

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini (KPD)

##### 2.1.1 Definisi

Ketuban pecah dini atau *spontaneous early/ premature rupture of the membrane* (PROM) adalah pecahnya ketuban selama in partu; yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Sofyan, 2011).

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan ataupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Rukiyah, 2010).

Ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) atau ketuban pecah premature (KPP) adalah keluarnya cairan dari jalan lahir/vagina sebelum proses persalinan (Khumaira, 2012).

##### 2.1.2 Macam-Macam KPD

1. *Ketuban pecah premature* yaitu pecahnya membrane chorion-amniotik sebelum onset persalinan dan melampaui usia kehamilan 37 minggu atau disebut juga *Premature Rupture Of Membrane = Prelabour Rupture Of Membrane = PROM*.

2. *Ketuban pecah premature pada preterm* yaitu pecahnya membrane Chorion-amniotik sebelum onset persalinan pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau disebut juga Preterm Premature Rupture Of Membrane = Preterm Prelabour Rupture Of Membrane PPRM(Jazayeri, 2013).

### 2.1.3 Etiologi

Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan factor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun factor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi factor predisposisinya adalah:

1. Infeksi: infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun ascenden dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD, infeksi pada kehamilan seperti karena bacterial vaginosis.
2. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri ( akibat persalinan, curettage), Serviks yang pendek (<25mm) pada usia kehamilan 23 minggu, Serviks tipis kurang dari 39 mm
3. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebih (overdistensi uterus)/ ketegangan rahim berlebih misalnya trauma, hidramnion, gemeli. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual,

pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi

4. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah ( Nugroho, 2011).
5. Keadaan sosial:  
Perokok (> stgh bungkus/ hari), peminum alkohol, Hygiene kurang sehingga PH Vagina diatas 4.5, defisiensi nutrisi atau gizi dari tembaga atau asam askorbat (vit C),kondisi sosial ekonomi rendah yang berhubungan dengan rendahnya kualitas perawatan antenatal (Nell, 2013).
6. Sefalopelvik disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu
  - a. kepala janin belum masuk PAP
  - b. Pendular abdomen
  - c. Grandamultipara / multi graviditas (Manuaba, 2007).
7. Faktor keturunan : kelainan genetik dan faktor rendahnya Vitamin C dan ion Cu dalam serum (Manuaba, 2007). Riwayat KPD dalam Keluarga (Nell, 2013).
8. Stress maternal, kadar CRH (*Carticotropin Releasing Hormone*) tinggi sehingga menyebabkan stimulasi persalinan preterm
9. Stress fetal (Khumaira,2012).
10. Riwayat KPD sebelumnya (Nugroho, 2012).
11. Riwayat persalinan preterm sebelumnya (Maryunani,2013).

## 12. Faktor lain:

a. Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban

b. Aktifitas

Makin muda kehamilan, antar terminasi kehamilan banyak diperlukan waktu untuk mempertahankan sehingga janin lebih matur. Melakukan tatalaksana konservatif dengan tirah baring untuk mengurangi keluarnya air ketuban sehingga masa kehamilan dapat diperpanjang. Tirah baring juga bisa dikombinasikan dengan pemberian antibiotik sehingga dapat menghindari infeksi (Manuaba, 2007). Beban kerja yang berat dapat meningkatkan produksi hormone prostaglandin serta menimbulkan perubahan serviks dan uterus yang berakibat meningkatnya terjadi KPD. (manuaba,2001)

c. Kelainan bawaan dari selaput ketuban

d. Faktor perdarahan antepartum (Nugroho, 2011).

e. Prosedur medis (Khumaira,2012).

### **2.1.4 Tanda Gejala**

1. Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes malalui vagina

2. Aroma air ketuban manis 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 duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara
4. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Nugroho, 2011).

### **2.1.5 Patofisiologi**

Mekanismenya sebagai berikut: Selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi; bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban (Manuaba, 2010).

Mekanisme ketuban pecah dini adalah terjadi pembukaan premature serviks dan membrane terkait dengan pembukaan terjadi devaskularisasi dan nekrosis serta dapat diikuti pecah spontan. Jaringan ikat yang menyangga membrane ketuban makin berkurang. Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim (enzim proteolitik, enzim kolagenaze). 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 morbiditas janin. Oleh karena itu komplikasi ketuban pecah dini semakin meningkat ( Manuaba,2008).

Menurut (Scott.2002) mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dapat berlangsung sebagai berikut:

- a. Selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi
- b. Bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban.
- c. Ascending infection, pecahnya ketuban menyebabkan ada hubungan langsung antara ruang intraamnion dengan dunia luar.
- d. Infeksi intraamnion bisa terjadi langsung pada ruang amnion, atau dengan penjararan infeksi melalui dinding uterus, selaput janin, kemudian ke ruang intraamnion.
- e. Mungkin juga ibu jika ibu mengalami infeksi sistemik, infeksi intrauterine menjaral melalui plasenta (sirkulasi fetomaternal)
- f. Tindakan iatrogenic traumatic atau hygiene buruk, misalnya pemeriksaan dalam yang terlalu sering, dan sebagainya, predisposisi infeksi
- g. Kuman yang sering ditemukan: streptococcus, staphylococcus (gram negative), Bacteroides, Peptococcus (anaerob) (Maryunani, 2013).

### 2.1.6 Dampak

#### 1. Terhadap Ibu

- a. Infeksi maternal : Koriomnionitis (demam  $> 38^{\circ}\text{C}$ , Takikardi, leukositosis, nyeri uterus, cairan vagina berbau busuk atau bernanah, DJJ Meningkat), endometriosis, infeksi intra partum (koriomnionitis) ascendens dari vagina ke intrauterine, penurunan aktifitas miometrium (distonia, atonia), sepsis CEPAT (Karena daerah uterus dan intramnion memiliki vaskularisasi sangat banyak), dapat terjadi syok septic sampai kematian ibu.
- b. Persalinan preterm, jika terjadi pada usia kehamilan preterm.
- c. Oligohidramnion, bahkan sering partus kering (dry labor) karena cairan ketuban habis (Maryunani, 2013).
- d. Infeksi purpuralis / masa nifas
- e. Perdarahan post partum
- f. Terjadinya Partus Lama/dry labour

Persalinan lama ( partus lama ) dikaitkan dengan his yang masih kurang dari normal sehingga tahanan jalur lahir yang normal tidak dapat diatasi dengan baik karena durasinya tidak terlalu lama, frekuensinya masih jarang, tidak terjadi koordinasi kekuatan, keduanya tidak cukup untuk mengatasi tahanan jalan lahir tersebut.((Khumaira, 2012-Manuaba 2010).

- g. Meningkatkan tindakan operatif obstetri (khususnya SC) (Khumaira, 2012).

## 2. Anak:

a. Penekanan tali pusat (prolapsus): gawat janin, asfiksia janin, sepsis perinatal sampai kematian janin (sering terjadi pada presentasi bokong atau letak lintang)

b. Trauma pada waktu lahir

c. Premature

Masalah yang dapat terjadi pada persalinan premature diantaranya adalah *respiratory distress syndrome, hypothermia, neonatal feeding problem, retinopathy of prematurity, intraventricular hemorrhage, necrotizing enterocolitis, brain disorder (and risk of cerebral palsy), hyperbilirubinemia, anemia,* dan sepsis

d. Hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi) mengakibatkan kompresi tali pusat, prolaps uteri, apgar score rendah, ensefalopaty, cerebral palsy, perdarahan intracranial, renal failure

e. Sindrom deformitas janin

Terjadi akibat oligohidramnion. Diantaranya terjadi hipoplasia paru, deformitas ekstermitas dan pertumbuhan janin terhambat (PJT) (Khumaira, 2012).

### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa : warna, konsentrasi, bau dan pH nya. Cairan yang keluar dari vagina ini kecuali air ketuban



mungkin juga urine atau secret vagina. Secret vagina ibu hamil Ph: 4-5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning.

- a. 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
- b. Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas obyek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

## 2. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

- a. 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 oligohidramnion. Walaupun pendekatan diagnosis KPD cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosa dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana (Norma, 2013).
- b. Pengukuran diameter biparietal, sirkumferensia tubuh janin, dan panjangnya lender memperkirakan umur kehamilan
- c. Diameter biparietal lebih besar dari 9,2 cm pada pasien non diabetes atau plasenta taingkat III biasanya berhubungan dengan maturitas paru janin
- d. Sonografi dapat mengidentifikasi kehamilan ganda, anomaly janin, atau melokalisasi kantong cairan amnion pada aminositosis.

3. Hitung darah lengkap dengan apusan darah:  
Leukositosis digabung dengan peningkatan bentuk batang pada apusan tepi menunjukkan infeksi intrauterine. Leukosit maternal (sel darah putih >16.000 tanpa persalinan)
4. Amniosentesis
  - a. Cairan amnion dapat dikirim ke laboratorium untuk evaluasi kematangan paru janin (rasio L / S: Fosfatidilgliserol; Fosfatidilkolin jenuh)
  - b. Pewarna gram dan hitting koloni kuantitatif membuktikan adanya infeksi intrauterine.
5. Pemantauan janin. Membantu dalam evaluasi janin (NST, gerakan janin)
6. Proten C-reaktif : peningkatan Proten C-reaktif serum menunjukkan peringatan awal korioamnionitis ( Maryunani, 2013).

### **2.1.8 Diagnosa**

Menentukan diagnose KPD secara tepat sangat penting. Karena diagnose yang positif palsu berarti melakukan intervensi seperti melahirkan bayi terlalu awal atau melakukan seksio yang sebetulnya tidak ada indikasinya. Sebaliknya diagnose yang negative palsu berarti akan membiarkan ibu dan janin mempunyai resiko infeksi yang akan mengancam kehidupan janin, ibu atau keduanya. Oleh karena itu diperlukan diagnose yang cepat dan tepat.

Diagnosa KPD Ditegakkan dengan cara:

a. 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, keluarnya cairan tersebut his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lender darah.

b. Inspeksi

Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas (Sujiyatini, 2009).

Adanya cairan yang berisi mekonium (kotoran janin), verniks kaseosa (lemak putih) rambut lanugo atau (bulu-bulu halus) bila telah terinfeksi bau (Kumaira, 2012).

c. Pemeriksaan dengan speculum

Pemeriksaan pada speculum pada KPD akan tampak keluar cairan dari orifisium uteri eksternum (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan manuver Valsalva, atau bagian terendah digoyangkan, akan tetap keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior.

d. Pemeriksaan dalam didapat cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan tocher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan

dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi pathogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin (Sujiyatini, 2009).

Maternal : demam (dan takikardi), uterine tenderness, cairan amnion yang keruh dan berbau, leukositosis (peningkatan sel darah putih) meninggi, leokosit esterase (LEA) meningkat, kultur darah/urin.

Fetal : Takikardi, kardiokografi, profilbiofisik, volume cairan ketuban berkurang (Khumaira,2012).

### **2.1.9 Diagnosa Banding**

1. Diagnose banding harus mencakup kemungkinan inkontenensia urine
2. Karena urine biasanya asam, perbandingan Ph urine dan Ph vagina membantu dalam membedakan (Maryunani, 2013).
3. Infeksi saluran kemih
4. Peningkatan secret vagina, akibat kehamilan, vaginitis, IMS (Nell , 2012).

### **2.1.10 Penatalaksanaan**

Ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan beresiko tinggi. Kesalahan dalam mengelola KPD akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya. Penatalaksanaan

KPD masih dilemma bagi sebagian besar ahli kebidanan, selama masih beberapa masalah yang masih belum terjawab. Kasus KPD yang cukup bulan, kalau segera mengakhir I kehamilan akan menaikkan insiden bedah sesar, dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insiden chorioamnionitis.

Kasus KPD yang kurang bulan kalau menempuh cara-cara aktif harus dipastikan bahwa tidak akan terjadi RDS, dan kalau menempuh cara konservatif dengan maksud untuk member waktu pematangan paru, harus bisa memantau keadaan janin dan infeksi yang akan memperjelek prognosis janin. Penatalaksanaan KPD tergantung pada umur kehamilan. Kalau umur kehamilan tidak diketahui secara pasti segera dilakukan pemeriksaan USG untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. Resiko yang lebih sering pada KPD dengan janin kurang bulan adalah RDS dibandingkan dengan sepsis. Oleh karena itu pada kehamilan kurang bulan perlu evaluasi hati-hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan 34 minggu atau lebih biasanya paru-paru sudah matang, chorioamnionitis yang diikuti dengan sepsis pada janin merupakan sebab utama meningkatnya morbiditas dan mortalitas janin. Pada kehamilan cukup bulan, infeksi janin langsung berhubungan dengan lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya period laten. Kebanyakan penulis sepakat mengambil 2 faktor yang harus dipertimbangkan dalam mengambil sikap atau tindakan terhadap penderita KPD yaitu umur kehamilan dan ada tidaknya tanda-tanda infeksi pada ibu.

1. Penatalaksanaan KPD pada kehamilan aterm (>37 minggu)

Beberapa penelitian menyebutkan lama periode laten dan durasi KPD keduanya mempunyai hubungan yang bermakna dengan peningkatan kejadian infeksi dan komplikasi lain dari KPD. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan dari persalinan disebut periode latent=L.P="lag" period. Makin muda umur kehamilan makin memanjang L.P-nya. Pada hakekatnya kulit ketuban yang pecah akan menginduksi persalinan dengan sendirinya. Sekitar 70-80% kehamilan genap bulan akan melahirkan dalam waktu 24 jam setelah kulit ketuban pecah, bila dalam 24 jam setelah kulit ketuban pecah, bila dalam 24 jam setelah kulit ketuban pecah belum ada tanda-tanda persalinan maka dilakukan induksi persalinan dan bila gagal dilakukan bedah Caesar.

Pemberian antibiotik profilaksis dapat menurunkan infeksi pada ibu. Walaupun anti biotik tidak difaedahkan terhadap janin dalam uterus namun pencegahan terhadap chorioamnionitis lebih penting dari pada pengobatannya sehingga pemberian antibiotik hendaknya diberikan segera setelah diagnosa KPD ditegakkan dengan pertimbangan: tujuan profilaksis, lebih dari 6 jam kemungkinan infeksi telah terjadi, proses persalinan umumnya berlangsung lebih dari 6 jam. Beberapa penulis menyarankan bersikap aktif (induksi persalinan) segera diberikan atau ditunggu sampai 6-8 jam dengan alasan penderita akan menjadi inpartu dengan sendirinya. Dengan mempersingkat periode laten durasi KPD dapat diperpendek sehingga

resiko infeksi dan trauma obstetric karena partus tindakan dapat dikurangi.

Pelaksanaan induksi persalinan perlu pengawasan yang sangat ketat terhadap keadaan janin, ibu dan jalannya proses persalinan berhubungan dengan komplikasinya. Pengawasan yang kurang baik dapat menimbulkan komplikasi yang fatal bagi ibu dan bayinya (his terlalu kuat) atau proses persalinan menjadi semakin kepanjangan (his kurang kuat). Induksi dilakukan dengan memperhatikan bishop score jika  $> 5$  induksi dapat dilakukan, sebaliknya  $< 5$ , dilakukan pengamatan serviks, jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan SC.

#### **Aktif**

- a. Tindakan tatalaksana aktif juga tidak terlalu banyak dapat meningkatkan maturitas janin dan paru. Dalam keadaan terpaksa harus dilakukan terminasi kehamilan untuk menyelamatkan bayi atau maternal.
- b. Beri antibiotik: bila ketuban pecah  $> 6$  jam berupa ampicilin 4 x 500 mg atau Gentamycin 1 x 80 mg
- c. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leokosit, tanda infeksi intrauterine)
- d. Kehamilan  $> 37$  minggu: induksi oksitosin, bila gagal dilakukan SC.
- e. Pada keadaan CPD, letak lintang dilakukan SC (Nugroho, 2012).
- f. Bila ada tanda-tanda infeksi: beri antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri: bila skor pelvic  $< 5$ , lakukan pematangan

serviks, kemudian induksi, akhir I persalinan dengan SC. Kemudian bila skor pelvic  $> 5$  induksi persalinan, patas pervaginam (Sarwono, 2006).

- g. Janin mati dengan letak lintang maupun memanjang dilakukan partus pervaginam dengan induksi oksitosin
- h. Jika hidup dengan letak memanjang dilakukan persalinan dengan seksio sesarea (Nita, 2013).
- i. Kehamilan  $> 37$  minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesaria. Dapat pula diberikan misoprostol 50  $\mu$ g intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- j. Bila ada tanda infeksi berikan antibiotic dosis tinggi, dan persalinan diakhiri (Saifuddin, 2010).

Hal-hal yang harus di perhatikan saat terjadi pecah ketuban:

1. Hal yang harus segera dilakukan:
  - a. Pakai pembalut tiap keluar banyak atau handuk yang bersih
  - b. Tenangkan diri jangan bergerak terlalu banyak pada saat ini
  - c. Ambil nafas
2. Yang tidak boleh dilakukan:
  - a. Tidak boleh berendam dalam bath tub, karena bayi ada resiko ada resiko terinfeksi kuman
  - b. Jangan bergerak mondar-mandir atau berlari ke sana kemari karena ketuban akan terus keluar.
  - c. Berbaringlah dengan pinggang diganjal subaya lebih tinggi (Maryunani, 2013).



## 2. Penatalaksanaan KPD pada kehamilan preterm (<37 minggu)

Pada kasus KPD dengan kehamilan yang kurang bulan tidak dijumpai tanda-tanda infeksi pengelolaanya bersifat konserfativ disertai pemberian antibiotik yang adekuat sebagai profilaksi. penderita perlu dirawat di rumah sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenberg, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan bisa mencapai 37 minggu, obat-obatan uteronelaksen atau tocolitik agent dibererikan juga tujuan menunda proses persalinan.

Tujuan dari pengelolaan konversatif dengan pemberian kortikosteroid pada penderita KPD kehamilan kurang bulan adalah agar tercapainya pematangan paru, jika selama menunggu atau melakukan pengelolaan konsevatif tersebut muncul tanda-tanda infeksi, maka segera dilakukan induksi persalinan tanpa memandang umur kehamilan.

Induksi persalinan sebagai usaha agar persalinan mulai berlangsung dengan jalan merangsang timbulnya his ternyata dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi yang kadang-kadang tidak ringan. Komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi gawat janin sampai mati, tetani uteri, rupture uteri, emboli air ketuban, dan juga mungkin terjadi intoksikasi.

Kegagalan dari induksi persalinan biasanya diselesaikan dengan tindakan bedah sesar. Seperti halnya pada pengelolaan KPD yang cukup cukup bulan, tindakan bedah sesaria hendaknya dikerjakan

buukan semata-mata karena infeksi intrauterine tetapi seyogyanya ada indikasi obstetrik yang lain, misalnya kelainan letak, gawat janin, partus tidak maju, dll.

Selain komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi akibat tindakan aktif. Ternyata pengelolaan konservatif juga dapat menyebabkan komplikasi yang berbahaya, maka perlu dilakukan pengawasan yang ketat. Sehingga dikatakan pengolahan konservatif adalah menunggu dengan penuh kewaspadaan terhadap kemungkinan infeksi intrauterine.

Sikap konservatif meliputi pemeriksaan leukosit darah tepi setiap hari, pemeriksaan tanda-tanda vital terutama temperature setiap 4 jam, pengawasan DDJ, pemberian antibiotic mulai saat diagnose ditegakkan dan selanjutnya setiap 6 jam.

Pemberian kortikosteroid antenatal pada preterm KPD telah dilaporkan secara pasti dapat menurunkan kejadian RDS. (The National Institutes of Health (NIH) telah merekomendasikan penggunaan kortikosterooid pada preterm KPD pada kehamilan 30-32 minggu yang tidak ada infeksi intraamnion. Sediaan terdiri dari betametason 2 dosis masing-masing 12 mg i.m tiap 24 jam atau dexametason 4 dosis masing-masing 6 mg tiap 12 jam (Sujiyatini, 2009).

### **Konservatif**

Dilakukan tindakan untuk memperpanjang usia kehamilan dengan member kombinasi antara:

1. Kortikosteroid untuk pematang paru
2. Tokolitik untuk mengurangi atau menghambat kontraksi uterus
3. Antibiotic untuk mengurangi peranan infeksi sebagai pemicu terjadinya persalinan

Cara perawatan:

- a. Rawat di rumah sakit
- b. Pembatasan aktivitas. (Norwitz, 2007)
- c. Beri antibiotika: bila krtuban pecah >6 jam berupa :ampisilin 4 x 500 mg atau Gentamycin 1 x 80 mg selama 5 hari
- d. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leokosit, tanda infeksi intrauterine)
- e. Usia kehamilan kurang dari 26 minggu:
  - Sulit mempertahankan sampai aterm atau sampai usia kehamilan sekitar 34 minggu.
  - Bahaya infeksi dan oligohidramnion akan menimbulkan masalah pada janin
  - Bayi dengan usia kehamilan kurang dari 26 minggu, sulit untuk hidup dan beradaptasi di luar kandungan.
- f. Usia kehamilan 26-31 minggu
  - Persoalan tentang sikap dan komplikasi persalinan masih sama seperti pada usia kehamilan kurang dari 26 minggu
  - Pada rumah sakit yang sudah maju mungkin terdapat unit perawatan intensif neonatus untuk perawatan janin

- Pertolongan persalinan dengan BB janin kurang dari 2000 g dianjurkan SC
- g. Pada usia kehamilan 32-34 minggu, berikan steroid Selma untuk memacu kematangan paru janin (Nugroho, 2012).
- h. Tirah baring untuk mengurangi keluarnya air ketuban sehingga masa kehamilan dapat diperpanjang
- i. Tirah baring dapat dikombinasikan dengan pemberian antibiotic sehingga dapat menghindari infeksi (Manuaba, 2007).
- j. Tindakan konservatif yang dimaksud adalah istirahat baring, pemberian antibiotic, kortikosteroid untuk pematangan paru, tokolitik jika ada kontraksi uterus dan penilaian tanda-tanda infeksi secara klinik maupun laboratorik (Nita, 2013).
- k. Jangan melakukan pemeriksaan dalam vagina kecuali ada tanda-tanda persalinan
- l. Melakukan termasi kehamilan bila ada tanda-tanda infeksi atau gawat janin
- m. Bila dalam 3x24 jam tidak ada pelepasan air dan tidak ada kontraksi uterus maka lakukan mobilisasi bertahap. Apabila pelepasan air berlangsung terus, lakukan terminasi kehamilan (Maryunani, 2013).
- n. Penatalaksanaan pada ibu adalah: hidrasi dengan kecukupan cairan, perbaiki nutrisi, pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin. NST), Pemeriksaan USG (Rukiyah, 2010).

- o. Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat sampai air ketuban tidak keluar lagi
- p. Usia kehamilan 34-36 minggu:  
BB janin sudah cukup baik sehingga langsung dapat dilakukan terapi induksi atau SC (Manuaba,2007).
- q. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negative: beri dexametason , observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- r. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi beri tokolitik (salbutamol) dexametason dan induksi sesudah 24 jam
- s. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotic dan lakukan induksi. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi I intrauterine)
- t. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, dexametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali (Saifuddin, 2010).

## **2.2 Konsep Dasar Persalinan dan Nifas**

### **2.2.1 Konsep Dasar Persalinan**

#### **2.2.1.1 Perubahan Selama Persalinan**

##### **1. Tekanan Darah**

Normal tekanan darah pada ibu 120/80 mmhg. Namun Tekanan Darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg (130-140 mmhg) dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg (85-90 mmhg). Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan.

##### **2. Metabolisme**

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan aktivitas metabolic terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung dan cairan yang hilang.

##### **3. Suhu**

Suhu badan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama dan segera setelah persalinan. Kenaikan suhu dianggap normal asal tidak lebih dari 0,5 sampai 1 °C, yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Jika terjadi infeksi pada KPD ibu demam suhu >38°C

#### **4. Denyut Nadi (Frekuensi Jantung)**

Frakuensi denyut jantung diantar kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Jika terjadi infeksi pada KPD ibu takikardi  $>100$  dan DJJ janin  $>160x/$  menit.

#### **5. Pernafasan**

Terjadi sedikit peningkatan frekuensi pernafasan selama persalinan dimana hal tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Peningkatan pernafasan ini dapat dipengaruhi oleh adanya nyeri, rasa takut, dan penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar.

#### **6. Perubahan Pada Saluran Cerna**

Mobilitas dan absorsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama.

#### **7. Perubahan Hematologi**

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gm/100 mL selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum, apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan (Varney, 2008).

### 2.2.1.2 Mekanisme Persalinan

#### 1. Kala I

Disebut sebagai kala pembukaan. Kala I persalinan ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (bloody show) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement). Waktu untuk pembukaan serviks Kala I dibagi atas 2 fase, yaitu:

##### a. Fase laten

1. Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
2. Berlangsung hingga serviks membuka <4 cm.
3. Semakin panjang fase laten semakin besar kemungkinan terjadinya infeksi. (Manuaba, 2007)
4. Pada fase laten 50% ibu KPD aterm mulai mengalami proses persalinan dalam waktu 12 jam. 70% dalam waktu 24 jam. (Norwitz, 2007)

##### b. Fase aktif

1. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
2. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara) (APN, 2008).



3. Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase:

- a. Akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- b. Dilatasi maksimal : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- c. Deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).
- d. Proses membukanya serviks disebut dengan berbagai istilah : melembek (softening), menipis (thinned out), obliterasi (obliterated) mendatar dan tertarik keatas (effaced and taken up) dan membuka (dilatation) (Mochtar, 2011).

**Tabel 2.1 Perbedaan lamanya pembukaan serviks pada primigravida dan multigravida**

Primi	Multi
Serviks mendatar (effacement) dulu baru dilatasi.	Mendatar dan membuka dapat terjadi bersamaan.
Berlangsung 13 – 14 jam	Berlangsung 11-12 jam

(APN, 2008)

**Tabel 2.2 Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal**

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
TD	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30 menit
DJJ	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit

Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

(APN, 2008)

## 2. Kala II

### 1) Batasan

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama. Kira – kira 2 – 3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ke ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot – otot dasar panggul yang secara reflektoris yang menimbulkan rasa mengedan. Karena tekanan pada rectum, ibu seperti merasa mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mengedan yang terpimpin, akan lahirlah kepala dengan diikuti badan rahim. Kala II pada primi  $1\frac{1}{2}$  – 2 jam, pada multi  $\frac{1}{2}$  - 1 jam (Mochtar, 2011).

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi.

Gejala dan tanda kala dua persalinan:

- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/atau vaginanya.
- c. Perineum menonjol.

- d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui periksa dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah:

- a. Pembukaan serviks telah lengkap.
- b. Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina (APN, 2008).

### 3. Kala III

Kala III berlangsung mulai dari bayi lahir sampai uri keluar lengkap. Biasanya akan lahir spontan dalam 15-30 menit.

Kala III terdiri dari 2 fase :

- a. Fase pelepasan uri

Kontraksi rahim akan mengurangi area uri karena rahim bertambah kecil dan dindingnya bertambah tebal beberapa sentimeter. Kontraksi tersebut akan menyebabkan bagian uri yang longgar dan lemah pada dinding rahim terlepas, mula-mula sebagian, kemudian seluruhnya. Proses pelepasan berlangsung setahap demi setahap. Jika pelepasan uri sudah lengkap, kontraksi rahim akan mendorong uri yang sudah terlepas ke segmen bawah Rahim (SBR), lalu ke vagina dan dilahirkan.

Cara lepasnya uri ada beberapa macam:

- 1) Schultze

Yang pertama terlepas adalah bagian tengah, lalu terjadi hematoma retroplasenta, mula-mula bagian tengah, kemudian

seluruhnya. Menurut cara schultze, perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

## 2) Duncan

Lepasnya uri mulai dari pinggir. Jadi, bagian pinggir uri lahir terlebih dahulu. Darah akan mengalir keluar diantara selaput ketuban. Serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

### b. Fase pengeluaran uri

Prasat-prasat Untuk Mengetahui Lepasnya Uri

#### (1) Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada /di atas simfisis, tali pusat ditegangkan. Jika tali pusat masuk kembali, berarti uri belum lepas. Jika tali pusat diam atau maju, berarti uri sudah lepas.

#### (2) Klien

Sewaktu ada his, Rahim kita dorong sedikit. Jika tali pusat tertarik masuk, berarti uri belum lepas. Jika tali pusat diam atau turun, uri sudah lepas.

#### (3) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus. Jika tali pusat bergetar, berarti uri belum lepas. Sedangkan jika tidak bergetar, artinya uri sudah lepas.

#### (4) Metode Crede

(a) Empat jari ditempatkan pada dinding belakang Rahim, ibu jari di bagian tengah-depan fundus.

- (b) Pijat rahim dan sedikit dorongan ke bawah, tetapi jangan terlalu kuat, seperti memeras jeruk. Lakukan sewaktu ada his.
- (c) Jangan tarik tali pusat karena dapat menyebabkan inversion uteri.

**Tanda-tanda lepasnya plasenta :**

- (a) Rahim menonjol diatas simfisis.
- (b) Tali pusat bertambah panjang.
- (c) Rahim bundar dan keras.
- (d) Keluar darah secara tiba-tiba (Mochtar, 2011).

**4. Kala IV**

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan :

- a) Tingkat kesadaran penderita.
- b) Pemeriksaan tanda – tanda vital : tekanan darah, nadi, pernafasan.
- c) Kontraksi uterus.
- d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 – 500 cc. (Manuaba, 2010).

## 2.2.2 Konsep Dasar Nifas

### 2.2.2.1 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

**Tabel 2.3**Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah pendarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i></li> <li>2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan ; rujuk jika pendarahan berlanjut</li> <li>3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah pendarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i>.</li> <li>4. Pemberi ASI awal.</li> <li>5. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi</li> <li>6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah <i>hypothermi</i>.</li> <li>7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahirannya atau sampai</li> </ol>

		ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada pendarahan abnormal, tidak ada bau.</li> <li>2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau pendarahan abnormal.</li> <li>3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.</li> <li>4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulitan.</li> <li>5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.</li> </ol>
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas
4	6 minggu setelah persalinan	3 Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau

		bayinya alami. 4 Memberikan konseling KB secara dini
--	--	---

### 2.2.2.2 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

#### 1. Perubahan Sistem Reproduksi

##### a. Uterus

- **Pengerutan rahim (involusi)**

*Involusi* merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic (layu/mati).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (tinggi fundus uteri).

1. Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
2. Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat.
3. Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
4. Pada 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.
5. Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram.



**b. Lokhea**

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan volume karena adanya proses involusi.

Lokhea dibedakan menjadi 3 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya :

**a. Lokhea rubra / merah**

Lokhe ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-3 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar., jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

**b. Lokhea sanguinolenta**

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

**c. Lokhe serosa**

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau leserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14

d. Lokhea alba/putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

Lokhea yang menetap pada awal periode post partum menunjukkan adanya tanda-tanda pendarahan sekunder mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan "lokhea purulenta". Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut dengan "lokhea statis".

**c. Perubahan pada serviks**

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan servik tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat leserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi keadaan sebelum hamil.

Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk kedalam rongga rahim. Setelah 2 jam. Hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 post partum, serviks sudah menutup kembali

#### **b. Vulva dan vagina**

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

Pada masa nifas biasanya terdapat luka-luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara perpriman (sembuh dengan sendirinya), kecuali bila terdapat infeksi. Infeksi mungkin menyebabkan sellulitis yang dapat menjalar sampai terjari sepsis.

### **c. Perineum**

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekakan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonus-nya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

## **2. Perubahan Sistem Pencernaan**

Ibu biasanya lapar segera setelah melahirkan sehingga ia boleh mengonsumsi makanan ringan setelah benar-benar pulih dari efek analgesic, anestesi dan kelelahan, kebanyakan ibu merasa kelaparan. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi disertai konsumsi camilan yang sering ditemukan (Bobak, 2005).

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh.

Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkata asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila ini tidak berhasil, dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia.

## **3. Perubahan Sistem Perkemihan**

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil selama 24 jam pertama. Kemungkinan penyebabnya keadaan ini adalah terdapat spame sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antar kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

Dinding kandung kemih memperlihatkan odem dan hyperemia, kadang-kadang odem trigonum yang menimbulkan alostaksi dari uretra sehingga menjadi retensio urine. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitif dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih tertinggal urine residual (normal kurang lebih 15 cc). Dalam hal ini, sisa urine dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan dapat menyebabkan infeksi.

#### **4. Perubahan Tanda-Tanda Vital**

##### **a. Suhu badan**

1. Selama 24 jam pertama dapat meningkat sampai 38°C sebagai akibat efek dehidrasi persalinan (Bobak,2005)

2. Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37,2 °C-37,5 °C. Kemungkinan disebabkan karena ikutan dari aktivitas payudara.
3. Bila kenaikan mencapai 38 °C pada hari kedua sampai hari-hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas.

b. Nadi

1. Denyut nadi akan melambat sampai sekitar 60 x/menit, yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama post partum.
2. Pada ibu yang nervus nadinya bisa cepat, kira-kira 110x/menit. Bisa juga terjadi gejala shock karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh.

c. Tekanan darah

1. Tekanan Darah <140/90 mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari post partum.
2. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan post partum. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre-eklampsia yang bisa timbul pada masa nifas.

d. Respirasi

1. Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Hal ini karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam keadaan istirahat.
2. Bila ada respirasi cepat postpartum ( $>30x/menit$ ) mungkin karena adanya tanda-tanda syok (Suherni, 2009).

## **5. Perubahan Sistem Kardiovaskuler**

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi (Sulistiyawati, 2009).

### **2.2.2.3 Ketidaknyamanan Pada Masa Nifas**

#### **1. Nyeri perut (After Pains)**

Hal ini disebabkan kontraksi dan relaksasi yang terus menerus, banyak terjadi pada multipara. Nyeri akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik yang memerlukan kandung kemih kosong.

#### **2. Keringat berlebih**

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebih dimana terjadi diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial

yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraselular selama kehamilan.

### **3. Pembesaran payudara**

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan kombinasi akumulasi dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Saat suplai air susu masuk kedalam payudara, pembesaran payudara dimulai dengan perasaan berat saat payudara mulai terisi. Payudara mulai distensi, tegang dan nyeri tekan saat disentuh. Kulit terasa hangat saat disentuh dengan vena dapat dilihat, dan tegang dikedua sisi payudara.

### **4. Nyeri Perineum**

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

### **5. Konstipasi**

Rasa takut dapat menghambat keinginan untuk buang air besar, hal ini disebabkan karena nyeri akibat adanya luka jahitan perineum (Varney, 2007).

#### **2.2.2.4Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas**

Kebutuhan dasar ibu pada masa nifas , diantaranya yaitu :

- 1) Kebutuhan Gizi Ibu Menyusui
  - a) mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori.



- b) Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral dan vitamin.
- c) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui.
- d) Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas.
- e) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI

## 2) Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya. Adapun keuntungan dari ambulasi dini, antara lain :

- a) Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- b) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- c) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara perawatan bayi.

Ambulasi awal dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam ke jam sampai hitungan hari.

## 3) Eliminasi

Dalam 6 jam postpartum pasien sudah harus dapat buang air kecil, semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan. Sedangkan buang air besar dalam 24 jam pertama, karena semakin lama feses tertahan dalam usus semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar.

#### 4) Kebersihan Diri

Beberapa langkah penting dalam perawatan diri ibu post partum, antara lain:

- (a) Kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi.
- (b) Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.
- (c) Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.
- (d) Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kemaluanya.

#### 5) Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga di sarankan untuk memberikan kesempatan pada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti. Bila istirahat ibu kurang dapat mengakibatkan beberapa hal diantaranya dapat mengurangi ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak pendarahan, serta dapat menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

#### 6) Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan 1-2 jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang

melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau minggu setelah kelahiran.

7) Latihan atau senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas di lakukan sejak awal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit post partum( Sulistyawati, 2009).

### **2.2.2.5 Tanda Bahaya Nifas**

a. Perdarahan Per Vagina

Perdarahan >500cc pasca persalinan dalam 24 jam

2. Setelah anak dan plasenta lahir
3. Perkiraan perdarahan – kadang bercampur amonion, urine, darah.
4. Akibat kehilangan darah bervariasi – anemia
5. Perdarahan dapat terjadi lambat – waspada terhadap shock

b. Infeksi nifas

Semua peradangan yang disebabkan masuknya kuman ke dalam alat-alat genitalia pada waktu persalinan dan nifas.

Faktor Predisposisi Infeksi Nifas

1. Partus lama
2. Tindakan operasi persalinan
3. Tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban dan bekuan darah.
4. Perdarahan ante partum dan post partum

5. Anemia
  6. Ibu hamil dengan infeksi (endogen)
  7. Manipulasi penolong (eksogen)
  8. Infeksi nosokomial
  9. Bakteri colli
- c. Demam Nifas / Febris Purpuralis
- Kenaikan suhu lebih dari 38° C selama 2 hari dalam 10 hari pertama post partum dengan mengecualikan hari 1 (pengukuran suhu 4x / jam oral / rectal).
- Faktor Predisposisi
1. Pertolongan persalinan kurang steril
  2. KPP
  3. Partus lama
  4. Malnutrisi
  5. Anemia
- d. Bendungan ASI
1. Suhu tidak > 38° C
  2. Terjadi minggu pertama PP
  3. Nyeri tekan pada payudara
- e. Mastitis (Peradangan pada mammae.)
- Kuman masuk melalui luka pada puting susu.
1. Suhu tidak > 38° C
  2. Terjadi minggu ke dua PP
  3. Bengkak keras, kemerahan, nyeri tekan (Sulistyawati, 2009).

## **2.2 KONSEP DASAR MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN MENURUT HELEN VARNEY**

Varney menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh bidan, perawat pada awal tahun 1970 an. Proses ini memperkuat sebuah metode dengan mengorganisasikan dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan akan tercapai. Dalam memberikan asuhan kebidanan penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney, yaitu:

### **1. Pengumpulan data dasar**

Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti:

- a) Riwayat kesehatan
- b) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c) Peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d) Data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi

### **2. Interpretasi data dasar**

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan

pasien. Masalah atau diagnosis yang spesifik dapat ditemukan berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data dasar. Selain itu, sudah terpikirkan perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah. Sebagai contoh masalah yang menyertai diagnosis seperti diagnosis kemungkinan wanita hamil, maka masalah yang berhubungan adalah wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya atau apabila wanita hamil tersebut masuk trimester III, maka masalah yang kemungkinan dapat muncul adalah takut untuk menghadapi proses persalinan dan melahirkan.

### **3. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial**

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

### **4. Identifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.**

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi dan melakukan rujukan.

## **5. Perencanaan asuhan secara menyeluruh**

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.

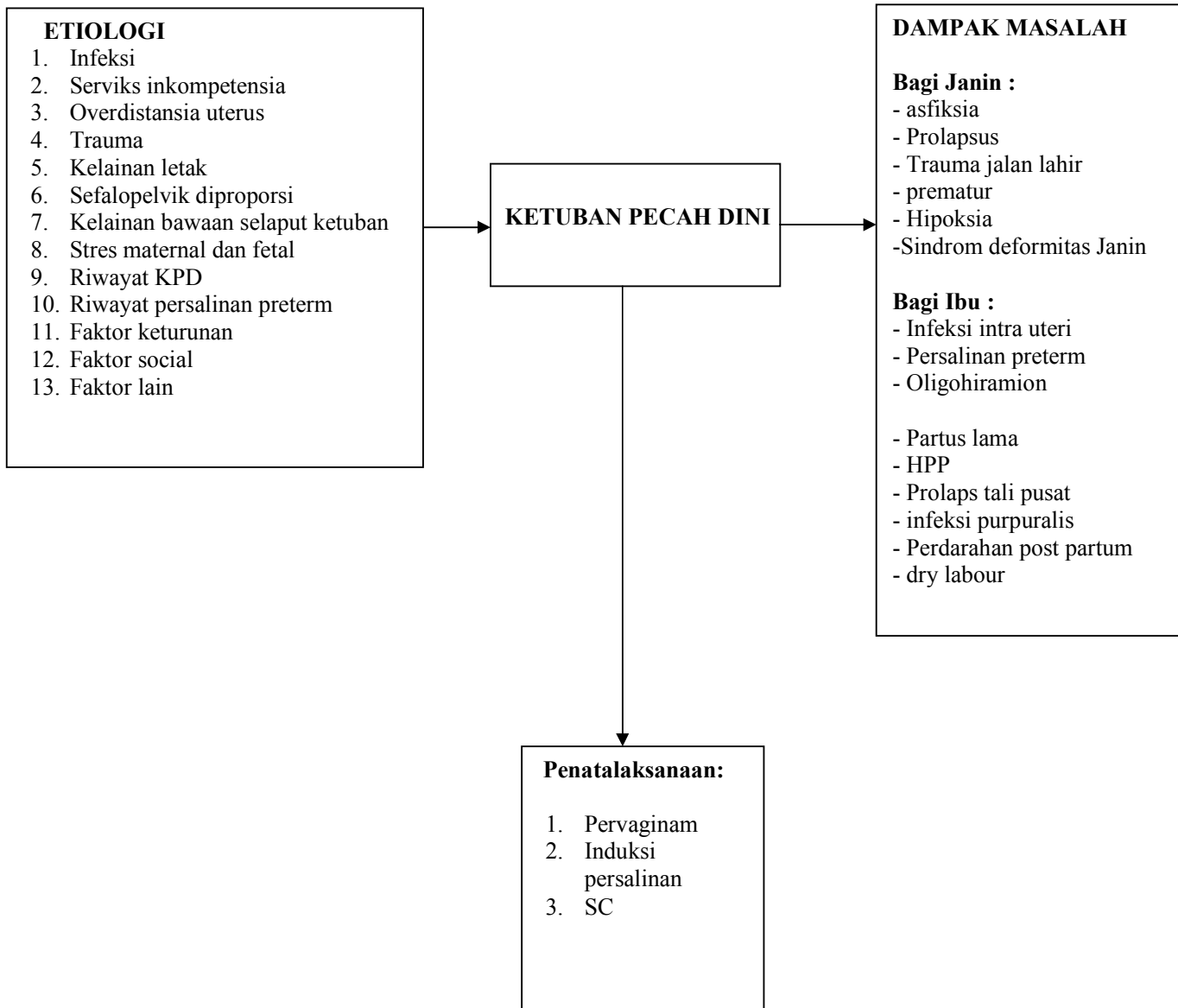
## **6. Pelaksanaan perencanaan**

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya. Baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

## **7. Evaluasi**

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan, yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Evaluasi sebagai bagian dari proses yang dilakukan secara terus menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien ( Hidayat, 2009).

## KERANGKA KONSEP KETUBAN PECAH DINI



Gambar 1 Kerangka Konsep Ketuban Pecah Dini



## **2.3 PENERAPAN ASUHAN KEBIDANAN**

### **2.3.1 Penerapan Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini**

#### **A. Pengumpulan Data Dasar**

##### **1. Subyektif**

###### **a. Identitas**

1. Pekerjaan: pekerja berat (Manuaba,2001)
2. Penghasilan: Keadaan social ekonomi rendah(Taufan Nugroho, 2011)

###### **b. Keluhan utama**

cairan ketuban merembes malalui vagina, aroma manis, warna pucat, dan bergaris warna darah, bila duduk atau berdiri kepala janin mengganjal atau menyumbat (jika sudah terletak di bawah).Demam/menggigil, nyeri perut, bercak vagina yang banyak (jika infeksi) (Nugroho, 2011).

###### **c. Riwayat Obstetri yang lalu**

Riwayat persalinan KPD, Riwayat persalinan preterm sebelumnya, Kelainan letak, multi garaviditas (Maryunani, 2013)

###### **d. Riwayat Keluarga**

kelainan genetic dan factor rendahnya Vitamin C dan ion Cu dalam serum, Riwayat KPD dalam Keluarga(Nell, 2013).

###### **e. Riwayat Kehamilan Sekarang**

1. Kunjungan ANC  $\geq$  4 kali

Defisiensi nutrisi, adanya komplikasi kehamilan ini atau lalu, dan IMS (Nell, 2013).

2. Keluhan pada tiap trimester

Trimester 2: Keputihan karena vaginosis(Hidayat, 2009).

**f. Pola Kesehatan Fungsional**

- a) Pola Nutrisi : defisiensi nutrisi (Nell, 2012).
- b) Pola Aktivitas : Beban kerja yang berat (Manuaba, 2001).
- c) Pola istirahat :istirahat tidak teratur(Yulianti,2010).
- d) Pola seksual: higine buruk, terjadi infeksi, perdarahan pervaginam karena bakteri (ph >4.5) (Maryunani, 2013).
- e) Pola presepsi:Perokok ( $>1/2$  bungkus/ hari) dan peminum alcohol(Manuaba,2007).

**g. Riwayat Kesehatan**

Riwayat Kesehatan Klien

Infeksi vagina, serviks inkompetensia (Nugroho, 2011).

**h. Riwayat psikososiospiritual**

Stress dan gelisah(Varney, 2007-Marsha,2012).

**2. Obyektif**

**a. Pemeriksaan Umum**

- 1. Keadaan umum : Baik
- 2. Kesadaran : Composmentis
- 3. Keadaan emosional : Kooperatif
- 4. Tanda –tanda vital

- Tekanan darah : ketika his systole 130-140, diastole 85-90 mmhg (Varney, 2008)
- Nadi : >100 x/menit (Nell, 2012)
- Pernafasan : 16-24 Kali / menit
- Suhu : kenaikan suhu 0,5 s/d 1°C (Varney, 2008).

#### **b. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)**

1. Abdomen : DJJ normal 120-160x/mnt (Sarwono,2009)  
Jika infeksi terdapat nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat.(Nugroho, 2011)
  2. Genetalia : cairan ketuban merembes malalui vagina, aroma manis, warna pucat, dan bergaris warna darah, ( Nugroho, 2011)
- Pemeriksaan dalam : Dilakukan jika KPD sudah dalam persalinan atau dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin (Sujiyatini, 2009).

#### **c. Pemeriksaan Penunjang**

1. Pemeriksaan lab:
  - a. Tes lakmus (tes nitrazin): kertas lakmus menjadi biru
  - b. tes pakis: adanya gambaran daun pakis
2. Usg: cairan ketuban sedikit( Norma,2013).

## **B. Interpretasi data dasar**

- 1) Diagnosa : GPAPIAH,UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intra uterine, letkep, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik, dengan inpartu kala I fase laten/aktif dengan ketuban pecah dini.
- 2) Masalah : Gelisah atau cemas kurangnya pengetahuan dan informasi tentang ketuban pecah dini(Manuaba, 2010).
- 3) Kebutuhan : KIE tentang ketuban pecah dini dan dukungan moril (Sujiyatini, 2009).

## **C. Identifikasi Diagnosa masalah dan diagnosa potensial**

Ibu:

Infeksi maternal, persalinan preterm, oligohidramnion, infeksi purpuralis, perdarahan post partum, oligohidramnion, dry labour, meningkatnya tindakan operatif (Maryunani, 2013).

Janin:

Prolapsus, trauma, premature, hipoksia, asfiksia, sindrom deformitas janin (Khumaira,2012).

## **D. Identifikasi akan kebutuhan segera**

Pemberian antibiotic, tirah baring dan rujuk (Sujiatini, 2009).

## **E. Rencana Asuhan yang menyeluruh**

### **Rencana asuhan kala I**

Tujuan: setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan dapat lahir pervaginam

- Criteria Hasil:
- pemeriksaan TTV normal
  - DJJ dalam batas normal
  - Kontraksi Uterus 3x40" atau lebih dalam 10 menit
  - pembukaan lengkap dengan penipisan 100%

Perencanaan Aktif >37 minggu

- a. Tindakan tatalaksana aktif juga tidak terlalu banyak dapat meningkatkan maturitas janin dan paru. Dalam keadaan terpaksa harus dilakukan terminasi kehamilan untuk menyelamatkan bayi atau maternal.
- b. Beri antibiotika: bila ketuban pecah >6 jam berupa :ampisilin 4 x 500 mg atau Gentamycin 1 x 80 mg
- c. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leokosit, tanda infeksi intrauterine)
- d. Kehamilan > 37 minggu: induksi oksitosin, bila gagal dilakukan SC.
- e. Pada keadaan CPD, letak lintang dlakukan SC (Nugroho, 2012).
- f. Bila ada tanda-tanda infeksi: beri antibiotic dosis tinggi dan persalinan diakhiri: bila skor pelvic < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi, akhir I persalinan dengan SC. Kemudian bila skor pelvic > 5 induksi persalinan, patus pervaginam (sarwono, 2006).
- g. Janin mati dengan letak lintang maupun memanjang dilakukan partus pervaginam dengan induksi oksitosin
- h. Jika hidup dengan letak memanjang dilakukan persalinan dengan seksio sesarea (Nita, 2013).

- i. Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesaria. Dapat pula diberikan misoprostol 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- j. Hal yang harus segera dilakukan:
  1. Pakai pembalut tiap keluar banyak atau handuk yang bersih
  2. Tenangkan diri jangan bergerak terlalu banyak pada saat ini
  3. Ambil nafas
  4. Tidak boleh berendam dalam bath tub, karena bayi ada resiko ada resiko terinfeksi kuman
  5. Jangan bergerak mondar-mandir atau berlari ke sana kemari karena ketuban akan terus keluar.
  6. Berbaringlah dengan pinggang diganjal subaya lebih tinggi (Maryunani, 2013).

### **2.3.2 Penerapan Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas dengan Ketuban Pecah Dini**

#### **1) Pengumpulan Data Dasar**

##### **A. Subyektif**

#### **1. Keluhan utama (PQRST)**

Nyeri perut (after pains), Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, konstipasi ( Varney, 2007).

#### **2. Pola Kesehatan Fungsional**

##### **1) Pola Nutrisi**

- a. Makan : 3-4x/hari (penambahan kalori 500 kkal, tambahan protein 20 gram, omega 3 (ikan tongkol, kakap, lemuru), vitamin (buah-buan).
- b. Minum : 8-10 gelas/hari (3 liter)

##### **2) Pola Eliminasi**

- (1) BAK :Dalam 6 jam postpartum pasien sudah harus dapat buang air kecil, semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan.
- (2) BAB : buang air besar dalam 24 jam pertama, karena semakin lama feses tertahan dalam usus semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar (Sulistyawati, 2009)

##### **3) Pola Istirahat**

1. Istirahat siang kira-kira 2 jam.
2. Istirahat malam 7-8 jam(Suherni, 2009)

##### **4) Pola Personal Hygiene**

1. Mandi : 2x/hari

2. Mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK, paling tidak dalam waktu 3-4 jam supaya ganti pembalut.
3. Mengganti pakaian 1x/hari (Suherni, 2009)

### 5) Pola Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu dan dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran.(Sulistiyawati, 2009).

### 3. Riwayat Psikososiospiritual

Post partum blues sering terjadi pada awal setelah melahirkan, dimana ditandai dengan menangis, merasa letih karena melahirkan, gelisah, perubahan alam perasaan, menarik diri, serta reaksi negatif terhadap bayi dan keluarga.

## B. Obyektif

### 3. Riwayat Persalinan

#### IBU

#### Kala I :

Pada fase laten 50% ibu KPD aterm mulai mengalami proses persalinan dalam waktu 12 jam. 70% dalam waktu 24 jam.(Norwitz,2007)

#### Kala II

- (1) Pada primi berlangsung selama 1-1 ½ jam.



- (2) Pada multi berlangsung selama ½- 1 jam.
- (3) Atau bisa terjadi Patus Lama / *Dry Labour* (Khumaira, 2012)

**Kala III** : Terjadi 5-30 menit.

**ATAU DENGAN SC (SECSIO SECCARIA)**

**4. Pemeriksaan Umum**

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Tanda-tanda vital :
  - Tekanan darah : <140/90 mmHg
  - Nadi : 60 x/menit
  - RR : >30x/meit
  - Suhu : 37,2° C-37,5° C (Suherni, 2009)

**5. Pemeriksaan Fisik**

- 1. Payudara : Membesar, adanya hiperpigmentasi areola, kebersihan cukup, ASI sudah keluar (Mochtar, 2011).
- 2. Abdomen : TFU: 2 jari bawah pusat, Kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong (Suherni, 2009).
- 3. Genetalia : Terdapat lochia rubra (cruenta), tidakoedema, keadaan jahitan tidak bernanah, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum baik (Suherni, 2009).

## 2) Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : PAPIAH , 2jam post partum.
2. Masalah : Nyeri perut (after pains), Pembesaran payudara, Keringat berlebih, Nyeri perineum, post partum blues (Varney, 2007).
3. Kebutuhan : Pemberian HE mobilisasi, nutrisi, aktivitas, personal hygiene, dukungan emosional.

## 3) Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

Depresi post partum, Infeksi post partum

## 4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/ kolaborasi/ rujukan

Rujuk

## 5) Intervensi :

### 1. 6-8 jam post partum

- a. Cegah perdarahan masa nifas oleh kaena atonia uteri
- b. Deteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c. Berikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahanmasa nifas karena atonia uteri.
- d. Pemberian ASI awal
- e. Lakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f. Jaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

### 2. 6 hari Post Partum dan 2 minggu post partum

- a. Pastikan involusi berjalan normal
  - b. Nilai adanya tanda-tanda bahaya nifas
  - c. Pastikan utrisi ibu terpenuhi
  - d. Pastikan ibu menyusui
  - e. KIE perawatan bayi
- 3. 6 minggu post partum**
- a. Konseling KB (Suherni, 2009)