

BAB II

TINAJUAN PUSTAKA

A. Teori Medis

1. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan merupakan suatu proses yang bersih dan aman, untuk mengurangi pencegahan komplikasi setelah bayi lahir sehingga mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2010 : 334).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kehamilan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik paa ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2009 : 100).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 – 42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (JNPK-KR, 2010 : 37).

b. Etiologi persalinan

Etiologi persalinan meliputi

1. Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Sumarah,2008).

Otot hormon mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Apabila batas tersebut telah terlewati maka akan terjadi kontraksi, sehingga persalinan dapat dimulai (Ujiningtyas, 2009).

2. Penurunan progesterone

Villi korialis mengalami perubahan – perubahan dan produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone (Sumarah,2008).

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibat otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu (Manuaba, 2007).

3. Oksitosin internal

Perubahan keseimbangan yang terjadi pada estrogen dan progesteron. Apabila terjadi penurunan progesteron maka reaksi oksitosin dapat meningkat sehingga persalinan dapat terjadi (Sumarah,2008).

4. Prostaglandin

Akan terjadi peningkatan prostaglandin pada umur kehamilan 15 minggu, sehingga akan memicu terjadinya kontraksi dan persalinan (Sumarah,2008).

Prostaglandin yang dikeluarkan oleh deciduas konsentrasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan, pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim (Ujiningtyas, 2009).

5. Hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

Terjadinya keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus (Sumarah,2008).

c. Faktor Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan meliputi

1. *Power* (kekuatan)

Kekuatan his dan mengejan. Kemampuan untuk memberikan tuntunan persalina sehingga kekuatan tersebut berlangsung baik agar tercapai bentuk persalinan spontan belakng belakang (Manuaba,2009).

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan yaitu his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligment, dengan kerjasama yang baik dan sempurna (Yanti,2009).

2. *Passenger* (janin dan plasenta)

Bentuk besarnya, dan posisi harus normal sehingga mampu beradaptasi dengan baik terhadap jalan lahir dan kekuatan pendorong sehingga proses persalinan dapat berjalan dengan lancar dan normal (Manuaba,2009).

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. *Power* merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim (Prawirohardjo Sarwono, 2009).

3. *Pasage* (jalan lahir)

Jalan lahir terjadi atas jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak. Jalan lahir tulang harus memenuhi syarat, bentuk ukuran luas bagian dalamnya batas normal sehingga proses adaptasi dengan kepala baik, yang member kemungkinan persalinan berjalan normal. Jalan lahir lunak terdiri atas otot dasar panggul, elastis, mampu membuka terbuka dengan baik sehingga proses persalinan berjalan normal dan lancar (Manuaba,2009).

Passager adalah janinnya sendiri, bagian yang paling besar dan keras pada janin adalah kepala janin, posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan, kepala janin ini pula yang paling banyak mengalami cedera pada persalinan, sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin kelak, hidup sempurna, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lain dengan mudah menyusul kemudian. (Prawirohardjo Sarwono, 2009).

d. Pembagian Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2009 :100) persalinan dibagi dalam 4 kala meliputi

1. Kala I

Dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). proses ini terbagi dalam 2 fase, fase laten (8 jam) serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka dari 3 sampai 10 cm. kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.

2. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

3. Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

4. Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum.

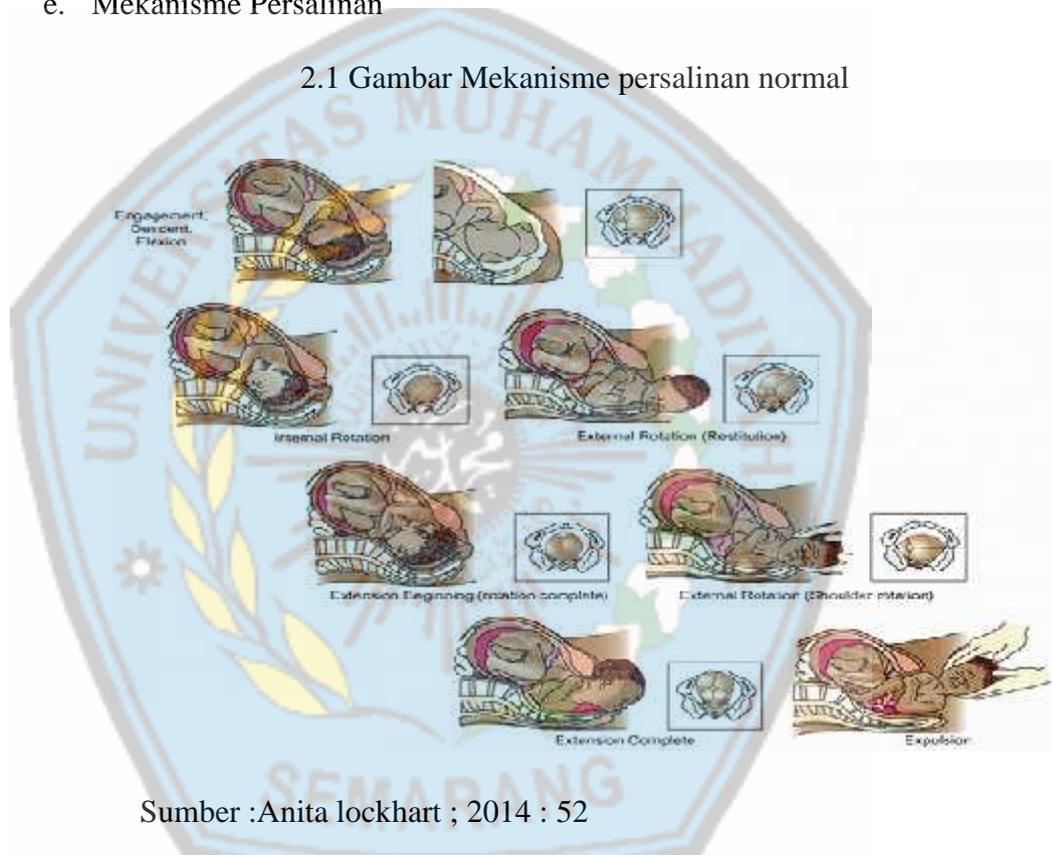
Persalinan adalah proses fisiologis bagi seorang ibu hamil, dalam prosesnya persalinan dibagi menjadi beberapa tahapan, untuk kepentingan klinis persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu (Yanti, 2009):

1. Kala pertama adalah fase terjadinya dilatasi serviks untuk menyiapkan jalan lahir bagi janin. Kala pertama dibedakan menjadi dua fase yaitu pertama, fase laten adalah fase dimulainya persalinan hingga dilatasi serviks 3 cm dan kedua, fase aktif yang dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi (dilatasi serviks 3 cm sampai 4 cm), fase dilatasi maksimal (dilatasi serviks 4 cm sampai 9 cm) dan fase deselerasi (dilatasi serviks 9 cm sampai 10 cm). fase laten normalnya pada nullipara terjadi selama < 20 jam dan < 14 jam pada multipara. Pada fase aktif, serviks harus mengalami dilatasi > 1,2 cm/jam pada nullipara dan > 1,5 cm pada multipara.
2. Kala dua, yang dimulai ketika serviks telah mengalami dilatasi 10 cm dan diakhiri dengan kelahiran bayi. Kala dua berlangsung maksimal < 2 jam pada nullipara dan < 1 jam pada multipara.
3. Kala tiga adalah tahap pengeluaran plasenta dan selaput janin yang berlangsung selama 10 menit dan dapat dibiarkan hingga batas waktu 30 menit jika tidak terjadi perdarahan.

4. Kala empat merupakan masa satu sampai dua jam setelah plasenta lahir. Dalam klinik, atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih diakui adanya kala empat persalinan meskipun masa setelah plasenta lahir adalah masa dimulainya masa nifas, mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan.

e. Mekanisme Persalinan

2.1 Gambar Mekanisme persalinan normal



Sumber :Anita lockhart ; 2014 : 52

Mekanisme persalinan merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan dengan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul.mekanisme ini sangat diperlukan mengingat diameter janin yang lebih besar harus berada pada satu garis lurus dengan diameter paling besar dari panggul (Sumarah, 2008 : 88).

Adapun gerakan – gerakan dalam mekanisme persalinan adalah sebagai berikut :

1. *Engagement* : janin berada setinggi spina iskiadika ibu.
2. *Desent* : gerakan janin ke bawah.
3. *Fleksi* : gerakan kepala janin yang menduduki ke depan sehingga dagunya merapat pada dada.
4. *Rotasi interna* : gerakan rotasi kepala yang memudahkan pelintasan kepala melewati spina iskiadika atau setelah melewati Hodge III (setinggi spina) atau setelah didasar panggul.
5. *Ekstensi* : gerakan ekstensi merupakan gerakan dimana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior simpisis pubis.
6. *Rotasi eksterna* : kepala janin melakukan gerakan rotasi dari posisi anteropos terior kembali ke posisi diagonal atau melintang.
7. *Ekspulsi* : kelahiran bagian tubuh janin lainnya (Anita Lockhart, 2014:52).

2. Ketuban Pecah Dini

a. Pengertian

Ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum ibu mengalami proses persalinan atau adanya tanda-tanda persalinan. Apabila ketuban pecah sebelum umur kehamilan 37

minggu makan disebut dengan ketuban pecah dini dengan kehamilan prematur, pada umumnya dalam keadaan yang normal 8-10 % wanita hamil akan mengalami ketuban pecah dini. Pada kehamilan cukup bulan 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah, pada kehamilan 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Sedangkan pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu (Prawirohardjo, 2010 : 678).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi *inpartu* (Manuaba, 2009 : 119).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu persalinan pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu (EGC, 2012 : 659).

Ketuban pecah dini merupakan penyebab terbesar persalinan prematur dengan berbagai akibatnya. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan, dan setelah ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan (Manuaba, 2010 :281).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum *inpartu*, pada pembukaan < 4 cm (fase laten) (taufan, 2010 : 95).

b. Etiologi

Menjelang usia kehamilan cukup bulan kelemahan fokal terjadi pada selaput janin diatas serviks internal yang memicu robekan dilokasi ini. Beberapa proses patologis (termasuk perdarahan dan infeksi) dapat menyebabkan terjadinya KPD (Yulianti, 2010 :230).

Menurut Anik Maryuni (2013 : 209) penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat di tentukan secara pasti, namun factor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predisosisinya adalah :

1. Infeksi : infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.
2. Serviks yang inkompetensi, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan, curetage).
3. Hipoksia dan Asfiksia : dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat
4. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkatkan secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gemeli. Trauma oleh beberapa ahli di sepakati sebagai faktor

predisposisi atau penyebab terjadinya KPD. Trauma yang di dapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amnosintetis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi

5. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah.

c. Patofisiologi

Menurut Anik Maryuni (2013 :209), mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dapat berlangsung sebagai berikut :

1. Selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi.
2. Bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban.
3. Pecahnya ketuban menyebabkan ada hubungan langsung antara ruang intra amnion dengan dunia luar.
4. Infeksi intra amnion bisa terjadi langsung pada ruang amnion, atau dengan penjaran infeksi melalui dinding uterus, selaput janin, kemudian ke ruang intra amnion.
5. Mungkin juga jika ibu mengalami infeksi sistemik, infeksi intrauterine menjalar melalui plasenta (sirkulasi fetomaternal).
6. Tindakan hygiene buruk, misalnya pemeriksaan dalam yang sering.

d. Diagnosis

Diagnosa ketuban pecah dini dengan cara menentukan ketuban yang pecah dan dilihat ada cairan ketuban yang keluar dari jalan lahir atau tidak. Kemudian dilakukan tes dengan lakmus merah akan berubah menjadi biru, menentukan usia kehamilan, dan USG terdapat adanya oligohidramnion. Menentukan adanya tanda-tanda infeksi dengan cara ada peningkatan pada suhu badan ibu lebih dari 38°C dan cairan berbau, pemeriksaan dalam dilakukan apabila penanganan sudah mulai aktif (Prawirohardjo, 2010 :680).

Dengan speculum, lakukan pemeriksaan inspekulo. Nilai apakah cairan keluar melalui ostium uteri atau terkumpul di fornix posterior. Jika mungkin lakukan: Test lakmus (test nitrazin). Jika kertas lakmus berubah menjadi biru menunjukkan adanya cairan ketuban (Yulianti, 2010 :231).

e. Komplikasi

Menurut Prawirohardjo penanganan pada kasus ketuban pecah dini di bagi dalam menjadi 2 yaitu :

1. Konservatif :

- a) Rawat di rumah sakit.
- b) Berikan antibiotik (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin) bila tidak tahan ampisilin berikan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.

- c) Jika umur kehamilan kurang dari 32 – 34 minggu dirawat selama. air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d) Jika usia kehamilan 32 – 37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif maka berikan deksametason dan observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- e) Jika usia kehamilan 32 – 37 minggu sudah in partu, tidak ada infeksi berikan tokolitik (salbutamol), deksametason dan induksi sesudah 24 jam.
- f) Jika usia kehamilan 32 – 37 minggu ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi.
- g) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu,lekosit, tanda-tanda infeksi intrauterin)
- h) Pada usia kehamilan 32 – 37 minggu berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu, dosis deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

2. Aktif

Kehamilan lebih dari 37 minggu induksi dengan oksitosin. Bila gagal lakukan seksio sesaria. Dapat pula di berikan misoprostol 25µg – 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada

tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri.

a) Bila skor pelvik kurang dari 5 lakukan pematangan serviks, kemudian lakukan induksi. Jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksio sesaria.

b) Bila skor pelvik lebih dari 5 lakukan induksi persalinan

Menurut Oxon (2008 :119).Komplikasi yang sering terjadi pada kasus dengan ketuban pecah dini terbagi menjadi dua yaitu ibu dan bayi.

1. Komplikasi pada neonatus berhubungan erat dengan prematuritas, termasuk juga sindrom gawat nafas (respiration distress syndrome).
2. Komplikasi pada ibu mencakup peningkatan kejadian persalinan melalui bedah sesar (akibat malpresentasi, prolaps tali pusat), infeksi intra-amnion (15-30%), dan endometritis pasca persalinan.

Menurut Prawirohardjo (2010; h. 678-679).Komplikasi yang sering terjadi pada kasus dengan ketuban pecah dini terbagi menjadi dua yaitu ibu dan bayi.

1. Pada bayi dapat terjadi septicemia, pneumonia, omfalitis, umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi.
2. Pada ibu yang akan timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin,

meningkatkan insiden seksio sesaria, atau gagalnya persalinan normal.

f. Penatalaksanaan

Menurut Anik Maryuni (2013 :213) penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini pada aterm meliputi:

1. Rawat rumah sakit dan tirah baring.
2. Tidak ada tanda-tanda infeksi dan gawat janin.
3. Umur kehamilan kurang 37 minggu.
4. Antibiotic profilaksis dengan amoksilin 3 x 500 mg selama 5 hari.
5. Memberikan tokolitik bila ada kontraksi uterus dan memberikan kortikosteroid untuk mematangkan fungsi paru janin.
6. Jangan melakukan pemeriksaan dalam vagina kecuali ada tanda-tanda persalinan.
7. Melakukan terminasi kehamilan bila ada tanda-tanda infeksi atau gawat janin.
8. Bila dalam 3 x 24 jam tidak ada pelepasan air dan tidak ada kontraksi uterus maka lakukan mobilisasi bertahap. Apabila pelepasan air berlangsung terus, maka lakukan terminasi kehamilan.

Menurut Anik Maryuni (2013 :214) penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini pada preterm meliputi :

1. Bila di dapatkan infeksi berat maka berikan antibiotic dosis tinggi. Bila di temukan tanda-tanda inpartu, infeksi dan gawat janin maka lakukan terminasi kehamilan
2. Induksi atau akselerasi persalinan.
3. Lakukan seksiosesaria bila induksi atau akselerasi persalinan mengalami kegagalan.
4. Lakukan seksio histerektomi bila tanda-tanda infeksi uterus berat ditemukan.

Menurut Manuaba (2008 :112) penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini meliputi:

1. Mempertahankan kehamilan sampai cukup matur khususnya kematangan paru sehingga mengurangi kejadian kegagalan perkembangan paru yang sehat dan bila sudah mencapai berat 2000 gram dapat dipertimbangkan untuk diinduksi.
2. Memberikan kortikosteroid dengan pertimbangan akan menambah reseptor pematangan paru,menambah maturitas paru janin.
3. Memberikan tokolitik untuk mengurangi kontraksi uterus, dapat diberikan bila sudah dapat di pastikan tidak terjadi infeksi korioamnionitis. Pemberian antibiotik profilaksis dengan triple drug untuk menghindari terjadinya infeksi.

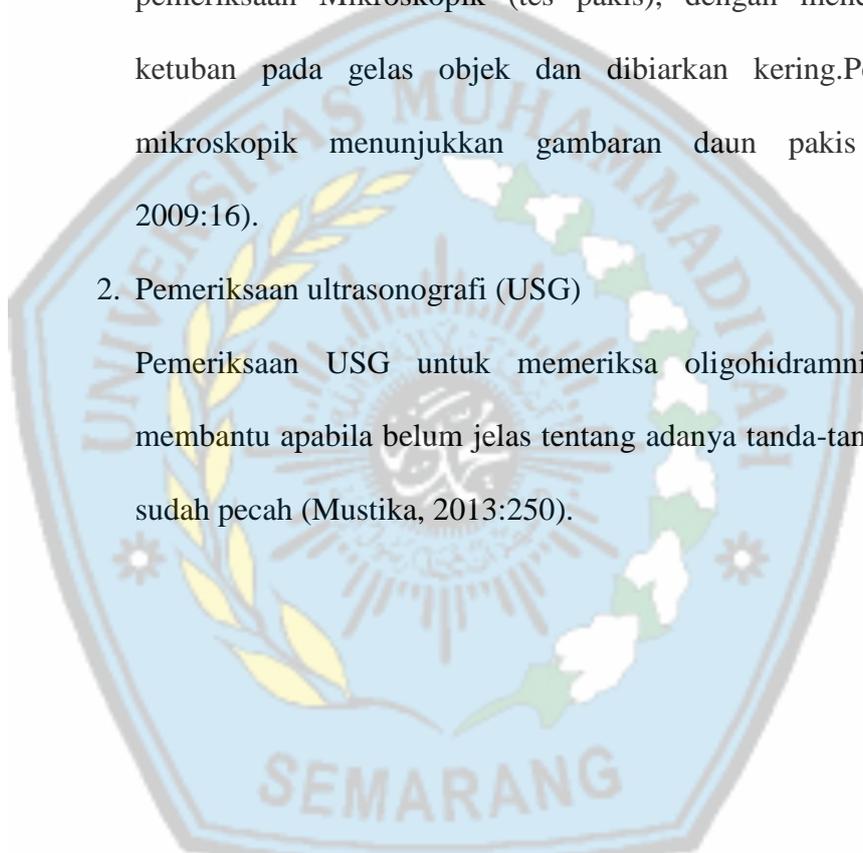
g. Pemeriksaan penunjang

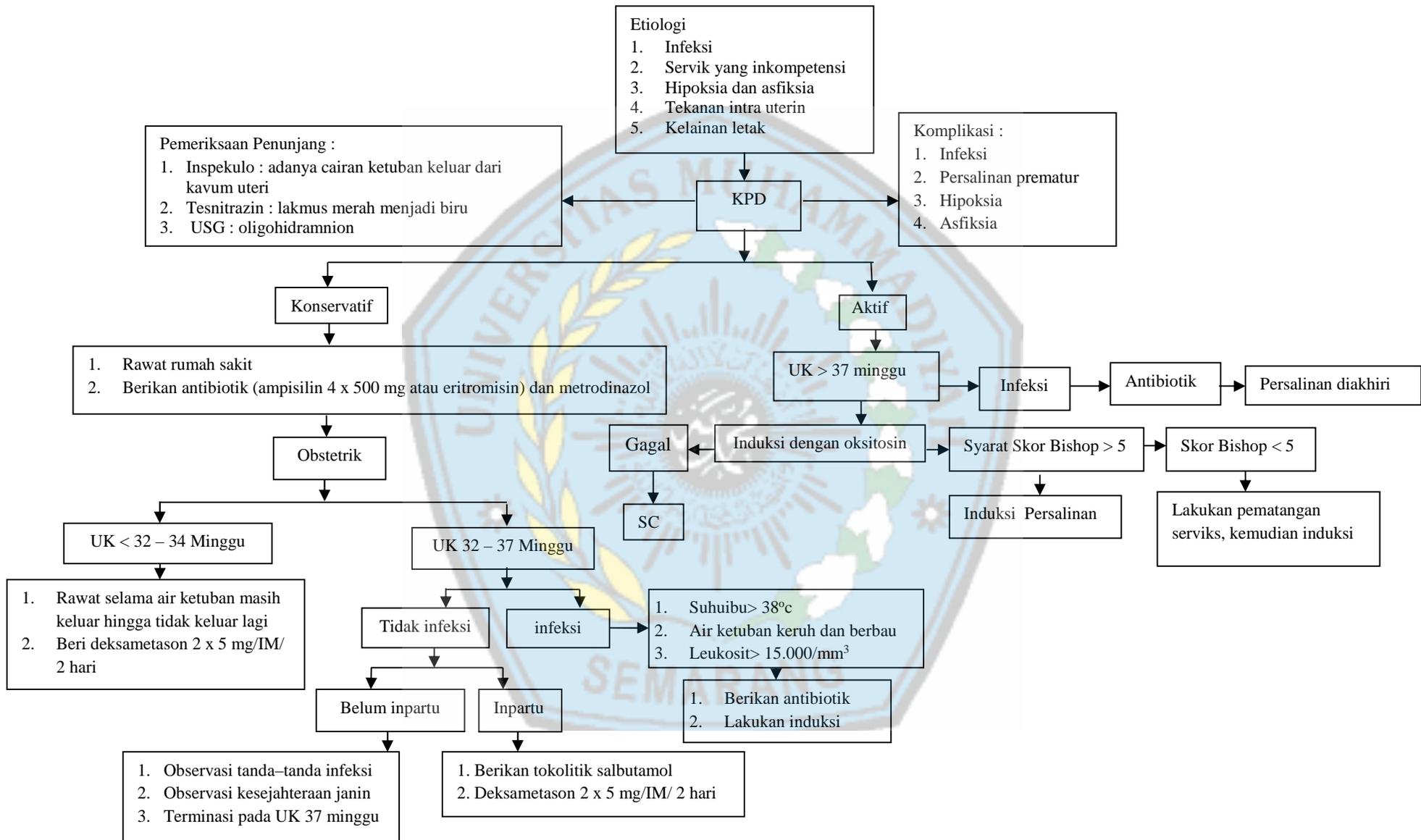
1. Pemeriksaan laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina diperiksa dengan Tes Lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban atau bisa melakukan pemeriksaan Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis (Hidayat, 2009:16).

2. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG untuk memeriksa oligohidramnion sangat membantu apabila belum jelas tentang adanya tanda-tanda ketuban sudah pecah (Mustika, 2013:250).





3. Induksi Persalinan

a. Pengertian

Menurut Manuaba (2012 : 451) induksi persalinan (*induction of labor*) ialah upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm, dalam keadaan belum terdapat tanda-tanda persalinan atau belum inpartu, dengan kemungkinan janin dapat hidup diluar kandungan (umur di atas 28 minggu).

Menurut Manuaba (2010 :451-457) induksi persalinan meliputi upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm, dalam keadaan belum ada tanda-tanda persalinan atau belum in partu, dengan kemungkinan janin dapat hidup di luar kandungan (umur di atas 28 minggu).

b. Penilaian pasien

Waktu yang tepat untuk melakukan induksi adalah ketika manfaat bagi ibu atau janin lebih besar jika kehamilan dihentikan daripada bila dilanjutkan, waktu tersebut juga bergantung pada usia gestasi (Oxon2008 :121).

Menurut (EGC; 2012 :451) beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan induksi persalinan

1. Pasien yang dilakukan induksi persalinan harus dirawat dan diawasi di rumah sakit, artinya tidak lagi diperkenankan rawat jalan atau pulang ke rumah.
2. Pemeriksaan penunjang seperti darah urine lengkap, kesejahteraan janin dan nilai atau skor bishop
3. Selama menjalani induksi persalinan, pasien diawasi secara periodic, bila memungkinkan dengan *Continuous Fetal Heart Rate* atau *Cardiotocography*

(CTG). Setiap hasil rekaman CTG harus dilaporkan ke dokter untuk dievaluasi dan ditindaklanjuti.

4. Bahwa induksi persalinan merupakan salah satu upaya untuk melahirkan *per vaginam* dan bukanlah suatu sarana untuk persalinan *per abdominam* (SC).

c. Kontraindikasi Induksi Persalinan

Menurut EGC (2012 : 127) kontraindikasi induksi persalinan meliputi :

1. Plasenta previa.
2. Letak janin melintang.
3. Prolaps tali pusat.
4. Pembedahan uterus trnsfundal sebelumnya
5. Presentasi bokong.

d. Indikasi Induksi Persalinan

Menurut Manuaba (2013 : 451) indikasi untuk dilakukannya induksi persalinan meliputi :

1. Postmaturitas (kehamilan lebih dari 42 minggu).
2. Ketuban pecah dini (KPD).
3. Hipertensi gestasional.
4. Isoimunisasi Rh.
5. Diabetes melitus.
6. Korioamnionitis.
7. Kematian janin.
8. Plasenta previa.
9. Solusio plasenta.

10. Pre-eklamsia.

11. Eklamsia.

Menurut (EGC, 2012 :127) indikasi induksi persalinan yaitu :

1. Hipertensi dalam kehamilan (Eklamsia – Preeklamsia).
2. Kehamilan lewat waktu (*Post-term*).
3. Pertumbuhan janin terhambat atau PJT (IUGR = *Intra Uterine growth Retardation*).
4. Hipertensi kronik.
5. Kematian janin intra uterin.
6. Inkompabilitas rhesus.
7. Amnionitis atau Korio-amnionitis.
8. Abrupsio atau Solusio Plasenta.
9. Diabetes mellitus.

e. Nilai atau Skor Bishop

Menurut (EGC, 2012 :17) Skor bishop adalah suatu cara untuk menilai kematangan serviks dan responnya terhadap suatu induksi persalinan, karena telah diketahui bahwa serviks dengan skor bishop rendah (artinya serviks belum matang) memberikan angka kegagalan yang lebih tinggi dibanding serviks yang matang (*ripened*). Lima kondisi yang dinilai dari serviks ialah :

1. Pembukaan (*Dilatation*).
2. Pendataran (*Effacement*).
3. Penurunan kepala janin (*Station*).
4. Konsistensi (*Consistency*)
5. Posisi ostium uteri (*Position*)

Tabel 1. Skor Bishop

| TABEL SKOR BISHOP | | | | |
|------------------------------------|--------------------|--|--------------|------------|
| SKOR | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Pembukaan | 0 | 1 – 2 | 3 – 4 | 5 – 6 |
| Pendataan | 0 – 30% | 40 – 50% | 60 – 70% | 80% |
| <i>Station</i> | -3 | -2 | -1 | +2 +2 |
| Konsistensi | Keras | Sedang | Lunak | Amat Lunak |
| Posisios | Posterior | Tengah | Anterior | Anterior |
| CARA PEMAKAIAN : | | | | |
| Tambah 1 angka untuk : | | Kurangi 1 angka untuk : | | |
| Preklamsia Setiap normal partus | | <i>Post date</i> Nullipara Ketubannegatif/lama | | |
| BilaSkor | KEMUNGKINAN | | | |
| Total : | BERHASIL | | GAGAL | |
| 0 – 4 | 50 – 60% | | 40 – 50% | |
| 5 – 9 | 90% | | 10% | |
| 10 – 13 | 100% | | 0% | |

Sumber : EGC,2012

f. Bentuk induksi persalinan

Menurut Manuaba (2010 :451-457) bentuk induksi persalinan meliputi:

1. Metode *Steinche*

Merupakan metode lama, pasien diharapkan tenang pada malam hari. Pada pagi hari diberi enema dengan castor oil atau sabun panas, pil kinine sebesar 0,2 gsetiap jam sampai mencapai dosis 1,2 g. Satu jam setelah pemberian kinine pertama, disuntikan oksitosin 0,2 unit/jam sampai tercapai his yang adekuat.

2. Metode infus oksitosin

Dengan cara drip oksitosin yang akan menyebabkan merangsang pengeluaran prostaglandin sehingga terjadi kontraksi otot rahim.

3. Metode oksitosin *sublingual*

Sandopart sebagai tablet isap di bawah lidah dengan isi 50 IU oksitosin. Obat ini tidak banyak diterima karena besarnya unit oksitosin dan tingginya kemampuan penyerapan oleh mukosa lidah, sehingga dapat menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim yang kuat sehingga dapat membahayakan.

4. Pemecahan ketuban

Merupakan salah satu bentuk induksi persalinan. Dengan keluarnya sebagian air ketuban sehingga otot rahim lebih efektif berkontraksi. Syarat pemecahan ketuban meliputi pembukaan minimal 3 cm, tidak terdapat kehamilan ganda, bagian terendah sudah masuk PAP, servik melunak.

B. TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN

Menurut Varney (2007 :26-28) manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan dan ketrampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien.

Langkah-langkah manajemen kebidanan merupakan penatalaksanaan dalam asuhan kebidanan dan kolaborasi dengan pasien untuk mendapatkan data yang meliputi pengkajian data, interpretasi data, diagnose potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan.

1. Langkah I : Pengkajian

Mengumpulkan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi pasien. Data dasar ini meliputi data subjektif (identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat obstetri, riwayat perkawinan, riwayat KB, pola kebiasaan sehari-hari) dan data objektif (pemeriksaan fisik, status present, status obstetri) dan data penunjang

2. Langkah II : Interpretasi Data

Langkah ini disebut sebagai diagnosis tapi dibutuhkan sebagai pertimbangan dalam mengembangkan rencana perawatan yang komprehensif kepada pasien, masalah sering dikaitkan dengan bagaimana wanita mengalami kenyataan atas diagnosisnya dan sering diidentifikasi bidan dalam menangani pasien secara individual.

3. Langkah III : Diagnosa dan masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial berdasarkan masalah dan diagnosis saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin

muncul. Langkah ini adalah langkah yang sangat penting dalam memberi perawatan kesehatan yang aman.

4. Langkah IV : Tindakan segera

Mencerminkan sifat kesinambungan proses penatalaksanaan, yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer atau kunjungan pranatal periodik, tetapi juga saat bidan melakukan perawatan berkelanjutan bagi wanita tersebut bersama bidan terus menerus mungkin perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi kedaruratan, yang mengharuskan bidan mengambil tindakan secara cepat untuk mempertahankan nyawa pasien dan ada beberapa data mengindikasikan situasi yang membutuhkan tindakan secara cepat menunggu intervensi dari dokter.

5. Langkah V : Perencanaan

Langkah ini adalah sebuah perluasan dari mengidentifikasi masalah dan diagnosa yang telah diantisipasi dan yang terbaru dan juga melibatkan usaha untuk memperoleh bagian tambahan dari data apapun yang hilang atau perlu untuk keperluan penyusunan data. Suatu rencana yang komprehensif meliputi hal-hal yang diindikasikan oleh kondisi pasien dan masalah lain yang berkaitan, seluruh keputusan yang dibuat dalam mengembangkan suatu rencana perawatan yang komprehensif harus valid berdasarkan atas pengetahuan teoritis, tepat, sesuai, dan aktual serta asumsi yang tervalidasi tentang apa yang akan dan tidak dilakukan oleh pasien yang bersangkutan.

6. Langkah VI : Pelaksanaan

Pelaksanaan dapat dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau dilakukan oleh wanita yang bersangkutan, bidan atau anggota tim kesehatan lain. Jika bidan tidak melakukannya

sendiri, dia bertanggung jawab atas pengarahannya. Dalam sarana dimana bidan berkolaborasi dengan seorang dokter dan berkontribusi dalam manajemen perawatan pasien yang mengalami komplikasi, maka bidan turut bertanggung jawab atas pelaksanaan rencana perawatan komprehensif kolaboratif. Pelaksanaan yang efisien akan mengurangi waktu dan biaya dan meningkatkan kualitas perawatan pasien.

7. Langkah VII : Evaluasi

Salah satu langkah pemeriksaan dari rencana perawatan, apakah kebutuhan, yang teridentifikasi dalam masalah dan diagnosa. Rencana dianggap efektif jika hal diatas terlaksana, dan tidak efektif jika hal diatas tidak terlaksana. Hal ini dimungkinkan bagi suatu bagian dari rencana tersebut untuk menjadi efektif sedangkan bagian lain tidak efektif.

Langkah ini dimodifikasi dengan tujuan untuk menambah pengetahuan teoritis yang relevan yang dibutuhkan sebagai informasi dasar untuk mengikuti manajemen klinik dari pasien. Karena manajemen proses mengambil tempat dalam sarana klinis dan karena dua langkah terakhir tergantung pada situasi pasien dan klinis, maka tidak mungkin untuk memasukkan mereka dalam sebuah buku pegangan.

C. TEORI HUKUM KEWENANGAN BIDAN

Lingkup praktek kebidana adalah terkait erat dengan fungsi, tanggung jawab dan aktifitas bidan yang telah mendapatkan pendidikan, kompeten dan memiliki kewenangan untuk melaksanakannya

Kebijakan pemerintah dalam menangani kasus Ketuban Pecah Awal terdapat dalam KepMenKes no. 369 tahun 2007 tentang standar profesi bidan, disebutkan bahwa selama memberi asuhan dan konseling kehamilan bidan harus mampu mengidentifikasi

penyimpangan kehamilan normal, salah satunya adalah Ketuban Pecah Dini dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan yang lebih lengkap. Selain itu, terdapat juga Kebijakan Departemen Kesehatan RI dalam upaya *Safe Motherhood* yang dinyatakan sebagai empat pilar *Safe Motherhood*, yaitu pelayanan Keluarga Berencana, pelayanan antenatal, persalinan yang bersih dan aman, dan pelayanan obstetri esensial.

Dalam menjalankan tugasnya, bidan melakukan kolaborasi, konsultasi dan merujuk sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya. Lingkup praktik bidan adalah BBL, Bayi, Balita, Anak perempuan, Remaja putri, Wanita pranikah, Wanita selama masa hamil, Bersalin dan Nifas, Wanita pada masa interval dan Wanita menopause (Mufdlilah 2012; h. 103-104)

Dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugas bidan didasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan. Kewenangan tersebut diatur melalui peraturan menteri kesehatan (Permenkes). Kewenangan ini ditujukan agar bidan mengetahui dengan jelas. Batas-batas tugas yang menjadi kompetensinya. Kewenangan bidan ditinjau dari 2 hal yaitu: berdasarkan Permenkes Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 dan Standar Pelayanan Kebidanan.

1. Permenkes Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010

Landasan hukum yang mendasari bidan di dalam melakukan asuhan kebidanan pada klien dengan ketuban pecah dini merupakan keputusan permenkes No. 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktek bidan. Kewenangan yang dimiliki bidan meliputi pasal 10 ayat 3 sub bagian c menjelaskan bahwa bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu berwenang untuk melakukan penanganan kegawat-daruratan, kemudian di lanjutkan dengan rujukan. Selain itu bidan juga berhak

memberikan penyuluhan dan konseling sesuai dengan pasal 10 ayat 3 sub bagian h. Hal ini diartikan bahwa ibu bersalin patologi dengan ketuban pecah dini perlu mendapatkan penanganan dari bidan baik secara tindakan maupun komunikasi edukasi. Saat bidan bekerja di Rumah Sakit maka dalam pelaksanaannya harus sesuai dengan anjuran dokter spesialis. Hal ini mengharuskan bidan untuk bekerjasama dengan ahli kesehatan lain dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin patologi dengan ketuban pecah dini.

2. Standar Pelayanan Kebidanan

a. Pengertian Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan adalah penerapan ilmu kebidanan melalui asuhan kebidanan kepada klien yang menjadi tanggung jawab bidan, mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana, termasuk kesehatan reproduksi wanita dan pelayanan kesehatan masyarakat (Zulvadi,2010: 24)

b. Standar Praktik Kebidanan

Menurut Meilani (2009:40) sebagai tenaga kesehatan yang menjalankan asuhan maupun pelayanan kepada masyarakat, salah satu hal yang harus dipegang adalah standar pelayanan yang berguna dalam penerapan norma dan tingkat kinerja yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Penerapan standar pelayanan akan sekaligus melindungi masyarakat, karena penilaian terhadap proses dan hasil pelayan dapat dilakukan dengan dasar yang jelas. Ruang lingkup pelayanan kebidanan adalah 24 standar yang dikelompokkan menjadi 5 bagian besar yaitu: standar pelayanan umum, standar pelayanan antenatal, standar pelayanan persalinan, standar pelayanan nifas dan standar penanganan kegawatdaruratan

obstetri dan neonatal. Dalam melaksanakan asuhan kebidanan ibu bersalin patologi dengan ketuban pecah dini masuk dalam standar pertolongan persalinan dan penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatus.

