

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi janin dan plasenta yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan Serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Kasiati, 2023)

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin dan plasenta yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42. Minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Ana, 2024)

2.2.2 Sebab Terjadinya Persalinan

Hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot table, membuatnya kurang rentan terhadap rangsangan eksternal seperti oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanik, sehingga otot table dan otot polos berelaksasi (Utami and Fitriahadi, 2019).

Sebab-sebab persalinan :

a. Teori Keregangan

Kondisi uterus yang terus membesar semakin menegang menyebabkan iskemia pada otot-otot table. Ini mempengaruhi sirkulasi uteroplasenter menyebabkan degenerasi plasenta. Teori Penurunan Progesteron

b. Plasenta

Plasenta mulai mengalami penuaan saat usia kehamilan 28 minggu, akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone berkurang akibatnya, ketika penurunan progesterone tercapai, otot-otot rahim mulai berkontraksi.

c. Teori Oksitosin Interna.

Semakin tuanya usia kehamilan mengakibatkan penurunan hormon progesteron sehingga oksitosin meningkatkan aktivitas untuk terjadinya persalinan.

d. Teori Prostaglandin

Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menyebabkan otot-otot table berkontraksi menyebabkan pengeluaran hasil konsepsi. (Kurniarum, 2016; Sulisdiana, Mail and Rufaida, 2019).

e. Teori Hipotalamus Pituitary dan Glandula Suprarenalis Linggin (1973)

Bahwa pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan yang disebabkan oleh tidak terbentuknya hipotalamus.

f. Teori Berkurangnya Nutrisi

Teori berkurangnya nutrisi pada pertama dikemukakan oleh Hippokrates. Teori tersebut menjelaskan bahwa jika nutrisi pada janin berkurang, maka konsepsi akan segera dikeluarkan (Sulisdiana, Mail and Rufaida, 2019).

g. Faktor lain

Tekanan pada ganglion servikale dari pleksus frankenhauser yang terletak pada leher table dapat menyebabkan terjadinya kontraksi persalinan (Utami and Fitriahadi, 2019).

2.2.3 Tanda Dan Gejala Persalinan

Menurut (Kasiati, 2023) terdapat sejumlah tanda dan gejala peringatan yang dapat meningkatkan kesiagaan setiap ibu hamil pada saat mendekati waktu bersalin yaitu

1. Lightening

Lightening menyebabkan tinggi fundus memurun ke posisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan. Pada primigravida biasanya lightening terjadi sebelum persalinan, hal ini kemungkinan disebabkan oleh peningkatan intensitas kontraksi Braxton hicks dan tonus otot abdomen yang baik.

2. Beberapa hal yang dirasakan ibu akibat penurunan presentasi bayi ke dalam panggul yaitu:

- a. Terasa ringan pada bagian atas dan rasa sesak berkurang,
- b. Di bagian bawah terasa penuh dan mengganjal,
- c. Kesulitan saat berjalan dan sering berkemih.

3. Perubahan Serviks

Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum kematangan persalinan mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan.

4. Kontraksi Palsu Braxton Hicks

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Persalinan palsu dapat terjadi selama beberapa hari atau secara intermiten bahkan empat atau tiga minggu sebelum awitan persalinan sejati.

5. Ketuban Pecah Dini

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala satu persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, kondisi tersebut disebut Ketuban Pecah Dini (KPD).

6. Bloody Show

Bloody Show merupakan pengeluaran lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Hal ini merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 hingga 48 jam.

7. Lonjakan Energi

Peningkatan energi ini dapat terjadi dalam waktu kurang lebih 24 hingga 48 jam sebelum persalinan dimulai.

2.2.4 Tahapan Persalinan

Menurut (Kasiati, 2023), persalinan dibagi dalam 4 tahapan di antaranya:

1. Kala 1 (Pembukaan)

Kala 1 Persalinan adalah tahapan persalinan yang dimulai dengan tanda kontraksi uterus yang teratur sehingga menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks 1 sampai 10 cm. Kala satu terdiri atas dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase Laten Persalinan

- Dimulai sejak uterus berkontraksi secara teratur minimal 2 kali dalam 10 menit.
- Pembukaan 1 sampai kurang dari 4.
- normalnya fase laten terjadi selama 6-8 jam.

b. Fase Aktif Persalinan

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi akan dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) Dimulai dari pembukaan serviks 4 cm sampai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara/primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara.

c. Terjadi penurunan presentasi

Fase aktif dibagi menjadi 3 fase, yaitu (Ilmiah, 2015; Prawirohardjo, 2016):

- Fase akselerasi: terjadi selama 2 jam, mulai dari pembukaan 3 cm sampai pembukaan 4 cm.
- Fase dilatasi maksimal: pembukaan berlangsung sangat cepat, dalam waktu 2 jam terjadi pembukaan dari 4 cm menjadi 9 cm.
- Fase deselerasi: pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam terjadi pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm).

2. Kala II (Pengeluaran Bayi)

Kala dua persalinan dimulai dari pembukaan lengkap serviks (10 cm) dilanjutkan dengan table mendorong bayi keluar dari jalan lahir dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua persalinan disebut juga sebagai kala pengeluaran bayi.

a. Tanda Gejala Kala II

1. Ibu merasa ingin meneran saat kontraksi berlangsung.
2. Ibu merasakan adanya tekanan pada anus dan atau vagina.

3. Perineum menonjol.
4. Vulva dan sfingter ani membuka.
5. Bertambahnya pengeluaran blood show.
6. Tanda Pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam sebagai berikut Pembukaan serviks telah lengkap atau 10.
 - a. Terlihatnya bagian presentasi pada intronas vagina.

3. Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala tiga disebut juga kala Uri atau kala pengeluaran plasenta yang dimulai setelah bayi lahir dan berakhir ketika plasenta dan selaput ketuban keluar

- Tanda-tanda Pelepasan Plasenta
 - a. Perubahan bentuk dan TFU.
 - b. Tali pusat terlihat mengalami pertambahan panjang.
 - c. Semburan darah yang keluar secara tiba-tiba
- Pemantauan Kala III
 - a. Palpasi Uterus untuk menentukan apakah ada bayi kedua jika ada maka tunggu sampai bayi kedua lahir.
 - b. Menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan stabil, jika tidak rawat bayi segera. Kala IV (Observasi)

4. Kala VI (Observasi)

Kala Empat dimulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada Kala empat dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat kesadaran pasien.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi dan pernafasan).
- c. Kontraksi Uterus.
- d. Terjadinya perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 500 cc.

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya persalinan adalah (Bobak, 2005; Yulizawati et al., 2019):

- a. Passenger (janin)

Pergerakan janin selama melalui jalan lahir akibat dari interaksi beberapa faktor seperti ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, serta posisi janin. Selain janin, plasenta juga dianggap sebagai passage yang menyertai janin karena plasenta dilahirkan juga melalui jalan lahir.

- b. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

- c. Power (kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kekuatan dan tenaga yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu.

d. Posisi

Hal terpenting adalah membiarkan ibu bersalin memilih sendiri posisi persalinan yang menurutnya nyaman, tanpa memaksa untuk mengikuti anjuran petugas.

e. Physiological Respons

Rasa khawatir dan cemas yang dirasakan ibu selama proses persalinan mengakibatkan proses persalinan menjadi lebih lama. Sehingga dukungan dan afirmasi positif dari suami, keluarga, bahkan penolong sangat diperlukan untuk menjaga psikologis ibu bersalin agar lebih tenang dan dapat berjalan sesuai dengan proses fisiologis.

2.2 Ketuban Pecah Dini

2.2.1 Pengertian

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Nugroho, 2018)

Ketuban pecah dini atau spontaneous/early/premature rupture of the membrane (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum in partu,yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah,maka dapat terjadi infeksi yang dapat meningkatkan angka kematian ibu dan anak (Rustam Mochtar, 1998)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum persalinan mulai pada tahapan kehamilan manapun (Kemenkes, 2020). Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan. (Ratnawati. Ana, 2024)

Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut periode laten atau dengan sebutan Lag Period. Ada beberapa perhitungan yang mengukur Lag Period, diantaranya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatas 6 jam setelah ketuban pecah. Bila periode laten terlalu lama dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi pada ibu dan juga bayi (Asizah, 2019).

2.2.2 Etiologi

Menurut Ana 2024, etiologi ketuban pecah dini masih belum diketahui faktor predisposisi ketuban pecah dini ialah:

- a. Infeksi genetalia
- b. Servik inkompeten
- c. Gemeli
- d. Hidramnion
- e. Kehamilan preterm
- f. Diproporsi sefalopelvik

Adapun penyebab terjadinya ketuban pecah dini (Kennedy, et al. 2019) yaitu sebagai berikut:

- a. Multipara dan Grandemultipara
- b. Hidramnion
- c. Kelainan letak: sungsang atau lintang

- d. Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)
- e. Kehamilan ganda
- f. Pendular abdomen (perut gantung)

Adapun hasil penelitian yang dilakukan (Puspitasari, 2019) mengenai penyebab kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin bahwa kejadian KPD mayoritas pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun, umur kehamilan ≥ 37 minggu, pembesaran uterus normal dan letak janin presentasi kepala.

2.2.3 Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna putih keruh, jernih, kuning, hijau, atau kecoklatan. Sementara itu dapat disertai demam bila sudah ada infeksi, janin dapat diraba, saat diperiksa selaput ketuban tidak ada, air ketuban sudah kering, inspekulo: tampak air ketuban mengalir atau selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Kennedy, et al 2019) dan (Ana, 2024).

2.2.4 Patofisiologi

Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh.

Terjadinya KPD dimulai dengan terjadinya pembukaan premature servik, lalu kulit ketuban mengalami devaskularisasi selanjutnya kulit ketuban mengalami nekrosis sehingga jaringan ikat yang berfungsi sebagai penyangga

ketuban makin berkurang, melemahnya daya tahan ketuban akan dipercepat karena infeksi yang mengeluarkan enzim, yaitu enzim proteolitik dan kolagenase yang diikuti oleh ketuban pecah spontan. (Ahmad Ridlo & Himatul Khoeroh, 2024)

2.2.5 Faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini

Menurut (Wulandari, & Octaviani, 2019), Kejadian Pecah Dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi :

a. Usia

Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan (Baroka & Agustina, 2021).

b. Sosial

Ekonomi Pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas kesehatan di suatu keluarga. Pendapatan yang meningkat merupakan kondisi yang menunjang bagi terlaksananya status kesehatan seseorang. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan seseorang tidak mampu memenuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan (Puspitasari, 2019)

c. Paritas

KPD lebih sering terjadi pada multipara, karena penurunan fungsi reproduksi, berkurangnya jaringan ikat, vaskularisasi dan serviks yang sudah membuka satu cm akibat persalinan yang lalu (Baroka & Agustina, 2021).

d. Anemia

Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauteri, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada

ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman dekompensasi kardis dan ketuban pecah dini (Kennedy, et al. 2019)

e. Perilaku Merokok

Kebiasaan merokok atau lingkungan dengan rokok yang intensitas tinggi dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil. Merokok pada masa kehamilan dapat menyebabkan gangguan-gangguan seperti kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, dan resiko lahir mati yang lebih tinggi (Baroka & Agustina, 2021).

f. Riwayat KPD

Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membran yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya (Baroka & Agustina, 2021)

g. Serviks yang Inkompetensik

Inkompetensia serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otototot leher atau leher table (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. (Tanhir, 2021).

h. Tekanan Intra Uterin

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya :

1. Trauma : berupa hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis.

2. Gemelli : Pada kehamilan gemeli terjadinya distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Kennedy,et al. 2019).

2.2.6 Pemeriksaan penunjang

Menurut (Ana, 2024) pemeriksaan penunjang pada KPD adalah :

- a. Pemeriksaan leukosit darah $>15.000/ul$ bila terjadi infeksi
- b. Tes lakmus merah berubah menjadi biru
- c. Amniosintesis
- d. USG : menentukan usia kehamilan dan indeks cairan amnion berkurang

2.2.7 Komplikasi

Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin menurut (Kemenkes, 2020) yaitu:

- a) Prognosis pada ibu

Infeksi intrapartal/ dalam persalinan, infeksi puerperalis/ masa nifas, dry labour partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal.

- b) Prognosis Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematurit, perdarahan tabnem, enterecolitis necroticing, gangguan otak dan risiko cerebral palsy, , anemia, sepsis,

prolaps/penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distress pernapasan), dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hipoksia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal

2.2.8 Diagnosis

Diagnosis KPD secara tepat sangat penting untuk menentukan penanganan selanjutnya. Cara-cara yang dipakai untuk menegakkan diagnosis adalah :

1. Anamnesis

Pasien merasakan adanya cairan yang keluar secara tiba-tiba dari jalan lahir atau basah pada vagina. Cairan ini berwarna bening dan pada tingkat lanjut dapat disertai meconium.

2. Pemeriksaan inspekulo

Terdapat cairan ketuban yang keluar melalui bagian yang bocor menuju kanalis servikalis atau forniks posterior, pada tingkat lanjut ditemukan cairan amnion yang keruh dan berbau.

3. Pemeriksaan USG

Ditemukan volume cairan amnion yang berkurang / oligohidramnion, namun dalam hal ini tidak dapat dibedakan KPD sebagai penyebab oligohidramnion dengan penyebab lainnya.

4. Pemeriksaan Laboratorium

Untuk menentukan ada atau tidaknya infeksi, kriteria laboratorium yang digunakan adalah adanya Leukositosis maternal (lebih dari 15.000/uL),

adanya peningkatan C-reactive protein cairan ketuban serta amniosentesis untuk mendapatkan bukti yang kuat.

Tes lakmus (Nitrazine Test) merupakan tes untuk mengetahui pH cairan, di mana cairan amnion memiliki pH 7,0-7,5 yang secara signifikan lebih basa daripada cairan vagina dengan pH 4,5-5,5. Jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban. Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan adalah Tes Fern. Untuk melakukan tes, sampel cairan ditempatkan pada slide kaca dan dibiarkan kering. Pemeriksaan diamati di bawah mikroskop untuk mencari pola kristalisasi natrium klorida yang berasal dari cairan ketuban menyerupai bentuk seperti pakis (Tahir, 2021).

5. Tentukan ada atau tidaknya infeksi

Tanda-tanda infeksi diantaranya sebagai berikut:

- a. Suhu tubuh ibu lebih dari 38°C
- b. Air ketuban keruh dan berbau
- c. Pemeriksaan ketuban dengan LEA (Leukosit Esterase) Leukosit darah >15.000/mm
- d. Janin yang mengalami takikardi mungkin mengalami distress intrauterine. (Elvia metti, 2021)

2.2.9 Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan ketuban pecah dini menurut (Prawirohardjo, 2014):
 1. Pastikan Diagnosis
 2. Tentukan umur kehamilan
 3. Evaluasi ada tidaknya infeksi maternal ataupun infeksi janin.
 4. Apakah dalam keadaan inpartu, terdapat kegawatan janin.

Riwayat keluarnya air ketuban berupa cairan jernih keluar dari vagina yang 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 cairan ketuban pHnya sekitar 7,1 – 7,3. Antiseptik yang alkalin akan menaikkan pH vagina.

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

1. Penderita dengan kemungkinan ketuban pecah dini harus diperiksa lebih lanjut. Bila terdapat pada persalinan kala aktif, korioamnitis, gawat janin, persalinan harus diterminasi. Rencana tindakan yang bisa diberikan:
 - a) Ukur suhu dan nadi ibu setiap empat jam.
2. Setelah pemantauan janin elektronik, cek DJJ setiap empat jam ketika sudah di rumah sakit.
3. Hitung sel darah putih dengan hitung jenis setiap hari atau setiap dua hari.
4. Mempertahankan kehamilan sampai cukup matur.
5. Waktu terminasi pada hamil aterm dapat dianjurkan pada selang waktu 6 jam sampai 24 jam, bila tidak terjadi his spontan.
6. Pada usia kehamilan 24 sampai 32 minggu saat berat janin cukup, perlu dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan, dengan kemungkinan janin tidak dapat diselamatkan.
7. Jika persalinan menuju ke prematur maka dilakukan seksio sesarea.
8. Pemeriksaan USG untuk mengukur distansia biparietal dan perlu melakukan

aspirasi air ketuban untuk melakukan pemeriksaan kematangan paru melalui perbandingan.

b. Penatalaksanaan KPD menurut Ahmad Ridlo&Himatul Khoeroh. 2024 adalah:

1. Jika umur kehamilan < 32 minggu, maka klien dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak lagi keluar dengan dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sedatif, antibiotik, dan tokolisis.
2. Pada kehamilan 33-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes usa negative, beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Dilakukan terapi konservatif selama 24 jam, lalu induksi persalinan bila tidak ada kemajuan dalam terapi konservatif dan terjadi infeksi untuk mengakhiri kehamilan.
3. Jika usia kehamilan 33-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotic dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit,tanda-tanda infeksi intra uterine)
4. Pada kehamilan lebih dari 37 minggu, bila ada his pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri. Jika tidak ada his maka induksi dengan oksitosin, dapat pula diberikan misoprostol 25-50 mg intra vaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali pemberian obat. Bila induksi oksitosin dan pemberian obat pervaginam gagal, maka dilakukan sectio caesarea.

c. Penanganan KPD pada bidang kebidanan

1. Memantau tanda-tanda infeksi pada ibu, meliputi demam dan nyeri perut.
2. Memberikan edukasi tentang kebersihan diri untuk mencegah infeksi. (Ita

Nur Itsna, dkk. 2024)

3. Mengatur pemantauan janin secara berkala untuk memastikan kesejahteraan janin dengan melakukan pemantauan menggunakan NST (Non Stress Test) agar dapat mengidentifikasi gerakan janin dan DJJ serta pemeriksaan DJJ menggunakan dopler secara berkala. Jika janin mengalami kondisi fetal distress akibat infeksi KPD maka lakukan oksigenasi pada ibu. (Ita Nur Itsna, dkk. 2024) dan (Andyanita, dkk. 2022)
4. Berkerjasama dengan dokter untuk menentukan terapi, waktu dan cara terbaik untuk melahirkan. (Ita Nur Itsna, dkk. 2024)

2.3 Konsep Dasar Asuhan dan manajemen kebidanan

Proses manajemen kebidanan Manajemen kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Yulifah, 2014:125).

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Heryani, 2011:111). Tujuh langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney Varney (2002) menjelaskan proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970 an.

2.3.1 Pengkajian kala 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 diperlukan 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, riwayat kehamilan sekarang, riwayat 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 kedalam 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 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.

2.3.2 Langkah II (interpretasi Data)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah aktual 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 klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahan.

2.3.3 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 mengikuti klien, bidan dapat diharapkan bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Yulifah, 2014:133). Tujuan dari langkah ketiga ini adalah untuk mengantisipasi semua kemungkinan yang dapat muncul. Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi 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 dalam persalinan, infeksi masa nifas atau puerperalis, dry labour atau partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya sc), morbiditas dan mortalitas maternal. 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 potensial yang diidentifikasi sudah tepat.

2.3.4 Langkah IV Tindakan segera

Tindakan segera merupakan tindakan yang dilakukan dengan cara menetapkan kebutuhan tentang perlunya tindakan segera oleh bidan/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 memberikan infus cairan larutan garam fisiologis, larutan glukosa 5-10%, induksi uterotonika dan pemberian antibiotik.

2.3.5 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 harus disetujui oleh pasien.

2.3.6 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 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.

2.3.7 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 keadaan 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 (Varney dkk, 2002:31).