

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

2.1.1 Definisi

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi inpartu. Ketuban Pecah Dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Ketuban Pecah Dini preterm adalah ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu. Ketuban Pecah Dini yang memanjang adalah ketuban pecah dini yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.

Ketuban pecah dini adalah pecah sebelum waktunya melahirkan atau sebalum in partu, pada pembukaan <4 cm (fase laten) yang dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktu melahirkan (Nugroho T, 2010).

Kantung ketuban adalah sebuah kantung berdinding tipis yang berisi cairan dan janin selama masa kehamilan dinding kantung ini terdiri dari dua bagian, yaitu bagian pertama disebut amnion terdapat disebelah dalam. Sedangkan bagian kedua yang terdapat di bagian luar disebut chorion. Cairan ketuban adalah cairan yang ada dalam kantung amnion. Cairan ketuban ini terdiri dari 98% air dan sisanya garam anorganik serta bahan organik. Cairan ini dihasilkan oleh selaput ketuban dan diduga dibentuk oleh

sel-sel amnion, ditambah air kencing janin, serta cairan otak pada *anensefalus*. Pada ibu hamil cairan ketuban ini beragam. Normalnya antara 1-1,5 liter. Diperkirakan janin menelan kurang lebih 8-10 cc air ketuban atau 1 % dari seluruh volume dalam tiap jam (DepKes, 2007).

Menurut Manuaba (2007) air ketuban sangat berfungsi sebagai berikut :

1. Melindungi janin dari trauma langsung, panas, atau kedinginan.
2. Memberikan kesempatan tumbuh kembang kesegala arah dengan seimbang
3. Meratakan tekanan his keseluruhan dinding rahim sehingga terjadi pembukaan servik uteri
4. Sebagai penyuci hama saat persalinan.

2.1.2 Mekanisme

Pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan perubahan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks ekstra selular amnion, korion, dan apoptosis membrane janin sehingga menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, tapi bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Membran janin dan desidua bereaksi terhadap stimuli seperti infeksi dan peregangan selaput ketuban dengan memproduksi mediator seperti prostaglandin, sitokinin, dan protein hormone yang merangsang aktivitas "*matrix degrading enzim*". Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan yang berulang (Sarwono Prawirohardjo, 2009)

2.1.3 Etiologi

Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah:

1. Infeksi

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD). Serviks yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan, curettage). Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (*overdistensi uterus*) misalnya trauma, hidramnion, dan gemeli. Trauma oleh pendapat beberapa ahli dinyatakan sebagai faktor predisposisi atau penyebab terjadinya KPD. Trauma amnosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi

2. Serviks inkompeten

Kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri, akibat persalinan atau tindakan curet (Nugroho, 2012). Riwayat persalinan preterm (Rukiyah, Yulianti, 2010).

3. Overdistensi uterus

Tekanan intrauterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (*overdistensi uterus*), misalnya trauma, *hydramnion*, gemeli (Nugroho, 2012).

4. Trauma yang didapat

Trauma yang didapat, misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun *amniosintesis* menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi (Nugroho, 2012). Tindakan senggama tidak berpengaruh kepada resiko, kecuali jika hygiene yang buruk, predisposisi terhadap infeksi (Rukiyah, Yulianti, 2010).

5. Kelainan letak

Kelainan letak, seperti letak sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah anak yang menutup pintu atas panggul (PAP), yang dapat mengurangi tekanan terhadap membrane bagian bawah (Nugroho, 2012). Kelainan letak janin, sehingga ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri yang dominan (Manuaba, 2007).

6. Keadaan sosial ekonomi

7. Faktor lain, yaitu :

- a. Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
- b. Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu
- c. Faktor multi graviditas, merokok dan perdarahan antepartum
- d. Defisiensi gizi dari tembaga atau vitamin c.

(Nita Norma D dan Mustika Dwi S, 2013)

Adapun mekanismenya yaitu selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi, dan jika terjadi

pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban (Lily Yulaikhah, 2009). Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten. Makin panjang fase laten, makin tinggi kemungkinan infeksi. Makin muda kehamilan makin sulit upaya pemecahannya tanpa menimbulkan upaya morbiditas janin. Oleh karena itu komplikasi ketuban pecah dini makin meningkat.

1.1.4 Tanda dan Gejala

- 1) Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
- 2) Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
- 3) Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila dalam posisi duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara.
(Rukiyah & Yulianti, 2010).
- 4) Pada masa nifas jika persalinan KPD secara spontan pervaginam maka terdapat dua atau lebih dari tanda gejala sepsis puerperalis/ infeksi masa nifas seperti demam, nyeri pelvic nyeri tekan uterus, lokea berbau menyengat, pada laserasi/ luka episiotomy terasa nyeri, bengkak, mengeluarkan cairan nanah (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009)

1.1.5 Patofisiologi

- 1) Pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan perubahan proses biokimia (menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan berarti seluruh selaput ketuban rapuh) yang terjadi dalam kolagen matriks ekstra selular amnion, korion, dan apoptosis membrane janin. Membrane janin dan desidua bereaksi terhadap stimuli seperti infeksi dan peregangan berulang. Selaput ketuban dengan memproduksi mediator seperti prostaglandin, sitokinin, dan protein hormone yang merangsang aktivitas "*matrix degrading enzyme*". Degradasi kolagen dimediasi oleh *matriks metaloproteinase* (MMP) yang dihambat oleh inhibitor jaringan spesifik dan inhibitor protease.
- 2) Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah.
- 3) Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal yang fisiologis, karena terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban sehingga mengakibatkan melemahnya kekuatan selaput ketuban (ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin). Namun ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang.

(Prawirohardjo, 2009).

2.1.6 Diagnosis

Untuk menegakkan diagnosa KPD secara tepat sangatlah penting. Karena diagnosa positif palsu berarti melakukan intervensi seperti melahirkan bayi terlalu awal atau melakukan seksio yang membiarkan ibu

dan janin mempunyai resiko infeksi yang akan mengancam kehidupan janin, ibu atau keduanya. Oleh karena itu diperlukan diagnose yang cepat dan tepat.

Diagnose KPD ditegakkan dengan cara :

1. Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir atau ngepyok. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna, keluaranya cairan tersebut his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lender darah (Nugroho, 2012).

2. Inspeksi

Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluaranya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas (Nugroho, 2012)

3. Pemeriksaan umum

Tanda-tanda vital: Observasi suhu rectal tiap 3 jam ($<37,6^{\circ}\text{C}$, jika $>37,6^{\circ}\text{C}$ dilakukan terminasi) (Paraton, dkk, 2008). Takikardi janin dan ibu yang dipertimbangkan (nadi ibu $> 100\text{x}/\text{mnt}$, DJJ $> 160\text{x}/\text{mnt}$) (Tharpe & Farley, 2012). Pada post partum tekanan darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah etelah ibu melahirkan, denyut nadi akan melambat sampai sekitar 60 x/menit atau 110 x/menit bila disertai peningkatan suhu tubuh, pernafasan berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi $37,2 - 37,5^{\circ}\text{C}$, bila kenaikan mencapai 38°C harus diwaspadai

adanya infeksi atau sepsis nifas (Suherni, Widiasih, Rahmawati, 2009).

4. Pemeriksaan abdomen

Volume cairan amnion, adanya kontraksi, taksiran berat janin (TBJ), tentukan presentasi dan letak janin, evaluasi DJJ secara sering, palpasi untuk mengetahui adanya nyeri tekan uterus (salah satu tanda gejala korioamnionitis adalah nyeri tekan uterus) (Tharpe & Farley, 2012). Jika persalinan KPD secara spontan pervaginam dilakukan pemantauan kontraksi uterus (Sulistiyowati & Nugraheny, 2010).

5. Pemeriksaan dengan speculum

Pemeriksaan dengan spekulum pada Ketuban Pecah Dini akan tampak keluar cairan dari *orifium uteri eksternum (OUE)*, kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan *menuvover valsava*, atau bagian terendah digoyangkan, maka akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior (Nugroho, 2012)

6. Pemeriksaan dalam didapat cairan didalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Apabila pemeriksaan dalam menggunakan tocher pada kehamilan cukup bulan tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam karena jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme bisa dengan cepat akan menjadi pathogen (Dwi & Norma, 2013).

2.1.7 Masalah psikologis

Menjelang proses kelahiran, kecemasan seorang wanita dapat bertambah, untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan tersebut diperlukan dukungan seperti kehadiran suami dan keluarga yang menemani selama proses persalinan berlangsung (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

Ibu primipara yang mengalami ketuban pecah dini berkaitan dengan kondisi psikologis, mencakup sakit saat hamil, gangguan fisiologis seperti emosi dan termasuk kecemasan akan kehamilan (Healtcare, 2011).

Ibu multipara, tetap akan mengalami ansietas tentang kelahirannya. Cemas dapat menakutkan atau bahkan melemahkan. Rasa takut normal ibu bersalin meliputi tentang kematian, nyeri, rasa sakit, rasa malu, takut bayi tidak lahir (Walsh, 2007).

2.1.8 Komplikasi

1. Pada ibu

1) Intrapartum

a. Dry labour/partus lama

Ibu akan merasa lelah karena berbaring di tempat tidur, partus akan menjadi lama, maka suhu badan akan naik, nadi cepat, dan nampaklah tanda-tanda infeksi

b. Infeksi intrapartal/dalam persalinan

c. Morbiditas dan mortalitas maternal (Khumaira, 2012)

d. Terjadi oligohidramnion dikarenakan ketuban pecah yang tidak terdeteksi (Endjun, 2007).

- 2) Post partum
 - a. Perdarahan postpartum
 - b. *Infeksi puerperalis*/infeksi masa nifas
 - c. Morbiditas dan mortalitas maternal

(Khumaira, 2012).

2. Pada janin

- 1) Intrapartum
 - a. Infeksi intrauteri (Sofian, 2011).
 - b. *Prolaps funiculli* / penurunan tali pusat
 - c. Hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi), mengakibatkan kompresi tali pusat, prolaps uteri, *dry labour*, apgar score rendah, *ensefalopaty*, *cerebral palsy*, perdarahan intrakranial, *renal failure*, *respiratory distress*.
 - d. Sindrom deformitas janin, terjadi akibat oligohidramnion, diantaranya terjadi hiplopasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat (PJT).
- 2) Postpartum
 - a. Infeksi neonatal dini yaitu terjadi dari 24 jam sampai dengan 72 jam setelah kelahiran (Lissauer, Fanaroff, 2008).
 - b. Morbiditas dan mortalitas perinatal (Khumaira, 2012).

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Tes lakmus (tes nitrazin),

Air ketuban (basa), pH air ketuban 7-7,5, urine (asam), Secret vagina ibu hamil pH: 4-5 (Nugroho, 2012). Lakmus merah dalam larutan

asam berwarna merah, dalam larutan basa berwarna biru dan dalam larutan netral berwarna merah. Lakmus biru dalam larutan asam berwarna merah, dalam larutan basa berwarna biru dan dalam larutan netral berwarna biru (Devi, 2012).

2. Mikroskopik (tes pakis)

Dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering, pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis (Nugroho, 2012).

3. Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam *cavum uteri* (Nugroho, 2012). Jumlah cairan ketuban cukup (Paraton, dkk, 2008).

2.1.10 Wewenang Bidan dalam persalinan normal dengan ketuban pecah dini

Kepmenkes No.900/2002 tentang Praktek Bidan dalam Bab V pasal 16 pelayanan kebidanan pada ibu, salah satunya pertolongan persalinan abnormal, yang mencakup letak sungsang. Partus macet kepala didasar panggul, ketuban pecah dini (KPD) tanpa infeksi, perdarahan postpartum, laserasi jalan lahir, distosia karena inersia uteri primer, post term dan preterm (Nyapatrien's, 2010).

Dalam hal ini bidan dengan bijaksana melakukan intervensi apabila telah ditunggu sekitar 1 jam belum ada tanda akan terjadi persalinan segera melakukan rujukan kerumah sakit yang dapat memberikan pertolongan khusus (Manuaba, 2008). Untuk diagnosis atau terapi diluar lingkup praktek bidan (Tharpe, Farley, 2012).

2.1.11 Sikap dalam menghadapi ketuban pecah dini

Penatalaksanaan dalam menghadapi ketuban pecah dini harus dipertimbangkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Pastikan diagnosis (Prawirohardjo, 2009).
2. Tentukan umur kehamilan (Prawirohardjo, 2009).

Makin muda kehamilan, perlu waktu untuk mempertahankan sampai janin matur (Manuaba, 2007).

3. Evaluasi ada tidaknya infeksi maternal maupun infeksi janin (Prawirohardjo, 2009).

Semakin lama menunggu, kemungkinan infeksi semakin berat dan membahayakan janin dan ibu (Manuaba, 2007).

4. Apakah dalam keadaan inpartu, terdapat kegawatan janin (Prawirohardjo, 2009).

1) Masa laten/ periode laten/ LP/ *lag periode*

PROM berpengaruh terhadap persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan dari persalinan disebut periode laten/LP/*lag period*. Semakin panjang fase laten semakin besar kemungkinan terjadinya infeksi (Manuaba, 2007). Makin muda umur kehamilannya makin panjang LPnya, sedangkan lamanya persalinan lebih pendek dari biasa, yaitu pada primi 10 jam dan multi 6 jam (Sofian, 2011).

2) Perkiraan berat badan

Semakin kecil berat badan janin, semakin besar kesakitan dan kematian, sehingga tindakan terminasi memerlukan pertimbangan keluarga.

3) Presentasi janin intrauteri

Presentasi janin merupakan penunjuk untuk melakukan terminasi kehamilan. Pada presentasi letak lintang atau bokong, harus dilakukan dengan jalan SC.

4) Pertimbangan komplikasi dan resiko yang akan dihadapi janin dan maternal terhadap tindakan terminasi yang akan dilakukan (Manuaba, 2007).

2.1.12 Penanganan

1. Tindakan konservatif

1) Usia kehamilan ≤ 37 minggu dan rawat di rumah sakit (Prawirohardjo, 2009).

2) Tirah baring untuk mengurangi keluarnya air ketuban sehingga masa kehamilannya dapat diperpanjang dan diberikan antibiotik sehingga dapat menghindari infeksi (Manuaba, 2007).

3) KPD preterm dengan *Estimated Fetal Weigh (EFW) > 1500gram*

a. Ampicilline 1 gr/hari tiap 6 jam, im/iv selama 2 hari dan Gentamycine 60-80 mg tiap 8-12 jam sehari selama 2 hari.

- b. Kortikosteroid untuk merangsang maturasi paru (Betamethasone 12 mg.iv, 2x selang 24 jam).
 - c. Observasi, 2x24 jam, kalau belum inpartu segera terminasi.
 - d. Observasi, suhu rektal tiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat $>37,6^{\circ}\text{C}$ segera terminasi.
- 4) KPD preterm dengan *Estimated Fetal Weigh* (EFW) < 1500 gram
- a. Observasi 2x24 jam.
 - b. Observasi suhu rektal tiap 3 jam, bila suhu rectal meningkat $>37,6^{\circ}\text{C}$ segera terminasi.
 - c. Pemberian antibiotik/kortikosteroid (Betamethasone 12 mg.iv, 2x selang 24 jam).
 - d. VT selama observasi tidak dilakukan, kecuali ada his/inpartu.
 - e. Bila 2x24 jam cairan tidak keluar, segera USG dan nilai jumlah air ketuban. Bila jumlah air ketuban cukup, kehamilan dilanjutkan, perawatan diruangan sampai dengan 5 hari. Bila jumlah air ketuban minimal segera terminasi.
 - f. Bila 2x24 jam cairan ketuban masih tetap keluar, segera terminasi.
 - g. Bila konservatif, sebelum pulang penderita diberi nasehat untuk segera ke RS bila ada tanda-tanda demam atau

keluar cairan lagi, tidak boleh coitus, tidak boleh manipulasi vaginal (Paraton, dkk, 2008).

2. Tindakan aktif

- 1) Usia kehamilan > 37 minggu dan rawat di rumah sakit (Prawirihardjo, 2009).
- 2) Tirah baring untuk mengurangi keluarnya air ketuban (Manuaba, dkk, 2007).
- 3) Diberikan antibiotik sehingga dapat menghindari infeksi (Manuaba, dkk, 2007).
- 4) KPD aterm tanpa infeksi, berikan ampisillin 2x1 gr IV. KPD aterm dengan infeksi, berikan antibiotik ampisillin 4x2 gr IV, gentamisin 5mg/kgBB (Khumaira, 2012).
- 5) Observasi suhu rektal tiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat >37,6°C segera terminasi dan jika observasi suhu rectal tidak meningkat, ditunggu 24 jam, bila belum ada tanda-tanda inpartu, dilakukan terminasi.
- 6) Bila saat datang sudah lebih dari 24 jam dan tidak ada tanda-tanda inpartu, dilakukan terminasi.
- 7) KPD yang dilakukan Induksi
 - a. Bila 12 jam belum ada tanda-tanda awal persalinan dengan atau belum keluar dari fase laten, induksi dinyatakan gagal dan persalinan diselesaikan dengan seksio sesar (SC).

- b. Bila dengan 2 botol (@5U/500cc D5%) dengan tetesan maksimal, belum inpartu atau belum keluar dari fase laten, induksi dinyatakan gagal, persalinan diselesaikan dengan SC.

8) KPD yang sudah inpartu

- a. Evaluasi, setelah 12 jam harus keluar dari fase laten. Bila keluar dari fase laten dilakukan akselerasi persalinan dengan drip oxytocin atau terminasi dengan SC bila ada kontra indikasi drip oxytocin (evaluasi klinis, USG dan NST)
- b. Bila pada fase laten didapat tanda-tanda fase laten memanjang maka dilakukan akselerasi persalinan dengan drip oxytocin atau terminasi dengan SC bila ada kontra indikasi drip oxytocin.

(Paraton, dkk, 2008).

3. Tindakan agresif

Dengan segera melakukan SC dikarenakan terdapat indikasi vital sehingga tidak dapat ditunda karena mengancam kehidupan janin atau maternal. Indikasi vital yang dimaksudkan, yaitu infeksi intrauteri, solusio plasenta, gawat janin, prolaps tali pusat (Manuaba, 2007).

Terminasi persalinan yang dimaksud diatas adalah :

1. Induksi persalinan dengan memakai drip oxytocin (5U/500cc D5%) (Paraton, dkk, 2008).

- 1) Syarat induksi persalinan: janin mendekati aterm, tidak terdapat kesempitan panggul/ disproporsi sefalopelvik (CPD), memungkinkan untuk lahir pervaginam, janin dalam presentasi kepala, pertimbangan tersebut ditetapkan oleh skor bishop (Manuaba, 2012).

Tabel 2.1 Penilaian induksi menurut Bishop

Faktor	Skor			
	0	1	2	3
Pembukaan serviks (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Pendataran serviks (%)	0-30%	40-50%	60-70%	90%
Penurunan kepala diukur dari bidang hodge	-3	-2	-1, 0	+1, +2
Konsistensi serviks	Keras	Sedang	Lunak	
Posisi serviks	Ke belakang	Searah sumbu jalan lahir	Ke arah depan	

(Baihaqi, dkk, 2010).

Keterangan:

(1) Bila skor pelvik 5, cukup dilakukan indikasi drip oksitosin

(2) Bila skor pelvik < 5, dilakukan pematangan serviks terlebih dahulu dengan memakai misoprostol.

(Baihaqi, dkk, 2010).

2) Teknik infus drip oksitosin:

- a. Infus D5% 500 ml yang diisi dengan 5 Unit oksitosin.

b. Dosis Tetesan

Mulai drip oksitosin dengan tetesan 8 tetes/menit (tpm), kemudian naikkan tetesan 4 tpm tiap 15 menit sampai his adekuat dan pertahankan tetesan tersebut sampai persalinan selesai (sampai 2 jam postpartum), bila his tidak adekuat dengan meningkatkan tetesan maka jumlah tetesan maksimal adalah 40 tpm dan dipertahankan sampai 2 kolf.

c. Lakukan pemantauan Djj, His, Penurunan bagian terendah selama dilakukan drip oksitosin.

d. Drip oksitosin dianggap gagal apabila terdapat gawat janin, tetania uteri, rupture uteri yang membakat, tetesan maksimal 40 tpm sebanyak 2 kolf dan tidak terjadi kemajuan persalinan.

(Baihaqi, dkk, 2010).

2. Induksi persalinan dengan misoprostol:

- 1) Minta ibu untuk mengosongkan kandung kemih.
- 2) Masukkan misoprostol 50 mikrogram (1/4 tablet) di fornix posterior (menurut prawirohardjo, 2009 dosis misoprostol 25-50 mikrogram).
- 3) Minta ibu untuk tetap tidur setidak-tidaknya sampai dengan 1 jam setelah insersi misoprostol.
- 4) Lakukan pemantauan Djj, His, penurunan bagian terendah.

- 5) Evaluasi skor pelvis tiap 6 jam. Bila skor pelvik < 5 , ulangi insersi misoprostol maksimal 4x/ 24 jam. Bila skor pelvik 5, hentikan pemberian misoprostol dan tunggu inpartu spontan. Bila 12 jam setelah pemberian misoprostol terakhir tidak terjadi kemajuan persalinan, lanjutkan dengan drip oksitosin.
 - 6) Dikatakan gagal apabila dalam 24 jam insersi misoprostol tidak didapatkan kemajuan pematangan serviks(Baihaqi, dkk, 2010).
3. Terminasi dengan seksio sesar : bila persyaratan untuk drip oxytocin tidak terpenuhi (ada kontra indikasi), atau drip oxytocin gagal (Paraton, dkk, 2008). Setiap induksi persalinan yang dilakukan, sebaiknya disertai pertimbangan bahwa kegagalan persalinan pervaginam akan dilanjutkan dengan tindakan seksio sesarea yang harus dilakukan di Rumah Sakit yang dilengkapi dengan fasilitas operasi (Manuaba, 2012).

2.2 Konsep Manajemen Kebidanan

2.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan

1. Definisi

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masalah kehamilan, persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga keluarga berencana. Asuhan kebidanan dilakukan dengan metode manajemen (Heryani, 2012)

2.2.2 Konsep Manajemen Kebidanan Menurut Hallen Varney

1. Definisi

Menurut Varney (1997), manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan yang berdasar pada teori ilmiah, penemuan, ketrampilan, dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Atik Purwandari, 2008).

2. Proses manajemen kebidanan

Proses manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang dikemukakan oleh perawat-bidan pada awal tahun 1970an. Manajemen kebidanan memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan berurutan, logis, dan menguntungkan baik bagi pasien maupun bagi tenaga kesehatan. Manajemen kebidanan menguraikan perilaku apa yang diharapkan dari pemberi asuhan (Atik Purwandari, 2008). Proses manajemen menurut Hellen Varney adalah :

- 1) Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan.
- 2) Menginterpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosis atau masalah.
- 3) Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

- 4) Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi, dengan tenaga kesehatan lain serta rujukan berdasarkan kondisi klien
- 5) Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan kebutuhan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya.
- 6) Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman.
- 7) Mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan dan mengulang kembali penatalaksanaan proses asuhan

Dari proses diatas dapat disimpulkan bahwa proses penatalaksanaan kebidanan merupakan langkah sistematis yang merupakan pola pikir bidan dalam melaksanakan asuhan kepada klien. Diharapkan dengan pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan rasional, seluruh aktifitas/ tindakan yang diberikan bidan kepada klien akan efektif (Atik Purwandari, 2008). Adapun langkah-langkah dari asuhan kebidanan menurut Helen varney adalah :

1. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama ini semua informasi yang akurat dan lengkap dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

2. Langkah 2 : Interpretasi Data

Pada langkah ini, bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat terhadap data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dilakukan diinterpretasi sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosis dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang sedang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian

3. Langkah 3 : Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap mencegah diagnosis/masalah potensial bila terjadi. Dalam langkah ini penring sekali melakukan asuhan yang aman.

4. Langkah 4 : Menetapkan konsultasi dan kolaborasi

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter segera melakukan konsultasi atau melakukan penanganan bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan.

5. Langkah 5 : Menyusun rencana asuhan menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh dan ditentukan oleh-oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi/ perkiraan yang mungkin terhadap klien tersebut apakah dibutuhkan penyuluhan konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah yang berhubungan dengan social-eonomi-kultural atau masalah psikologis.

6. Langkah 6 : Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh yang telah diuraikan pada langkah 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

7. Langkah 7 : Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, meliputi apakah pemenuhan kebutuhan telah terpenuhi sesuai diagnosis dan masalah. Rencana dianggap efektif jika benar efektif pelaksanaannya.

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Persalinan

1. Pengkajian

Subyektif

1) Identitas

Umur : Usia fertilitas terbaik adalah usia 16-35 tahun (skor puji rohyati).

Pekerjaan : Aktifitas kehamilan yang banyak memengaruhi terjadinya ketuban pecah dini.(Manuaba, 2010).Beban kerja yang berat dapat meningkatkan produksi hormone prostaglandin serta menimbulkan perubahan servik dan uterus yang berakibat meningkatnya terjadi ketuban pecah dini. Bagi ibu hamil lama kerja maksimal 9 jam perhari, 40 jam dalam seminggu.

2) Keluhan utama

Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina (Rukiyah, Yulianti, 2010).Merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir (Nugroho, 2012).

3) Riwayat obstetrik yang lalu

- a. Riwayat KPD sebelumnya, kehamilan kembar (Nugroho, 2012).
- b. Riwayat persalinan preterm (Rukiyah, Yulianti, 2010).

4) Riwayat kehamilan sekarang

Gemeli, hidramnion, kelainan letak janin, letak sungsang, letak lintang

5) Pola fungsi kesehatan

- a. Nutrisi : kurangnya defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (vitamin c) merupakan faktor terjadinya ketuban pecah dini.
- b. Aktifitas : pekerjaan yang terlalul berat dapat mengakibatkan terjadinya ketuban pecah dini
- c. Pola Seksual : Tindakan senggama jika hygiene buruk predisposisi terhadap infeksi, perdarahan pervaginam, yang menyebabkan ketuban pecah dini.
- d. Pola persepsi : Pada keadaan social ekonomi, merokok dapat menyebabkan ketuban pecah dini (Nugroho, 2012)

6) Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Riwayat kehamilan kembar (Nugroho, 2012)

7) Riwayat psikososiospiritual

Ibu primipara yang mengalami ketuban pecah dini berkaitan dengan kondisi psikologis, mencakup sakit saat hamil, gangguan fisiologis seperti emosi dan termasuk kecemasan akan kehamilan (Rukiyah & Yulianti, 2012).

Obyektif

- 1) Tanda-tanda vital : Observasi suhu rectal tiap 3 jam ($<37,6$ °C jika $>37,6$ °C dilakukan terminasi) (Paraton, dkk, 2008). Takikardi janin dan ibu yang dipertimbangkan (nadi ibu > 100 x/menit, DJJ > 160 x/menit) (Tharpe & farley, 2012).

2) Pemeriksaan fisik

- a. Abdomen : Volume cairan amnion, adanya kontraksi, taksiran berat badan janin (TBJ), tentukan presentasi dan letak janin, evaluasi DJJ secara sering, palpasi untuk mengetahui adanya nyeri tekan uterus (salah satu tanda gejala korioamnionitis adalah nyeri tekan uterus) (Tharpe, Farley, 2012)
- b. Genetalia : Pengamatan dengan biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas. Pemeriksaan speculum akan tampak keluar cairan dari *orisium uteri eksternum (oue)* (Nugroho, 2012).

3) Pemeriksaan dalam

Didapati cairan didalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. VT selama observasi tidak dilakukan, kecuali ada his/ inpartu (paraton, dkk, 2008)

4) Pemeriksaan panggul

Faktor disporposi antar kepala janin dan panggul ibu (Nugroho, 2012).

5) Pemeriksaan penunjang

a. Tes lakmus

Air ketuban (basa), jika lakmus merah dalam larutan basa berwarna biru dan lakmus biru dalam larutan basa berwarna biru (Devi, 2012).

b. Mikroskopik (tes pakis)

Dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering, pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis (Nugroho, 2012)

c. Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam *cavum uteri* (Nugroho, 2012). Jumlah cairan ketuban (Paraton, dkk, 2008)

2. Interpretasi data dasar

- 1) Diagnosa : G...PAPIAH usia kehamilan, tunggal, hidup, presentasi kepala, intrauterin, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan bayi baik, inpartu fase laten/aktif dengan susp KPD (Wildan, Hidayat, 2011).
- 2) Masalah : cemas, lelah (Sofian, 2011), tirah baring (Manuaba, 2007)
- 3) Kebutuhan: Asuhan sayang ibu (JNPK-KR/POGI, 2008)

3. Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Ibu : *dry labor* partus lama, infeksi intrapartal/ dalam persalinan dan morbiditas serta mortalitas maternal (Khumaira, 2012), oligohidramnion (Endjun, 2007).

Janin : Infeksi intrauterine (Sofian, 2011), prolaps funiculli/ penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder dan sindrom deformitas

4. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/ kolaborasi

Kolaborasi dengan dr. SpOG dalam USG untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam *cavum uteri* (Nugroho, 2012). Untuk diagnosis atau terapi diluar lingkup praktek bidan (Tharpe, Farley, 2012).

Dalam hal ini bidan dengan bijaksana melakukan intervensi apabila telah ditunggu sekitar 1 jam belum ada tanda akan terjadi persalinan segera melakukan rujukan kerumah sakit yang dapat memberikan pertolongan khusus (Manuaba, 2008).

5. Intervensi

1) Tujuan

Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan pada multi \pm 14 jam dan pada primi \pm 10 jam kemudian diharapkan terdapat kemajuan persalinan dan tidak terjadi infeksi (JNPK-KR/POGI, 2008).

2) Kriteria hasil

Satu jam kemudian terdapat tanda-tanda awal persalinan, setelah ditunggu 24 jam, tidak terjadi peningkatan suhu rektal $< 37,6^{\circ}\text{C}$ (Paraton, dkk, 2008) dan tidak terdapat indikasi vital (Manuaba, 2007).

3) Intervensi dan rasionalisasi

(1) Anjurkan ibu untuk Tirah baring/ bedrest (Manuaba, 2007).

Rasionalnya : Tirah baring/ bedrest untuk mengurangi keluarnya air ketuban (Manuaba, dkk, 2007). Tidak terjadi *prolaps funiculli*/penurunan tali pusat (Khumaira, 2012).

(2) Berikan dukungan emosional, cairan dan nutrisi (JNPK-KR/POGI, 2008).

Rasionalnya : Dukungan emosional berupa didampingi oleh orang yang dekat dengan ibu seperti suami, orang tua atau kerabat dekat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan dengan alasan hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan. Memberikan cairan dan nutrisi (makanan ringan dan minuman) dengan alasan makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif) (JNPK-KR/POGI, 2008).

- (3) Anjurkan ibu untuk posisi berbaring miring kekiri (JNPK-KR/POGI, 2008).

Rasionalnya :posisi berbaring miring kekiri dapat memudahkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga dapat mengurangi terjadinya *laserasi* perineum (JNPK-KR/POGI, 2008).

- (4) Berikan antibiotik sesuai dengan resep dokter

Rasionalnya : antibiotik untuk dapat menghindari infeksi (Manuaba, 2007).

- (5) Lakukan observasi suhu rektal tiap 3 jam dan tunggu 24 jam, bila belum ada tanda-tanda inpartu, lakukan terminasi (Paraton, dkk, 2008).

Rasionalnya : ibu akan merasa lelah karena berbaring di tempat tidur, partus akan menjadi lama, maka suhu badan akan naik, nadi cepat, dan nampaklah tanda-tanda infeksi (Sofian, 2011). Jika suhu rektal meningkat $>37,6$ °C segera terminasi (Paraton, dkk, 2008).

- (6) Hindari VT selama observasi, kecuali ada his/inpartu (Paraton, dkk, 2008).

R/ Karena jalan telah terbuka, maka dapat terjadi infeksi intrapartal, apalagi sering diperiksa dalam (Sofian, 2011).

- (7) Lakukan kolaborasi dengan dr. Obgyn dalam memberikan terapi (Tharpe, Farley, 2012).

Rasionalnya : dalam memberikan terapi diluar lingkup praktek bidan (Tharpe, Farley, 2012).

2.3.2 Nifas

1. Pengkajian

Subyektif

(1) Keluhan Utama

Jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam: terdapat dua atau lebih dari tanda gejala *sepsis puerperalis*/infeksi masa nifas, seperti demam, nyeri pelvik, nyeri tekan uterus, lokia berbau menyengat, pada laserasi/ luka episiotomi terasa nyeri, bengkak, mengeluarkan cairan nanah (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

(2) Riwayat obstetri yang lalu

- a. Riwayat persalinan dengan ketuban pecah dini dan kelahiran dengan SC (Suherni, Widyasih, Rahmawati 2009).
- b. Riwayat kehamilan kembar (Nugroho, 2012).
- c. Riwayat persalinan preterm (Rukiyah, Yulianti, 2010).

(3) Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Ada riwayat kehamilan kembar (Nugroho, 2012).

(4) Pola fungsi kesehatan

a. Nutrisi

Jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam: Nutrisi dan Hidrasi (Sulistyawati, Nugraheny, 2010) serta diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan (Saleha, 2009).

b. Pola Eliminasi

Jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam: *Miksi*/buang air kecil 6 jam postpartum dan *defekasi*/buang air besar setelah hari kedua postpartum (Saleha, 2009).

c. Pola Istirahat

Istirahat yang cukup (Saleha, 2009) waktu istirahat pada siang hari kira-kira 2 jam dan malam hari 7-8 jam (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

d. Pola Aktivitas

Jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam dilakukan ambulasi dini (Saleha, 2009).

(5) Riwayat psikososiospiritual

Ikatan antara ibu dan bayi dalam bentuk kasih sayang dan belaian, sehingga timbul interaksi yang menyenangkan dan mendapat respon yang positif dari keluarga, seperti memberi dukungan dalam merawat bayi (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

Obyektif

(1) Pemeriksaan Umum

a. Tanda-tanda vital:

Tekanan darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan, denyut nadi akan melambat sampai sekitar 60x/mnt atau 110x/mnt bila disertai peningkatan suhu tubuh, pernafasan berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi dan suhu : 37,2-37,5°C, bila kenaikan mencapai 38 °C harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

(2) Pemeriksaan Fisik

a. Mamae

Pembesaran, puting susu (menonjol/mendatar, adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI/kolostrum sudah keluar/belum, adakah pembengkakan, radang atau benjolan abnormal (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

b. Abdomen

Jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam dilakukan pemantauan kontraksi uterus (Sulistyawati, Nugraheny, 2010). Observasi TFU (Saleha, 2009). Tanda gejala *sepsis puerperalis*/infeksi masa nifas seperti nyeri tekan uterus dan terjadi keterlambatan penurunan ukuran uterus (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

c. Genitalia dan perineum

Jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam diketahui pengeluaran *lochea* (jenis, warna, jumlah, bau), odema, peradangan, keadaan jahitan keluar nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum. Hygiene yang buruk salah satu faktor resiko terjadinya *sepsis puerperalis* (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

d. Ekstremitas bawah

Pergerakan, gumpalan darah pada otot kaki yang menyebabkan nyeri, edema, *homan's sign*, varises (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009). Latihan tungkai (Baston, Hall, 2011).

2. Interpretasi data dasar

- 1) Diagnosa : PAPIAH Post Partum 6 jam
- 2) Masalah: Jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam: nyeri luka episiotomi (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

3) Kebutuhan : Dukungan pada ibu, mobilisasi, asuhan luka dan latihan postnatal (Baston, Hall, 2011), nutrisi dan hidrasi (Sulistyawati, Nugraheny, 2010), pemberian antibiotik dan analgetik (Saleha, 2009).

3. Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

Jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam: *Sepsis puerperalis* (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

4. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Lakukan Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi diluar lingkup praktek bidan (Tharpe, Farley, 2012).Diperlukan adanya tindakan segera oleh bidan maupun dokter pada kondisi yang ditemukan adanya diagnosa potensial dengan cara kolaborasi maupun dilakukan ke tempat rujukan (Saminem,2010).

5. Intervensi

1) Tujuan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam: nyeri luka episiotomi berkurang (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

2) Kriteria hasil

Rasa nyeri baik nyeri luka episiotomi maupun luka jahitan postoperasi berkurang, ibu mampu beradaptasi dengan nyeri tersebut, tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

3) Intervensi dan rasionalisasi

- a. Berikan dukungan pada ibu (Baston, Hall, 2011).

Rasionalnya : membantu ibu untuk menjalankan perannya sebagai ibu (Baston, Hall, 2011).

- b. Jelaskan penyebab nyeri (Saleha, 2009).

Rasionalnya : Menjelaskan penyebab nyeri tersebut diharapkan ibu dapat mengerti dan beradaptasi dengan nyeri tersebut (Saleha, 2009).

- c. Anjurkan ibu untuk mobilisasi, latihan postnatal (Baston, Hall, 2011).

Rasionalnya : profilaksis terhadap Trombosis vena dan tromboemboli, (Baston, Hall, 2011).

- d. Berikan hidrasi dan nutrisi yang cukup pada ibu (Sulistyawati, Nugraheny, 2010).

Rasioanalnya : nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan (Saleha, 2009).

- e. Observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, Tinggi Fundus uteri, lokia (Saleha, 2009).

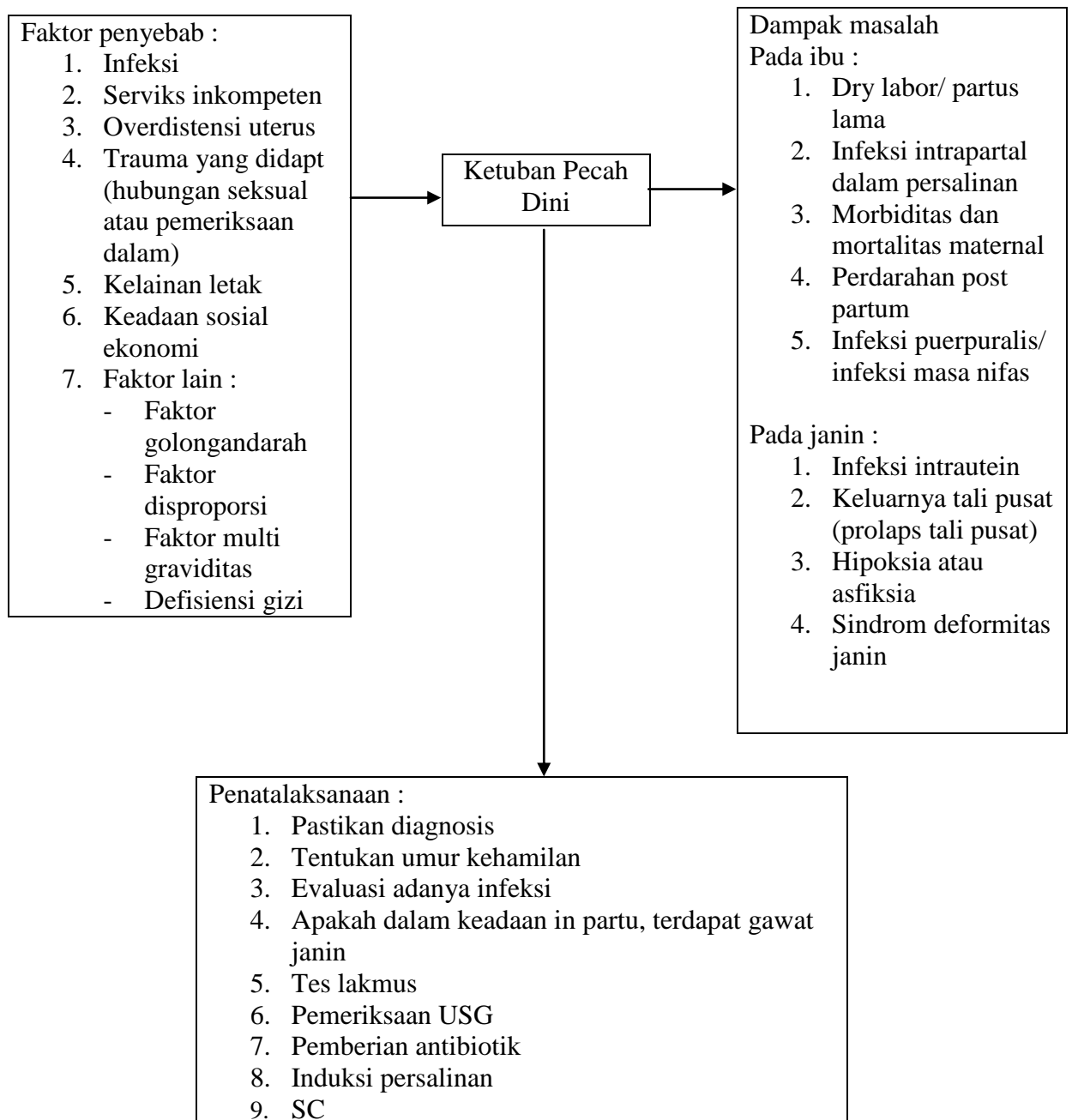
Rasionalnya : observasi tanda-tanda vital merupakan salah satu indikator untuk mengetahui keadaan ibu (Saleha, 2009). Observasi kontraksi uterus dapat mengetahui apakah uterus berkontraksi dengan baik atau tidak, karena apabila uterus berkontraksi

akan menyebabkan perdarahan dan memperlambat proses involusio (Saleha, 2009). Observasi TFU merupakan salah satu indikator untuk mengetahui bahwa proses involusio berlangsung normal atau tidak, normalnya TFU mengalami penurunan 1 cm/hari yang teraba keras dan bundar (Saleha, 2009). Observasi lochia dengan melihat perubahan warna, bau, banyaknya dan perpanjangan lochia merupakan terjadinya infeksi yang disebabkan oleh involusio yang kurang baik (Saleha, 2009)

- f. Penatalaksanaan pemberian antibiotik dan analgetik sesuai dengan resep dokter (Saleha, 2009).

Rasionalnya : Antibiotik berfungsi untuk mencegah infeksi dan analgetik untuk mengurangi rasa sakit (Saleha, 2009).

2.4 Kerangka konsep ketuban pecah dini



Gambar 2.1 Kerangka konseptual asuhan kebidanan pada ibu dengan ketuban pecah dini