 3) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi / dihadapi
- 4) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah
- 5) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
- 6) Melaksanakan asuhan/intervensi terpilih

7) Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi rencana kerja yang telah dikerjakan dievaluasi untuk menilai tingglat efektifitasnya.

b) Asuhan sayang ibu dan bayi

Asuhan sayang ibu dan bayi merupakan asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu menggambarkan asuhan sayang ibu /ASI adalah dengan menanyakan pada diri kita sendiri “apakah asuhan seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang bersalin”. Salah satu prinsip Asuhan Sayang Ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinanya berlangsung. Asuhan sayang ibu selama persalinan yaitu memberikan dukungan emosional, membantu pengaturan posisi ibu, memberikan cairan dan nutrisi, memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur, dan pencegahan infeksi (Sondakh, 2013).

c) Pencegahan infeksi / PI

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen–komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur pencegahan infeksi ini merupakan upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit – penyakit berbahaya

yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti hepatitis, dan HIV/AIDS.

Definisi tindakan dalam PI tersebut adalah :

- 1) Asepsis atau tehnik aseptik merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan semua usaha yang dilakukan dalam pencegahan masuknya mikro organisme kedalam tubuh dan berpotensi untuk menimbulkan infeksi.
- 2) Anti sepsis adalah suatu tindakan PI dengan cara membunuh/ menghambat pertumbuhan mikro organisme pada kulit maupun jaringan tubuh.
- 3) Dekontaminasi adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh
- 4) Mencuci dan membilas merupakan suatu tindakan untuk menghilangkan darah ,cairan tubuh atau benda asing yang terdapat pada kulit dan instrument
- 5) Desinfeksi merupakan tindakan untuk menghilangkan hampir semua mikro organisme penyebab penyakit yang mencemari benda mati/instrument
- 6) Desinfeksi Tingkat Tinggi/DTT adalah suatu tindakan untuk menghilangkan semua mikro organisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi

7) Sterilisasi adalah tindakan untuk menghilangkan semua mikro organisme termasuk endospora pada benda mati atau instrument

d) Dokumentasi atau pencatatan

pencatatan adalah bagian terpenting dari proses pembuatan keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat suatu rencana asuhan perawatan.

e) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu kefasilitas rujukan atau yang memiliki sarana lebih lengkap , diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan bayi baru lahir meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal 10-15% diantaranya mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga memerlukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap singkatan rujukan ini dikenal dengan “BAKSOKU” dapat digunakan dalam mengingat hal penting untuk mempersiapkan proses rujukan ibu dan bayi (JNPK-KR,2014).

## 9. Mekanisme Persalinan

Dalam mekanisme persalinan normal terjadi beberapa gerakan janin ketika berada dalam posisi belakang kepala gerakan tersebut yaitu sebagai berikut :

### a. Engagement

Terjadi ketika diameter biparietal janin telah masuk melalui pintu atas panggul secara sinklismus dan sinklitismus (anterior dan posterior)

### b. Penurunan kepala

Terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya penurunan kepala merupakan hasil dari kontraksi otot-otot abdomen, tekanan cairan amnion /air ketuban, tekanan langsung fundus pada bokong janin, dan ekstensi serta pelurusan badan atau tulang belakang janin.

### c. Fleksi

Terjadi ketika kepala janin bertemu tahanan yaitu serviks kemudian sisi dari panggul, dan akhirnya dasar panggul.

### d. Rotasi dalam atau putaran paksi dalam

Rotasi dalam atau putaran paksi dalam merupakan putaran terendah janin dari posisi sebelumnya kearah depan sampai di bawah simfisis gerakan ini upaya janin untuk menyesuaikan dengan bidang tengah panggul.

### f) Ekstensi

Merupakan ketika ubun –ubun kecil berada dibawah simfisis pubis sehingga mengarah kedepan sesuai dengan sumbu jalan lahir

selanjutnya ubun-ubun kecil akan semakin tampak dan bekerja sebagai hipomoklion atau pusat gerakan maka akan berangsur-angsur lahir ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, dahi, mata, hidung, mulut, dan, dagu.

g) Rotasi atau putaran paksi luar

Setelah terjadi putaran paksi luar merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin jika ubun-ubun kecil pada awalnya disebelah kiri akan memutar kearah kiri dan begitu juga sebaliknya.

h) Ekspulsi

Setelah terjadi rotasi luar , bahu anterior berfungsi sebagai hipomoklion untuk melahirkan bahu belakang bahu depan terlihat pada orifisium vulva vagina yang menyantuh bagian dibawah simfisis pubis dan bahu postertior menghubungkan perineum dan lahir dengan fleksi lateral setelah bahu lahir, bagian badan janin lahir secara keseluruhan mengikuti sumbu jalan lahir.

## 10. Inisiasi Menyusu Dini

Setelah bayi lahir dengan segera bayi diposisikan di atas ibu dan akan merangkak mencari puting susu ibunya. Biarkan proses kontak kulit ini berlangsung setidaknya 1 jam atau lebih, bahkan sampai bayi dapat menyusu sendiri dengan demikian bayi dapat melakukan reflek sucking dengan segera (JNPK – KR, 2014)

Berhasil atau tidaknya proses bounding attachment ini sangat dipengaruhi oleh kondisi-kondisi berikut :

- a. Kesehatan emosional orang tua
- b. Tingkat kemampuan, komunikasi dan keterampilan untuk merawat anak
- c. Dukungan sosial seperti suami, keluarga, dan teman
- d. Kedekatan orang tua ke anak
- e. Kesesuaian antara orang tua dan anak (keadaan anak dan jenis kelamin) (Nurjanah,2013)

Keuntungan inisiasi menyusu dini :

Keuntungan kontak kulit dengan kulit untuk bayi kontak kulit dengan kulit dan IMD akan :

- a. Menstabilkan pernafasan
- b. Mengendalikan temperature tubuh bayi
- c. Memperbaiki atau mempunyai pola tidur yang lebih baik
- d. Mendorong keterampilan dan kemampuan untuk menyusu lebih cepat dan efektif
- e. Meningkatkan kenaikan berat badan
- f. Meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan bayi
- g. Bayi tidak akan menangis selama satu jam pertama
- h. Menjaga kolonisasi kuman yang aman dari ibu pada perut bayi
- i. Bilirubin akan lebih cepat normal dan mengeluarkan mekonium lebih cepat
- j. Kadar gula dan para meter biokimia lain yang lebih baik selama beberapa jam pertama kehidupannya.

Keuntungan kontak kulit dengan kulit untuk ibu

- a. Oksitosin stimulasi kontraksi uterus dan menurunkan resiko perdarahan pasca persalinan, merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI, keuntungan hubungan mutualistik ibu dan bayi, ibu menjadi lebih tenang, membantu kelahiran plasenta dan pengalihan rasa nyeri dari berbagai prosedur pasca persalinanya
- b. Prolaktin meningkatkan produksi ASI, membantu ibu mengatasi stress terhadap berbagai rasa kurang nyaman, memberi efek relaksasi pada ibu setelah bayi selesai menyusu, menunda ovulasi

Keuntungan IMD untuk bayi :

- a) Makan dengan kualitas dan kuantitas optimal
- b) Segera memberikan kekebalan pasif pada bayi
- c) Meningkatkan kecerdasan
- d) Membantu bayi mengorganisasikan kemampuan hisap, menelan, dan nafas
- e) Meningkatkan jalinan kasih sayang antara ibu dan bayi
- f) Mencegah kehilangan panas (JNPK-KR,2014)

## **11. Tahapan Persalinan**

### **a. Kala I (Kala Pembukaan)**

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai pembukaan nol sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm) proses ini terbagi dalam dua fase antara lain sebagai berikut :

- 1) Fase laten berlangsung sampai 8 jam pembukaan 1-3 cm
- 2) Fase aktif berlangsung selama 7 jam serviks membuka dari 4 cm - 10 cm kontraksi lebih kuat dan sering dibagi dalam tiga fase :
  - a) Fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm sampai 4 cm.
  - b) Fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm
  - c) Fase deselerasi pembukaan menjadi lambat sekali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap

Proses ini terjadi pada primi gravida ataupun pada multi gravida tetapi pada multi gravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek pada primi gravida kala I berlangsung 12 jam, sedangkan pada multi gravida 8 jam (sondakh, 2013)

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah :

- a) Memberi dukungan emosional
- b) Bekerja sama dengan anggota keluarga untuk :
  - 1) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan pujian pada ibu
  - 2) Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi
  - 3) Memijat punggung, kaki, atau kepala dan tindakan-tindakan bermanfaat lainnya
  - 4) Menyeka muka ibu secara lembut dengan kain yang dibasahi air hangat ataupun dingin

- 5) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman
- 6) Mengatur posisi yang aman selama proses persalinan memberikan cairan nutrisi dan hidrasi, memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi dikarenakan dehidrasi dapat menyebabkan kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif
- 7) Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama proses persalinan dapat menghalangi kontraksi
- 8) Pencegahan infeksi (JNPK-KR,2014)

**b. Kala II**

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi (JNPK-KR,2014)

- a) Gejala utama kala II
  - 1) His semakin kuat
  - 2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
  - 3) Ketuban pecah pada saat pembukaan mendekati lengkap diikuti dengan keinginan mengejan karena tertelannya fleksus franken houser
  - 4) Dua kekuatan yaitu his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu dan kemudian secara

berturut-turut lahir ubun-ubun besar,dahi, hidung dan muka,serta kepala seluruhnya

- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti dengan putaran paksi luar yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- 6) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara :
  - a) Kepala dipegang pada tulang os occiput dan bagian bawah dagu,kemudian diarahkan curam kebawah untuk melahirkan bahu depan curam keatas untuk melahirkan bahu belakang
  - b) Setelah kedua bahu bayi lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi
  - c) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban (Sondakh,2013)
- b) Tanda pasti kala II dinilai dari pemeriksaan dalam (informasi objektif ) yang hasilnya adalah :
  - 1) Pembukaan serviks telah lengkap
  - 2) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina
  - 3) Asuhan yang dapat dilakukan :
    - a) Pendamping ibu saat proses persalinan sampai dengan kelahiran bayi
    - b) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain :

- 1) Membantu ibu untuk berganti posisi
  - 2) Melakukan rangsangan taktil
  - 3) Memberikan makan dan minum disela kontaksi
  - 4) Menjadi teman bicara atau pendengar yang baik
  - 5) Memberikan dukungan dan semangat selama proses persalinan sampai dengan kelahiran bayi
- c) Penolong persalinan selama proses permenghadapi salinan memberikan dukungan pada ibu
  - d) Membuat hati ibu merasatentram selama dalam menghadapi persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan pada ibu
  - e) Membantu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran
  - f) Setelah pembukaan lengkap, menganjurkan ibu untuk meneran bila ada dorongan kuat untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada kontraksi
  - g) Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II
  - h) Memberikan rasa aman dan nyaman
  - i) Pencegahan inveksi selama kala II dengan membersihkan vulva dan perinium ibu
  - j) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan (JNPK-KR,2014)

**c. Kala III**

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (JNPK-Kr,2014). Pada umumnya plasenta berbentuk bulat atau oval yang memiliki diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, berat 500-600 gram sementara itu tali pusat yang menghubungkan plasenta memiliki panjang 25-60 cm (Sondakh,2013).

1) Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal dibawah ini :

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi uterus berbentuk bulat dan tinggi fundus uteri biasanya setinggi pusat
- b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vagina (tanda ahfeld). Semburan darah mendadak dan singkat darah dibantu apabila kumpulan darah yang terkumpul dibelakang plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi apabila kumpulan darah (retro placenta pooling) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta. Melebihi kapasitas tampungannya maka darah tersebut akan tersembur keluar dari tepi plasenta yang lepas (JNPK-KR,2014)

- 2) Asuhan yang dapat dilakukan
  - a) Memberikan kesempatan pada ibu untuk segera memeluk dan menyusui bayinya
  - b) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan
  - c) Pencegahan infeksi pada kala III
  - d) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan)
  - e) Meleakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi kondisi kegawat daruratan
  - f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi
- 3) Memberi motivasi dan pendampingan selama kala III  
(Sondakh,2013)

#### **d. Kala IV**

Persalinan kala IV dimulai sejak lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu , asuhan yang diberikan antara lain yaitu :

- 1) Lakukan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang terus berkontaksi baik dan kuat
- 2) Evaluasi tinggi fundus uteri
- 3) Memperkirakan kehilangan darah
- 4) Memeriksa kemungkinan perdarahan dari robekan perineum
- 5) Evaluasi keadaan umum ibu
- 6) Mendokumentasi semua asuhan dan temuan persalinan kala IV di bagian belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan (JNKR-KR,2014)

**e. Partograf**

Partograf merupakan alat bantu untuk mengobservasi kemajuan kala I persalinan dalam memberikan informasi untuk membuat keputusan klinik (Sondakh,2013). Partograf adalah alat untuk membantu pemantauan observasi kemajuan kala I persalinan dalam membuat keputusan klinik (JNPK-KR,2014)

**f. Pencatatan selama fase aktif persalinan**

Halaman depan partograf menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan yang menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, yaitu :

- 1) Informasi tentang ibu
  - a) Nama dan umur
  - b) Gravida, para, abortus
  - c) Nomor catatan medik/nomor puskesmas
  - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat
  - e) Waktu pecah selaput ketuban
- 2) Kondisi janin
  - a) Denut jantung janin
  - b) Warna dan adanya air ketuban
  - c) Penyusupan (molase) kepala janin
- 3) Kemajuan persalinan
  - a) Pembukaan serviks
  - b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

- c) Garis waspada dan garis bertindak
- 4) Jam dan waktu
  - a) Waktu mulainya fase aktif persalinan
  - b) Waktu atau pemeriksaan atau penilaian
- 5) Kontraksi uterus
  - a) Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit
  - b) Lama kontraksi (dalam detik)
- 6) Obat-obatan yang diberikan
  - a) Oksitosin
  - b) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
- 7) Kondisi ibu
  - a) Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh
  - b) Urine, (volume, aseton, protein)
- 8) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau dicatat kemajuan persalinan)(JNKP-KR,2014)

**g. Penatalaksanaan 60 langkah Persalinan Normal**

1. Melihat Tanda Dan Gejala Kala II
  - a. Mengamati tanda dan gejala kala dua
    - 1) Ibu mengatakan ingin meneran
    - 2) Ibu mengalami tekanan yang semakin meningkat pada rektum atau vaginanya

- 3) Perinium mrnonjol
- 4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka

## 2. Mempersiapkan Pertolongan Persalinan

- a. Memastikan perlengkapan bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai kedalam partus set
- b. Menggunakan baju penutup atau celmek plastik yang bersih
- c. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengeringkan dengan handuk dan sekali pakai/milik pribadi yang bersih
- d. Memakai satu sarung tangan DTT atau steril dan untuk semua pemeriksaan dalam
- e. Memasukan oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfektan tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali pada instrument partus set tanpa mengkontaminasi tabung suntik

## 3. Memastikan Pembukaan Lengkap Dengan Janin Baik

- a. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi pada mulut vagina perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu,

- membersihkannya dengan seksama yaitu dengan cara menyeka dari depan kebelakang membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar mengganti
- b. sarung tangan dengan meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan klorin 0,5%
  - c. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan serviks telah lengkap bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap maka lakukan tindakan amniotomi
  - d. Mendekontaminasikan sarung tangan dengan cara mencelupkan kedua tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% diusap dan diamkan selama 10 menit (mencuci tangan seperti diatas)
  - e. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa (DJJ) dalam batas normal (120-160 x/menit)
  - f. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
  - g. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaiannya kedalam partograf
4. Menyiapkan Ibu & Keluarga Untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran
- a. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik
  - b. Membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman sesuai dengan

- keinginannya
- c. Menunggu ibu hingga mempunyai keinginan untuk meneran melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan
  - d. Menjelaskan pada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ingin meneran
  - e. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat his membantu ibu dengan posisi yang diinginkan yaitu litotomi dan pastikan merasa nyaman).
5. Laksanakan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :
- a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu memiliki kekuatan untuk meneran
  - b. Membantu ibu memilih posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya
  - c. Menganjurkan ibu beristirahat diantara kontraksi
  - d. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu
  - e. menganjurkan asupan cairan peroral (makan dan minum disela kontraksi)
  - f. Menilai DJJ setiap 30 menit dan periksa dalam setiap 4 jam

- g. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit(1 jam) untuk multipara, merujuk ibu segera jika ibu tidak memiliki keinginan untuk meneran
  - h. Menganjurkan ibu untuk bejalan,berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika belum ada dorongan meneran dalam 60 menit
6. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi
- a. Letakkan handuk bersih diatas perut ibu (untuk mengeringkan tubuh bayi)
  - b. Letakkan duk bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
  - c. Membuka partus set
  - d. Memakai sarung DTT atau steril pada kedua tangan
7. Menolong Kelahiran Bayi
- a. Setelah kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain letakkan tangan yang lain untuk melakukan tekanan lembut dan tidak menghambat pada kelahiran kepala bayi membiarkan kepala bayi keluar perlahan-lahan menganjurkan ibu untuk batuk disela kontraksi
  - b. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai, jika hal itu terjadi kemudian meneruskan proses kelahiran bayi :
    - Jika tali pusat melilit leher bayi dengan longgar maka

lepaskan melewati bagian atas kepala bayi

- Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, klem tali pusat pada dua tempat dan memotongnya

Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

- c. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan pada masing-masing sisi muka bayi menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah atas hingga bahu anterior muncul dibawah arcus pubis kemudian dengan lembut menarik arah atas dan bawah untuk melahirkan bahu posterior untuk melahirkan badan dan tungkai
- d. Setelah kedua bahu dilahirkan, melakukan penelusuran pada bagian bahu hingga tungkai mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan tangan bagian kanan untuk menyangga tubuh saat dilahirkan menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir
- e. Setelah lengan dan tubuh lahir, mengeluarkan tangan yang ada di anterior (atas) dari punggung sampai seluruh tubuh bayi lahir penolong memegang kedua mata kaki bayi dan menolong untuk kelahiran bayi

## 8. Penanganan Bayi Baru Lahir

- a. Melakukan penilaian sepiantas apakah bayi cukup bulan, menangis kuat, dan bergerak aktif
- b. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan kecuali bagian pusat
- c. Periksa kembali perut ibu apakah terdapat janin kedua (pastikan bahwa janin tunggal)
- d. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik
- e. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, memberikan suntikan oksitosin 10 unit pada paha 1/3 bagian paha kiri bagian luar setelah mengaspirasinya terlebih dahulu
- f. Setelah 2 menit sejak bayi lahir, pegang tali pusat tangan satu tangan perkirakan 5 cm dari pusat bayi urut 3 ke arah bayi jepit menggunakan umbilical klem, urut 2 cm setelah klem pertama ke arah ibu
- g. Alasi menggunakan tangan mencegah kontak langsung pada bagian perut bayi lakukan pemotongan tali pusat
- h. Tempatkan bayi pada bagian dada ibu untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi selimuti bayi menggunakan kain atau selimut yang bersih dan kering, dan menutup bagian kepala menggunakan topi

## 9. Penanganan Bayi Baru Lahir

- a. Pindahan klem tali pusat berjarak 5-10 cm dari vulva
- b. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada pada perut ibu, tepat diatas tulang pubis dan menggunakan tangan kiri untuk palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus tangan kanan meregangkan tali pusat
- c. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah sejajar dengan lantai dengan lembut dan lakukan tekanan pada bagian uterus yang berlawanan pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah belakang (dorso kranial) dengan hati-hati unyuk mencegah terjadinya inversio uteri jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan peregangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikutnya mulai
- d. Jika uterus tidak berkontraksi, minta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu untuk melahirkan plasenta
- e. Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutkan dorongan kearah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan ibu boleh sambil meneran untuk dan penolong meregangkan tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan

berlawanan pada uterus (dorso cranial)

- f. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva
- g. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan peregangan tali pusat selama 15 menit :
  - 1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit pada ibu menilai kandung
  - 2) kemih dan mengateterisasi kandung kemih dengan menggunakan tehnik aseptik jika perlu
  - 3) Meminta keluarga unruk menyiapkan rujukan jika perlu
  - 4) Mengulangi peregangan tali pusat 15 menit berikutnya
  - 5) Merujuk jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi
- h. Saat plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menyambut menggunakan dua tangan dengan berhati-hati memutar plasenta dengan menggunakan kedua tangan hingga selaput ketuban terpinlin dengan lembut dan perlahan melahirkan plasenta dan selaput ketuban
- i. Jika selaput ketuban robek memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril
- j. Memeriksa vagina dan serviks dengan seksama menggunakan jari-jari tangan
- k. Rangsangan taktil (massase uterus) fundus menjadi keras

1. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan massase uterus dengan cara meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan sisi ulna dan menggerakkan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)

#### 10. Menilai Perdarahan

- a. Menilai kedua sisi plasenta baik dari sisi mater (yang menempel pada ibu) dan fetal yang merekat pada bayi memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh meletakkan plasenta pada tempat kusus (kom plasenta)
- b. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif

#### 11. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

- a. Menilai ulang dan pastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik
- b. Mencilupkan tangan yang ,masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh ,lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tanagn dalam klorin 0,5% selama 10 menit ,cuci tangan dengan sabun dan air mengalir keringkan menggunakan handuk bersih
- c. Evaluasi
  - 1) Pastikan kandung kemih kosong

- 2) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan menilai kontraksi uterus
  - 3) Mengevaluasi kehilangan darah
  - 4) Memeriksa nadi dan pastikan keadaan umum ibu baik
  - 5) Periksa kembali kondisi bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit)
- d. Kebersihan dan keamanan
  - e. Tempatkan semua peralatan kedalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit cuci bilas peralatan setelah di dekontaminasikan
  - f. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi dalam tempat sampah yang sesuai
  - g. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfektan tingkat tinggi membersihkan cairan tubuh dan paparan darah dimulai dari bagian yang terbersih yaitu perut
  - h. Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu memberikan ASI menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
  - i. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan menggunakan larutan klorin 0,5%
  - j. Mencelupkan srung tangan kedalam larutan klorin 0,5% secara terbalik
  - k. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

- l. Pakai sarung tangan bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- m. Dalam 1 jam pertama berikan salep mata previlaksis, Neo K 0,5mg intra muskular pada paha kiri setelah satu jam kontak kulit dengan ibu
- n. Berikan imunisasi Hepatitis B (setelah 1 jam pemberian Vit K)
- o. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5%
- p. Mencuci kedua tangan menggunakan sabun dan air mengalir
- q. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda vitas dan asuhan kala IV persalinan  
(Modul Midwifery update,2016)

## **B. Ketuban Pecah Dini**

### **1. Pengertian**

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum tanda-tanda persalinan (Mansjoer, et al, 2002). Pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (masa laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya/ rupturnya selaput amnion sebelum dimulainya persalinan yang sebenarnya atau pecahnya selaput amnion sebelum usia kehamilannya mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi (Mitayani, 2011).

Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan, hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan (Sujiyati, 2009). Ketuban pecah dini (KPD) merupakan pecahnya selaput janin sebelum proses persalinan dimulai, pada usia kurang dari 37 minggu (Errol Norwiz & John).

## 2. Etiologi

Ketuban pecah dini biasanya menyebabkan persalinan premature alias bayi terpaksa dilahirkan sebelum waktunya. Air ketuban pecah lebih awal bisa disebabkan oleh beberapa hal, seperti yang disampaikan oleh Geri Morgan (2009) yaitu:

- a. Infeksi rahim, leher rahim, atau vagina,
- b. Pemicu umum ketuban pecah dini adalah :
  - 1) Persalinan premature
  - 2) Korioamnionitis terjadi dua kali sebanyak KPD
  - 3) Malposisi atau malpresentasi janin
- c. Faktor yang mengakibatkan kerusakan serviks
  - 1) Pemakaian alat-alat pada serviks sebelumnya (misalnya aborsi terapeutik, LEEP, dan sebagainya)
  - 2) Peningkatan paritas yang memungkinkan kerusakan serviks selama kelahiran sebelumnya
  - 3) Inkompetensi serviks
- d. Riwayat KPD sebelumnya sebanyak dua kali atau lebih
- e. Faktor-faktor yang berhubungan dengan berat badan ibu:

- 1) Kelebihan berat badan sebelum kehamilan
  - 2) Penambahan berat badan sebelum kehamilan
- f. Merokok selama kehamilan
- g. Usia ibu yang lebih tua mungkin menyebabkan ketuban kurang kuat daripada ibu muda
- h. Riwayat hubungan seksual baru-baru ini.
3. Patofisiologi

Infeksi dan inflamasi dapat menyebabkan ketuban pecah dini dengan menginduksi kontraksi uterus dan atau kelemahan fokal kulit ketuban. Banyak mikroorganisme servikovaginal, menghasilkan fosfolipid C yang dapat meningkatkan konsentrasi secara lokal asam arakidonat, dan lebih lanjut menyebabkan pelepasan PGE<sub>2</sub> dan PGF<sub>2</sub> alfa dan selanjutnya menyebabkan kontraksi miometrium. Pada infeksi juga dihasilkan produk sekresi akibat aktivitas monosit/ makrofag, yaitu sitokrin, interleukin 1, faktor nekrosis tumor dan interleukin 6. Platelet *activating factor* yang diproduksi oleh paru-paru janin dan ginjal janin yang ditemukan dalam cairan amnion, secara sinergis juga mengaktifasi pembentukan sitokin. Endotoksin yang masuk ke dalam cairan amnion juga akan merangsang sel-sel desidua untuk memproduksi sitokin dan kemudian prostaglandin yang menyebabkan dimulainya persalinan.

Adanya kelemahan lokal atau perubahan kulit ketuban adalah mekanisme lain terjadinya ketuban pecah dini akibat infeksi dan inflamasi. Enzim bakterial dan atau produk host yang disekresikan sebagai respon

untuk infeksi dapat menyebabkan kelemahan dan rupture kulit ketuban. Banyak flora servikoginal komensal dan patogenik mempunyai kemampuan memproduksi protease dan kolagenase yang menurunkan kekuatan tenaga kulit ketuban. Elastase leukosit polimorfonuklear secara spesifik dapat memecah kolagen tipe III pada manusia, membuktikan bahwa infiltrasi leukosit pada kulit ketuban yang terjadi karena kolonisasi bakteri atau infeksi dapat menyebabkan pengurangan kolagen tipe III dan menyebabkan ketuban pecah dini.

Enzim hidrolitik lain, termasuk katepsin B, katepsin N, kolagenase yang dihasilkan netrofil dan makrofag, nampaknya melemahkan kulit ketuban . Sel inflamasi manusia juga menguraikan aktifator plasminogen yang mengubah plasminogen menjadi plasmin potensial, potensial menjadi penyebab ketuban pecah dini.

#### 4. Tanda Dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes dengan ciri pucat dan bergaris warna darah, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal “atau menyambut kebocoran untuk sementara. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sujiyatini, 2009).

## 5. Penatalaksanaan

### a. Pencegahan

- 1) Obati infeksi gonokokus, klamidi, dan vaginosis bacterial
- 2) Diskusikan pengaruh merokok selama kehamilan dan dukung untuk mengurangi atau berhenti.
- 3) Motivasi untuk menambah berat badan yang cukup selama hamil
- 4) Anjurkan pasangan agar menghentikan koitus pada trisemester akhir bila ada faktor predisposisi.

b. Panduan mengantisipasi: jelaskan pasien yang memiliki riwayat berikut ini saat prenatal bahwa mereka harus segera melapor bila ketuban pecah.

c. Kondisi yang menyebabkan ketuban pecah dapat mengakibatkan prolaps tali pusat:

- 1) Letak kepala selain vertex
- 2) Polihidramnion
- 3) Herpes aktif
- 4) Riwayat infeksi streptokus beta hemolitiukus sebelumnya.

d. Bila ketuban telah pecah

- 1) Anjurkan pengkajian secara saksama. Upayakan mengetahui waktu terjadinya pecahnya ketuban
- 2) Bila robekan ketuban tampak kasar:
  - a) Saat pasien berbaring terlentang, tekan fundus untuk melihat adanya semburan cairan dari vagina.

- b) Basahi kapas asupan dengan cairan dan lakukan pulasan pada slide untuk mengkaji ferning di bawah mikroskop.
  - c) Sebagian cairan diusapkan ke kertas Nitrazene. Bila positif, pertimbangkan uji diagnostik bila pasien sebelumnya tidak melakukan hubungan seksual tidak ada perdarahan dan tidak dilakukan pemeriksaan pervagina menggunakan jeli K-Y.
- 3) Bila pecah ketuban dan/ atau tanda kemungkinan infeksi tidak jelas, lakukan pemeriksaan pekulum steril.
- a) Kaji nilai bishop serviks (lihat Nilai Bishop).
  - b) Lakukan kultur serviks hanya bila ada tanda infeksi.
  - c) Dapatkan spesimen cairan lain dengan lidi kapas steril yang dipulaskan pada slide untuk mengkaji ferning di bawah mikroskop.
- 4) Bila usia gestasi kurang dari 37 minggu atau pasien terjangkit Herpes Tipe 2, rujuk ke dokter.
- e. Penatalaksanaan konservatif
- 1) Kebanyakan persalinan dimulai dalam 24-72 jam setelah ketuban pecah.
  - 2) Kemungkinan infeksi berkurang bila tidak ada alat yang dimasukan ke vagina, kecuali spekulum steril, jangan melakukan pemeriksaan vagina.
  - 3) Saat menunggu, tetap pantau pasien dengan ketat.

- a) Ukur suhu tubuh empat kali sehari; bila suhu meningkat secara signifikan, dan/ atau mencapai  $38^{\circ}\text{C}$ , berikan macam antibiotik dan pelahiran harus diselesaikan.
  - b) Observasi rabas vagina: bau menyengat, purulen atau tampak kekuningan menunjukkan adanya infeksi.
  - c) Catat bila ada nyeri tekan dan iritabilitas uterus serta laporkan perubahan apa pun
- f. Penatalaksanaan agresif
- 1) Jel prostaglandin atau misoprostol (meskipun tidak disetujui penggunaannya) dapat diberikan setelah konsultasi dengan dokter
  - 2) Mungkin dibutuhkan rangkaian induksi pitocin bila serviks tidak berespons
  - 3) Beberapa ahli menunggu 12 jam untuk terjadinya persalinan. Bila tidak ada tanda, mulai pemberian pitocin
  - 4) Berikan cairan per IV, pantau janin
  - 5) Peningkatan resiko seksio sesaria bila induksi tidak efektif.
  - 6) Bila pengambilan keputusan bergantung pada kelayakan serviks untuk diindikasi, kaji nilai bishop setelah pemeriksaan spekulum. Bila diputuskan untuk menunggu persalinan, tidak ada lagi pemeriksaan yang dilakukan, baik manipulasi dengan tangan maupun spekulum, sampai persalinan dimulai atau induksi dimulai

- 7) Periksa hitung darah lengkap bila ketuban pecah. Ulangi pemeriksaan pada hari berikutnya sampai melahirkan atau lebih sering bila ada tanda infeksi
- 8) Lakukan NST setelah ketuban pecah; waspada adanya takikardia janin yang merupakan salah satu tanda infeksi
- 9) Mulai induksi setelah konsultasi dengan dokter bila :
  - 1) Suhu tubuh ibu meningkat signifikan
  - 2) Terjadi takikardia janin
  - 3) Lokia tampak keruh
  - 4) Iritabilitas atau nyeri tekan uterus yang signifikan
  - 5) Kultur vagina menunjukkan streptokokus beta hemolitikus
  - 6) Hitung darah lengkap menunjukkan kenaikan sel darah putih
- g. Penatalaksanaan persalinan lebih dari 24 jam setelah ketuban pecah
  - 1) Persalinan spontan
    - a) Ukur suhu tubuh pasien setiap 2 jam, berikan antibiotik bila ada demam
    - b) Anjurkan pemantauan janin internal
    - c) Beritahu dokter spesialis obstetri dan spesialis anak atau praktisi perawat neonatus
    - d) Lakukan kultur sesuai panduan
  - 2) Indikasi persalinan
    - a) Lakukan secara rutin setelah konsultasi dengan dokter
    - b) Ukur suhu tubuh setiap 2 jam

c) Antibiotik : pemberian antibiotik memiliki beragam panduan, banyak yang memberikan 1-2 gram ampisilin per IV atau 1-2 gram Mefoxin per IV setiap 6 jam sebagai profilaksis. Beberapa panduan lainnya menyarankan untuk mengukur suhu tubuh ibu dan DJJ untuk menentukan kapan antibiotik mungkin diperlukan.

## 6. Pemeriksaan Penunjang

### a. Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan PHnya. Cairan yang keluar dari vagina kecuali air ketuban mungkin juga urine atau secret vagina, sekret vagina ibu hamil pH: 4,5 dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning. Alat tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). Ph air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu. 1b. mikroskop (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun psikis.

### b. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita

oligohidroamion. Walaupun pendekatan diagnosis KPD cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana (Sujiyatini, 2009).

## 7. Komplikasi

Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan, yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi meningkat pada kejadian KPD. Semua ibu hamil dengan KPD premature sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan amnion). Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada KPD. Risiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada KPD Praterm. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal terjadi pada KPD praterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila KPD praterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu.

- a. Infeksi intrauterine
- b. Tali pusat menumbung
- c. Prematuritas
- d. Distosia.

## C. Manajemen Asuhan Kebidanan (SOAP)

### 1. Pengertian

Manajemen asuhan kebidanan menurut varney merupakan proses pemecahan masalah kebidanan yang digunakan sebagai metode untuk

mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, ketetapan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang berfokus pada pasien (Sulistiyawati, Nugraheni, 2012)

## 2. Pendokumentasian SOAP

Proses penyelesaian masalah merupakan salah satu upaya yang dapat digunakan dalam manajemen kebidanan. Varney berpendapat bahwa dalam melakukan manajemen kebidanan, bidan harus memiliki kemampuan berfikir secara kritis untuk menentukan diagnosa atau masalah potensial kebidanan. Langkah-langkah dalam proses manajemen adalah sebagai berikut :

### a. Data subjektif

Informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara secara langsung kepada pasien (anamnesa) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan

### b. Data objektif

Pencatatan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan khusus kebidanan, data penunjang, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologistik, ataupun USG (Muslihatun, 2010)

### c. Assasment

Merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif (Willdan Hidayat, 2011)

d. Planning

Adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis interpretasi data(Muslihatun,2010)

3. Nomenklatur kebidanan

Nomenklatur diagnosa kebidanan adalah suatu sistem nama yang telah diidentifikasi dan diakui serta di sahkan oleh profesi, digunakan untuk menegakkan diagnosa sehingga memudahkan pengambilan keputusan

**Tabel 2.2**  
**Daftar Nomenklatur Diagnosa Kebidanan**

NO	NAMA DIGNOSIS	NO	NAMA DIGNOSIS
1.	Kehamilan normal	36.	Invertio uteri
2.	Partus normal	37.	Bayi besar
3.	Syok	38.	Malaria berat dengan komplikasi
4.	Denyut jantung janin tidak normal	39.	Malaria ringan tanpa komplikasi
5.	Abortus	40.	Mekonium
6.	Solusio plasenta	41.	Meningitis
7.	Akut pielonefritis	42.	Metritis
8.	Amnionitis	43.	Migrain
9.	Anemia berat	44.	Kehamilan mola
10.	Apendistitis	45.	Kehamilan ganda
11.	Antonia uteri	46.	Partus macet
12.	Postpartum normal	47.	Posisi occiput
13.	Infeksi mammae	48.	Posisi oksiput melintang
14.	Pembengkakan mammae	49.	Kista ovarium
15.	Presentasi bokong	50.	Abses pelvic
16.	Asma bronchiale	51.	Peritonitis
17.	Preseptasi dagu	52.	Plasenta previa
18.	Disproporsi cephalo pelvic	53.	Pneumonia
19.	Hipertensi kronik	54.	Preeklampsia berat atau ringan
20.	Koagulopati	55.	Hipertensi karena kehamilan
21.	Presentasi ganda	56.	Ketuban pecah dini
22.	Cystitis	57.	Partus prematuritas
23.	Eklampsia	58.	Prolaps tali pusat
24.	Kehamilan ektopik	59.	Partus fase laten lama
25.	Ensafalitis	60.	Partus kala 2 lama
26.	Epilepsi	61.	Retensio plasenta
27.	Hidromnion	62.	Sisa plasenta
28.	Presentasi muka	63.	Ruptur uteri
29.	Persalinan semu	64.	Bekas luka uteri
30.	Kematian janin	65.	Presentasi bahu
31.	Hemoragik antepartum	66.	Distosia bahu
32.	Hemoragik post partum	67.	Robekan servik dan vagina
33.	Gagal jantung	68.	Tetanus
34.	Intertia uteri	69.	Letak lintang
35.	Infeksi luka		

(Wildan, Hidayat, 2011)

