

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini**

##### 2.1.1 Definisi

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi *inpartu* (Manuaba, 2008).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum *inpartu*; yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan multipara kurang dari 5 cm (Sofian, 2011).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/sebelum *inpartu*, pada pembukaan  $<4$  cm (fase laten) (Nugroho, 2011).

##### 2.1.2 Macam-macam

1. KPD preterm merupakan KPD yang terjadi sebelum waktunya melahirkan atau KPD yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu.
2. KPD yang memanjang merupakan KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan.  
(Rukiyah, Yulianti, 2010).

### 2.1.3 Etiologi

Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti, kemungkinan yang menjadi faktor predisposisinya adalah:

1. Infeksi

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD (Nugroho, 2012).

2. Serviks inkompeten

Kanal 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 (frekuensi lebih dari 3 kali dalam seminggu dengan penetrasi penis yang sangat dalam), 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 membran bagian bawah (Nugroho, 2012). Kelainan letak janin, sehingga ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri yang dominan (Manuaba, 2007).

6. Pendular abdomen (Manuaba, 2007).

7. Keadaan sosial ekonomi (Nugroho, 2012).

8. Faktor lain:

1) Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban (Nugroho, 2012).

2) Faktor *disproporsi* antar kepala janin dan panggul ibu (Nugroho, 2012).

3) Faktor *multi graviditas*, merokok dan perdarahan *ante partum* (Nugroho, 2012). Merokok atau terus-menerus menghirup asap rokok dikaitkan dengan terjadinya gangguan pertumbuhan janin, peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal dan merokok juga meningkatkan frekuensi persalinan premature, KPD, plasenta previa dan kematian janin (Marmi, 2012).

4) Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (Vitamin C) (Nugroho, 2012).

#### 2.1.4 Faktor resiko dari KPD

##### 1. *Inkompetensi serviks* (serviks inkompeten)

Serviks inkompeten merupakan pemendekan dan penipisan serviks yang terjadi secara dini pada kehamilan yang bukan disebabkan oleh proses persalinan, melainkan akibat lemahnya struktur serviks sehingga serviks tidak mampu menahan bobot kehamilan, serviks akan membuka tanpa adanya kontraksi dan akibatnya selaput ketuban akan menonjol/pecah sebelum waktunya.

##### 2. *Polihidramnion* dan kehamilan kembar

Polihidramnion dan kehamilan kembar akan mengakibatkan tekanan intrauteri yang meningkat secara berlebihan (*overdistensi utereri*).

##### 3. Riwayat KPD sebelumnya

Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami KPD kembali, karena komposisi membran yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.

##### 4. Trauma yang didapat

Trauma yang didapat, misalnya hubungan seksual (frekuensi lebih dari 3 kali dalam seminggu dengan penetrasi penis yang sangat dalam), pemeriksaan dalam, maupun *amniosintesis* menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.

(Nugroho, 2012).

5. Berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen dan berkurangnya tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok (Prawirohardjo, 2009).

#### 2.1.5 Tanda gejala

1. Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
2. Aroma air ketuban berbau 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 dalam posisi duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara.

(Rukiyah, Yulianti, 2010).

#### 2.1.6 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).

#### 2.1.7 Diagnosa

Cara menegakkan diagnosa Ketuban Pecah Dini adalah dengan cara:

##### 1. Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Cairan ini berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna keluarnya cairan tersebut, his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir darah (Nugroho, 2012). *HPHT*, diperkirakan tanggal konsepsi, *usia gestasi* (Tharpe, Farley, 2012).

## 2. Inspeksi

Pengamatan dengan mata biasa, akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban 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  $> 100\text{x/mnt}$ , DJJ  $> 160\text{x/mnt}$ ) (Tharpe, Farley, 2012).

## 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).

## 5. Pemeriksaan dengan speculum

Pemeriksaan dengan speculum pada KPD akan tampak keluar cairan dari *ostium uteri eksternum* (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus ditekan, penderita diminta batuk, mengejan/mengadakan *maneuver valsava*/bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari *ostium uteri* dan terkumpul pada *forniks anterior* (Nugroho, 2012).

## 6. Pemeriksaan dalam

Didalam vagina didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam karena pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal, mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi patogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya akan dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin (Nugroho, 2012).

### 2.1.8 Masalah psikologis pada ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini

Menjelang proses kelahiran, kecemasan seorang wanita dapat bertambah, untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan tersebut diperlukan dukungan seperti kehadiran suami dan keluarga yang menemani selam 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 cemas akan kehamilan (Healthcare, 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).

#### 2.1.9 Prognosis/komplikasi

##### 1. Prognosis ibu:

###### 1) Intrapartum:

- (1) *Dry labour*/partus lama (Khumaira, 2012).

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).

- (2) *Infeksi intrapartal*/dalam persalinan (Khumaira, 2012).
- (3) Terjadi oligohidramnion dikarenakan ketuban pecah yang tidak terdeteksi (Endjun, 2007).
- (4) Meningkatkan tindakan operatif (khususnya SC)
- (5) Morbiditas dan mortalitas maternal  
(Khumaira, 2012).

###### 2) Postpartum:

- (1) Perdarahan postpartum
- (2) *Infeksi puerperalis*/infeksi masa nifas
- (3) Morbiditas dan mortalitas maternal  
(Khumaira, 2012).

## 2. Prognosis janin:

### 1) Intrapartum:

- (1) Infeksi intrauteri (Sofian, 2011).
- (2) *Prolaps funiculli*/penurunan tali pusat
- (3) 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*.
- (4) Sidrom deformitas janin, terjadi akibat oligohidramnion, diantaranya terjadi hiplopasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat (PJT)
- (5) Morbiditas dan mortalitas perinatal (Khumaira, 2012).

### 2) Postpartum:

- (1) Infeksi neonatal dini (terjadi dari 24 jam sampai dengan 72 jam setelah kelahiran) (Lissauer, Fanaroff, 2008).
- (2) Morbiditas dan mortalitas perinatal (Khumaira, 2012).

#### 2.1.10 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).

### 2.1.11 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).

### 2.1.12 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).

### 2.1.13 Penanganan

#### 1. Tindakan konservatif

1) Usia kehamilan  $\leq 37$  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)*  $> 1500\text{gram}$

(1) 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.

- (2) Kortikosteroid untuk merangsang maturasi paru (Betamethasone 12 mg.iv, 2x selang 24 jam).
  - (3) Observasi, 2x24 jam, kalau belum inpartu segera terminasi.
  - (4) 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
- (1) Observasi 2x24 jam.
  - (2) Observasi suhu rektal tiap 3 jam, bila suhu rectal meningkat  $>37,6^{\circ}\text{C}$  segera terminasi.
  - (3) Pemberian antibiotik/kortikosteroid (Betamethasone 12 mg.iv, 2x selang 24 jam).
  - (4) VT selama observasi tidak dilakukan, kecuali ada his/inpartu.
  - (5) 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.
  - (6) Bila 2x24 jam cairan ketuban masih tetap keluar, segera terminasi.
  - (7) Bila konservatif, sebelum pulang penderita diberi nasehat: 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
  - (1) 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).

(2) 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

(1) 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)

(2) 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	

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:

- (1) Infus D5% 500 ml yang diisi dengan 5 Unit oksitosin
- (2) 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.

- (3) Lakukan pemantauan Djj, His, Penurunan bagian terendah selama dilakukan drip oksitosin.
- (4) 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 setidaknya-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**

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberi pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu

dimasa hamil, persalinan, nifas, setelah lahir, serta keluarga berencana (Heryani, 2011).

### 2.2.2 Konsep Manajemen Asuhan Kebidnan Menurut Hellen Varney

Langkah-langkah asuhan kebidanan menurut varney (1997), yaitu sebagai berikut:

#### 1. Pengumpulan data dasar

Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data (baik data yang diperoleh secara langsung/data obyektif ataupun data yang diperoleh secara tidak langsung/data subyektif), yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

#### 2. Interpretasi data dasar

Setelah data dikumpulkan dan dicatat maka dilakukan analisis untuk menentukan 3 hal yaitu diagnosa, masalah dan kebutuhan.

1) Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standart nomenklatur diagnosa kebidanan.

2) Masalah adalah problem yang dialami ibu tetapi tidak termasuk kedalam kategori standart nomenklatur diagnosa kebidanan dan

masalah memerlukan penanganan yang dituangkan kedalam rencana asuhan.

3) Kebutuhan adalah sesuatu yang diperlukan untuk meningkatkan kesehatan klien.

### 3. Antisipasi diagnosa/masalah potensial

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

### 4. Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera/kolaborasi/rujukan

Merupakan tindakan segera terhadap kondisi yang diperkirakan akan membahayakan klien. Oleh karena itu bidan harus bertindak segera untuk menyelamatkan jiwa ibu dan anak. Tindakan ini dilaksanakan secara kolaborasi dan rujukan sesuai dengan kondisi klien.

### 5. Perencanaan asuhan kebidanan secara menyeluruh/ Intervensi

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosa yang ada. Rencana yang dibuat harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta *evidence*

terkini serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

#### 6. Pelaksanaan perencanaan/ Implementasi

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 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 (Heryani, 2011).

### **2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Dengan Ketuban Pecah Dini**

#### 2.3.1 Persalinan

##### 1. Pengkajian

##### 1) Subyektif

##### (1) Keluhan Utama

a. Merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir (Nugroho, 2012).

b. *HPHT*, diperkirakan tanggal konsepsi, *usia gestasi* (Tharpe, Farley, 2012).

- (2) Riwayat obstetrik yang lalu
  - a. Riwayat KPD sebelumnya, kehamilan kembar (Nugroho, 2012).
  - b. Riwayat persalinan preterm (Rukiyah, Yulianti, 2010).
- (3) Pola fungsi kesehatan
  - a. Nutrisi: Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (Vitamin C) (Nugroho, 2012).
  - b. Pola seksual: Tindakan senggama tidak berpengaruh kepada resiko, kecuali jika hygiene yang buruk, predisposisi terhadap infeksi (Rukiyah, Yulianti, 2010).
  - c. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan merokok, alkohol, narkoba, obat-obatan, jamu, binatang peliharaan: merokok (Nugroho, 2012). Merokok atau terus-menerus menghirup asap rokok dikaitkan dengan terjadinya gangguan pertumbuhan janin, peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal dan merokok juga meningkatkan frekuensi persalinan premature, KPD, plasenta previa dan kematian janin (Marmi, 2012).
- (4) Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

Ada riwayat kehamilan kembar (Nugroho, 2012).
- (5) Riwayat psikososiospiritual

Faktor psikososial telah dikenal sebagai pengaruh langsung pada hasil akhir kehamilan (mis, hubungan antara

stress, berat bayi lahir rendah dan kelahiran preterm) (Walsh, 2007). Ibu primipara yang mengalami ketuban pecah dini berkaitan dengan kondisi psikologis, mencakup sakit saat hamil, gangguan fisiologis seperti emosi dan termasuk kecemasan akan kehamilan (Healthcare, 2011).

## 2) Obyektif

(1) Pemeriksaan Umum: 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). 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  $> 100\text{x/mnt}$ , DJJ  $> 160\text{x/mnt}$ ) (Tharpe, Farley, 2012). Taksiran persalinan dan usia kehamilan: *HPHT* dan usia gestasi (Tharpe, Farley, 2012).

### (2) Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen: Adanya kontraksi, taksiran berat janin/TBJ, tentukan presentasi dan letak janin, evaluasi DJJ secara sering dan palpasi untuk mengetahui adanya nyeri tekan uterus (salah satu tanda gejala dari korioamnionitis) (Tharpe, Farley, 2012).

b. Genitalia: Pengamatan dengan mata biasa, tampak keluarnya cairan dari vagina, pemeriksaan dengan

speculum pada KPD, tampak keluar cairan dari *ostium uteri eksternum*/OUE (Nugroho, 2012).

(3) Pemeriksaan Dalam

- a. Didalam vagina didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi (Nugroho, 2012).
- b. VT selama observasi tidak dilakukan, kecuali ada his/inpartu (Paraton, dkk, 2008).

(4) Pemeriksaan Panggul

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

(5) Pemeriksaan penunjang

- a. Tes lakmus (tes nitrazin), Lakmus merah dalam larutan basa berwarna biru dan lakmus biru dalam 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 untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam *cavum uteri* (Nugroho, 2012). Jumlah cairan ketuban cukup (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 (Healthcare, 2011), lelah (Sofian, 2011)
- 3) Kebutuhan : Asuhan sayang ibu (JNPK-KR/POGI, 2008), bedrest dan terapi antibiotik (Manuaba, 2007), observasi CHPB (Manuaba, 2008), observasi suhu rektal tiap 3 jam (Paraton, dkk, 2008).

## 3. Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

Ibu: *dry labour*/partus lama, infeksi intrapartal (Khumaira, 2012).

Janin: Infeksi intrauteri (Sofian, 2011).

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

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). Untuk

diagnosis atau terapi diluar lingkup praktek bidan (Tharpe, Farley, 2012).

#### 5. Intervensi

Tujuan: Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan selama 1 jam kemudian, diharapkan diikuti tanda-tanda awal persalinan dan dapat ditunggu 24 jam, bila tidak terjadi peningkatan suhu rektal (Paraton, dkk, 2008) dan tidak terdapat indikasi vital (Manuaba, 2007).

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

Intervensi dan rasionalisasi:

- 1) Anjurkan ibu untuk bedrest (Manuaba, 2007).

Rasional: Bedrest mengurangi keluarnya cairan ketuban dan tidak terjadi *prolaps funiculli*/penurunan tali pusat (Khumaira, 2012).

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

Rasional: 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).

Rasional: Posisi miring kekanan dan terlentang tidak boleh lebih dari 10 menit dikarenakan berat uterus dan isinya akan menekan vena cava inferior, hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta, kondisi seperti ini dapat menyebabkan hipoksia atau kekurangan pasokan oksigen pada janin serta posisi terlentang berhubungan terhadap proses kemajuan persalinan.

- 4) Berikan antibiotik

Rasional: Profilaksis terjadinya 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).

Rasional: 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).

Rasional: 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).

Rasional: Dalam memberikan terapi diluar lingkup praktek bidan (Tharpe, Farley, 2012).

- 8) Lakukan terminasi (induksi OD), bila saat datang sudah lebih dari 24 jam dan tidak ada tanda-tanda inpartu, (Paraton, dkk, 2008).

Rasional: Bahaya menunggu terlalu lama adalah kemungkinan infeksi semakin meningkat sehingga terpaksa harus dilakukan terminasi (Manuaba, 2007).

- 9) Lakukan rujukan SC ke RS (Manuaba, 2008) jika terdapat indikasi vital (Manuaba, 2007).

Rasional: Rujukan SC ke RS karena 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 (salah satunya adalah tindakan operatif yaitu persalinan SC) (Manuaba, 2008). Rujukan ke RS tidak dapat ditunda karena mengancam kehidupan janin atau maternal (Manuaba, 2007).

### 2.3.2 Nifas

#### 1. Pengkajian

##### 1) 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).

Jika persalinan dengan KPD secara SC: terdapat dua atau lebih dari tanda gejala *sepsis puerperalis*/infeksi masa nifas, seperti demam, nyeri pelvik, nyeri tekan uterus, lokia berbau menyengat (Suherni, Widyasih, Rahmawati 2009), nyeri pada luka jahitan post operasi (Baston, Hall, 2011).

##### (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).

Jika persalinan dengan KPD secara SC: pemberian makan dini selama 6-8 jam setelah pembedahan (Boyle, 2008) dan 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).

Jika persalinan dengan KPD secara SC, maka kateter menetap biasanya dibiarkan tetap terpasang selama 24-48

jam setelah operasi, setelah itu baru dilepaskan (Medforth, dkk, 2012).

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: Ambulasi dini (Saleha, 2009).

Jika persalinan dengan KPD secara SC: maka Latihan *postnatal* pascaoperasi SC seperti napas dalam, latihan tungkai dan latihan dasar panggul (Baston, Hall, 2011).

(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).

2) Obyektif

(1) Pemeriksaan Umum

a. Tanda-tanda vital:

Jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam: 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).

Jika persalinan dengan KPD secara SC: Ketika ibu keluar dari kamar operasi, terdapat periode observasi ketat atau pemulihan, hingga ibu dapat mempertahankan jalan nafas, mampu berkomunikasi, dan keadaan jantung serta pernafasan stabil. Awalnya observasi TTV, perdarahan pada luka, *loki*, infus dan kateter urine dicatat setiap lima menit, tetapi ketika kondisi ibu berada dalam parameter normal, frekuensi observasi berkurang (setiap 15 menit, kemudian setiap setengah jam). Setelah pemindahan ke ruangan, observasi harus dicatat setiap setengah jam selama dua jam, kemudian setiap jam jika hasil memuaskan (Baston, Hall, 2011).

## (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: Pemantauan kontraksi uterus (Sulistiyawati, 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).

Jika persalinan dengan KPD secara SC: Tanda gejala *sepsis puerperalis*/infeksi masa nifas seperti nyeri tekan uterus dan terjadi keterlambatan penurunan ukuran uterus (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009). *Involusi* uterus pascaoperasi SC lebih lambat dibanding persalinan normal pervaginam (Endjun, 2007). Luka (luka jahitan postoperasi) tetap dijaga agar tetap bersih dan kering (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

c. Genitalia dan perineum

Jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam: Pengeluaran *lochea* (jenis, warna, jumlah, bau), odem, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum. Hygiene yang

buruk salah satu faktor resiko terjadinya sepsis puerperalis (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

Jika persalinan dengan KPD secara SC: kateter menetap biasanya dibiarkan tetap terpasang selama 24-48 jam setelah operasi, setelah itu baru dilepaskan (Medforth, dkk, 2012).

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 Hari ke-...dengan...

(2) Masalah:

Jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam: demam (38 °C) dan nyeri luka episiotomi (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

Jika persalinan dengan KPD secara SC: demam (38 °C) (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009) dan nyeri luka jahitan postoperasi (Baston, Hall, 2011).

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

3) Antisipasi diagnosa dan masalah potensial

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

Jika persalinan dengan KPD secara SC adalah *Sepsis puerperalis* (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009), infeksi pada luka jahitan Post SC (Baston, Hall, 2011).

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Lakukan Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi diluar lingkup praktek bidan (Tharpe, Farley, 2012), bila terdapat dua gejala atau lebih dari sepsis puerperalis (demam 38°C atau lebih, nyeri tekan uterus, keterlambatan penurunan ukuran uterus, dll) (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009).

5) Intervensi

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan jika persalinan dengan KPD secara spontan pervaginam: ibu tidak demam (<38 °C) dan nyeri luka episiotomi berkurang (Suherni, Widyasih, Rahmawati, 2009), secara SC: ibu tidak demam dan nyeri luka jahitan postoperasi berkurang (Baston, Hall, 2011), ibu sudah dapat beradaptasi dengan nyeri tersebut dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

Kriteria hasil: Ibu tidak demam, rasa nyeri baik nyeri luka episiotomi maupun luka jahitan postoperasi berkurang, ibu mampu

beradaptasi dengan nyeri tersebut serta tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

Intervensi dan rasionalisasi:

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

Rasional: Profilaksis terjadinya postpartum blues/depresi postpartum serta membantu ibu dalam menjalankan perannya (Baston, Hall, 2011).

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

Rasional: Alih informasi dan menambah pengetahuan ibu sehingga ibu mampu beradaptasi dengan nyeri tersebut (Saleha, 2009).

- (3) Kaji tingkat nyeri (Saleha, 2009).

Rasional: Mengacu pada tingkat keparahan sensasi nyeri/ menentukan tingkat nyeri (Martin, Deborah, 2011) sehingga mampu memutuskan dalam tindakan selanjutnya/dalam memberikan terapi yang tepat (Saleha, 2009).

- (4) Anjurkan ibu untuk mobilisasi dengan teknik relaksasi dan latihan postnatal (Baston, Hall, 2011).

Rasional: Mobilisasi: profilaksis terhadap trombosis vena, tromboemboli, inkontinensia stress (Baston, Hall, 2011).

Teknik relaksasi: menegangkan dan melemaskan otot secara sistemik (Martin, Deborah, 2011). Latihan postnatal: mengembalikan tonus otot setelah melahirkan (Martin,

Deborah, 2011), profilaksis terjadinya masalah, memperlancar peredaran darah, luka tidak statis, memperbaiki faal usus dan kandung kemih (Baston, Hall, 2011).

- (5) Berikan hidrasi dan nutrisi yang cukup pada ibu (Sulistiyawati, Nugraheny, 2010).

Rasional: Nutrisi dan hidrasi yang cukup menghasilkan energi untuk memperbaiki sel-sel (Boyle, Mauren, 2008), sehingga mampu mempercepat penyembuhan ibu dan mempengaruhi susunan air susu (Saleha, 2009).

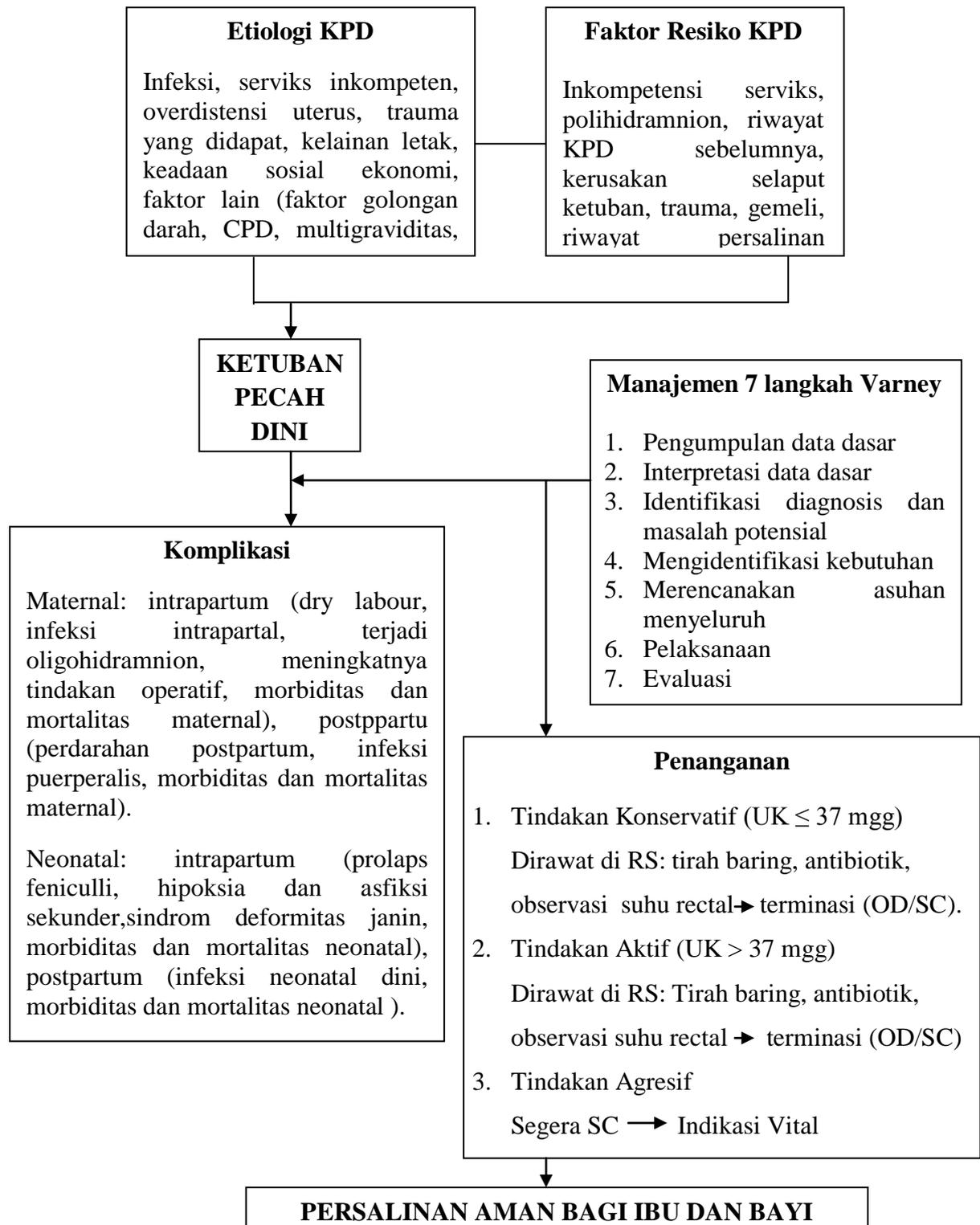
- (6) Observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, Tinggi Fundus uteri, lokia (Saleha, 2009).

Rasional: Observasi tanda-tanda vital merupakan salah satu indikator untuk mengetahui keadaan ibu, observasi kontraksi uterus dapat mengetahui apakah uterus berkontraksi dengan baik atau tidak karena apabila uterus berkontraksi akan menyebabkan perdarahan dan memperlambat proses involusi, dan 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, observasi lokia dengan melihat perubahan warna, bau, banyaknya dan perpanjangan lokia merupakan terjadinya infeksi yang disebabkan oleh involusio yang kurang baik (Saleha, 2009).

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

Rasional: Antibiotik sebagai profilaksis terjadinya infeksi dan analgetik dapat mengurangi rasa nyeri (Saleha, 2009).

## 2.4 Kerangka Pikir



Gambar 2.1 Kerangka Pikir Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini