

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Medis

1. Persalinan Normal

a. Pengertian Persalinan Normal

Persalinan normal adalah proses pengeluaran bayi, plasenta dan selaput ketuban dari uterus pada usia kehamilan cukup bulan (umur kehamilan lebih dari 37 minggu) tanpa disertai penyulit (JNPK-KR, 2010).

Persalinan normal adalah proses keluarnya janin pada umur kehamilan cukup bulan (umur kehamilan 37-42 minggu), lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, berlangsung selama 18 jam dan tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janinnya (Prawirohardjo Sarwono, 2009).

b. Teori Penyebab Bermulainya Persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui pasti. Namun menurut Ujiningtyas (2009), terdapat beberapa teori yang menjelaskan penyebab bermulainya persalinan, yaitu :

1) Teori penurunan hormon

Beberapa hari sebelum partus terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron, sehingga otot rahim sensitif terhadap

oksitosin. Penurunan kadar progesteron pada tingkat tertentu menyebabkan otot rahim mulai kontraksi.

2) Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Apabila batas tersebut telah terlewati maka akan terjadi kontraksi, sehingga persalinan dapat dimulai.

3) Teori plasenta menjadi tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron, sehingga pembuluh darah mengalami kekejangan dan timbul kontraksi rahim.

4) Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikale atau fleksus Fran Kenhauser. Bila ganglion ini digeser dan ditekan atau tertekan kepala janin maka akan timbul kontraksi rahim.

5) Teori oksitosin internal

Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat dan kontraksi *Braxton hicks* sering terjadi sehingga persalinan dapat dimulai.

6) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dikeluarkan oleh decidua konsentrasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Prostaglandin dianggap

sebagai pemicu terjadinya persalinan, pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim.

c. Tanda dan Gejala Persalinan

Kehamilan adalah suatu keadaan yang fisiologis bagi wanita yang nantinya akan diakhiri dengan proses persalinan. Persalinan yang sudah dekat ditandai dengan beberapa gejala yaitu (Asrinah, dkk, 2010) :

1) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat yang khas antara lain sebagai berikut :

- a) Pinggang terasa sakit dan akan menjalar ke depan
- b) Sifat teratur, intervalnya semakin pendek dan kekuatannya semakin bertambah
- c) Saat dibuat berjalan kekuatannya semakin bertambah

2) *Bloody show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

His permulaan akan mengakibatkan perubahan serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang berada dikanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah yang menjadikan sedikit perdarahan.

3) Pengeluaran cairan

Pengeluaran cairan dari jalan lahir terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek.

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Keberhasilan sebuah proses persalinan sangat dipengaruhi oleh kondisi fisik ibu dan janin. Bila salah satu faktor tersebut ada yang tidak

sesuai maka dapat terjadi masalah dalam proses persalinan baik pada ibu maupun janinnya. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan tersebut adalah :

1) Faktor *Power*

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 ligament, dengan kerjasama yang baik dan sempurna (Yanti, 2009).

a) His (Kontraksi Uterus)

His yang normal dimulai dari salah satu sudut di fundus uteri yang kemudian menjalar merata simetris ke seluruh korpus uteri dengan dominasi kekuatan di fundus uteri, kemudian mengadakan relaksasi secara merata dan menyeluruh. Frekuensi his adalah jumlah his dalam waktu tertentu. Tiap kontraksi menghasilkan tekanan yang disebut amplitudo. Aktifitas miometrium dimulai saat kehamilan dengan amplitudo 5 mmHg pada seluruh trimester yang tidak teratur dan akan lebih meningkat dengan semakin tuanya kehamilan hingga persalinan dimulai. Pada akhir kala I persalinan amplitudo uterus meningkat terus sampai 60 mmHg dan frekuensi his mencapai 2 sampai 4 kontraksi tiap 10 menit serta durasi his meningkat dari yang hanya 20 detik pada permulaan partus mencapai 60 sampai 90 detik. Pada kala III amplitudo his masih tinggi \pm 60 sampai 80 mmHg, tetapi frekuensi

berkurang dan sesudah 24 jam pascapersalinan intensitas dan frekuensi his menurun (Prawirohardjo Sarwono, 2010).

b) Tenaga mengejan

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak selain his akan keluar, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peningkatan tekanan intra abdomen. Tenaga ini serupa dengan tenaga ingin buang air besar namun lebih kuat lagi. Saat kepala sampai ke dasar panggul, timbul refleks yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragma ke bawah (Yanti, 2009).

2) Faktor *passage*

a) Bagian keras panggul

Tulang panggul dibedakan menjadi beberapa bidang yang harus dilewati oleh janin saat proses persalinan. Adapun bidang-bidang panggul tersebut yaitu (Shondakh Jenny, J. S dan M. Clin Mid, 2013) :

(1) Pintu atas panggul (PAP)

Pintu atas panggul berbentuk seperti bulatan oval dengan panjang ke samping dan dibatasi oleh promontorium, sayap os sacrum, linea terminalis kanan dan kiri, ramus superior os pubis kanan dan kiri, pinggir atas simfisis. Pada pintu atas panggul terdapat tiga ukuran penting yaitu :

- a. Conjugata vera : panjang sekitar 11 cm, pengukuran tidak bisa secara langsung. Pengukuran diperhitungkan melalui pengukuran conjugata diagonalis (CD). Conjugata vera (CV) = CD-1,5 cm. Conjugata obstetrika adalah ukuran antara promontorium dengan tonjolan simfisis pubis.
- b. Ukuran melintang yaitu jarak antara kedua linea terminalis (12,5).
- c. Ukuran oblik yaitu jarak antara articulatio sacroiliaca menuju tuberculum pubicum yang bertentangan. Kedua ukuran ini tidak dapat diukur pada wanita yang masih hidup.

(2) Pintu Tengah Panggul (PTP)

Pintu tengah panggul terbentang antara pinggir bawah simfisis dan spina os ischii dan memotong sakrum kira-kira pada pertemuan ruas sakral keempat dan kelima. Ukuran normal pintu tengah panggul yaitu diameter transversal 10,5 cm, diameter anteroposterior dari pinggir bawah simfisis ke pertemuan ruas sakral keempat dan kelima 11,5 cm dan diameter sagitalis posterior dari pertengahan garis antar kedua spina ke pertemuan sakral keempat dan kelima 5 cm (Fauziyah Yulia, 2012).

(3) Pintu bawah panggul (PBP)

Pintu bawah panggul terdiri dari dua segitiga dengan dasar yang sama yaitu segitiga depan dasarnya tuber ishiadicum dengan dibatasi arcus pubis dan segitiga belakang dasarnya tuber ishiadicum dengan dibatasi ligamentum sacrotuberosum kanan dan kiri. Beberapa ukuran pintu bawah panggul yang penting adalah ukuran muka belakang dari tepi bawah simfisis menuju ujung tulang belakang 11,5 cm. Ukuran melintang yaitu jarak antara tuber ishiadicum kanan dan kiri sebesar 10,5 dan diameter sagitalis posterior dari ujung tulang kelangka ke pertengahan ukuran melintang sebesar 7,5 cm.

b) Jalan lahir lunak

Bagian lunak panggul terdiri serviks, vagina dan otot rahim.

3) Faktor *Passenger*

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin yang meliputi sikap janin, letak, presentasi, bagian terbawah dan posisi janin (Asrinah, dkk, 2010).

Bagian janin yang terpenting adalah kepala artinya bila kepala telah lahir, bagian lain akan dengan mudah dilahirkan (kecuali dalam keadaan tertentu seperti distosia bahu). Ukuran-ukuran yang penting yaitu (Siswosudarmo dan Ova, 2008) :

- (1) Diameter suboksipito-bregmatika : ± 95 cm
- (2) Diameter oksipito-frontalis : $\pm 11,75$ cm

- (3) Diameter vertiko-mental : $\pm 13,5$ cm
- (4) Diameter submento-bregmatika : $\pm 9,5$ cm
- (5) Diameter bitemporalis : $\pm 9,5$ cm
- (6) Sirkumferensia suboksipito-bregmatika : ± 32 cm
- (7) Sirkumferensia submento-bregmatika : ± 32 cm
- (8) Sirkumferensia oksipito-frontalis : ± 34 cm
- (9) Sirkumferensia mento-oksipitalis : ± 35 cm

Hubungan-hubungan letak fetopelvik dibedakan menjadi empat pengertian yaitu (Siswosudarmo dan Ova, 2008):

- (1) Presentasi adalah bagian janin yang ada di bawah. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong dan lain-lain.
- (2) Posisi adalah letak denominator pada empat kuadran pelvis. Dikenal delapan posisi. Misalnya pada letak belakang kepala ubun-ubun kecil kiri depan, ubun-ubun kecil kanan belakang.
- (3) Letak atau situs adalah kedudukan sumbu panjang janin terhadap sumbu panjang ibu. Misalnya letak lintang dan letak membujur.
- (4) Habitus atau sikap adalah hubungan antara kepala janin terhadap sumbu panjangnya (tubuh), khususnya terhadap kolumna vertebralis. Janin umumnya dalam sikap fleksi dimana kepala, tulang punggung dan kaki dalam keadaan fleksi, lengan bersilang di dada.

Tabel 2.1 Hubungan Letak Fetopelvik (Siswosudarmo dan Ova, 2008)

Sikap	Presetasi	Diameter kepala	Titik tunjuk
Fleksi maksimal	Belakang kepala	Suboksipito-bregmatika	UUK
Defleksi ringan	Puncak kepala	Fronto oksipitalis	Puncak kepala UUB, UUK
Defleksi sedang	Dahi	Vertikomental	Glabella
Defleksi maksimal	Muka	Submentobregmatika	dagu

e. Tahapan dalam Persalinan

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.

f. Mekanisme Persalinan

Keluarnya janin dalam rahim pada proses persalinan, janin harus melalui beberapa mekanisme persalinan. Adapun mekanisme persalinan tersebut yaitu (Cunningham, F. G, dkk, 2012) :

1) Engagement

Engagement adalah mekanisme yang digunakan oleh diameter biparietal-diameter transversal terbesar kepala janin pada presentasi oksiput untuk melewati pintu atas panggul.

2) Desensus

Desensus terjadi karena faktor tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus, usaha mengejan yang menggunakan otot-otot abdomen dan ekstensi serta pelurusan badan janin.

3) Fleksi

Setelah kepala janin terjadi *desensus*, kepala akan tertahan oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul, dengan demikian kepala

akan fleksi, dagu janin akan mendekati dadanya dan diameter suboksipitobregmatika yang lebih pendek menggantikan diameter oksipitofrontal yang lebih panjang.

4) Rotasi internal

Kepala janin akan bergerak dari posisinya menuju anterior, menuju simfisis pubis atau yang lebih jarang ke posterior, menuju lubang sakrum.

5) Ekstensi

Setelah kepala yang terfleksi maksimal mencapai vulva, kepala akan mengalami ekstensi untuk melewati pintu keluar vulva yang mengarah ke atas dan ke depan. Kepala dilahirkan melalui ekstensi terlebih dahulu, kemudian lahir oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut dan dagu.

6) Rotasi eksternal

Gerakan yang sesuai dengan rotasi badan janin berfungsi membawa diameter biakromionnya berhimpit dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dengan demikian satu bahu akan terletak anterior dibelakang simfisis dan yang lain di posterior.

7) Ekspulsi

Setelah kedua bahu tersebut lahir sisa badan bayi lainnya akan segera terdorong ke luar.

2. Partograf

Menurut JNPK (2010), partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membantu keputusan klinik. Menurut Prawirohardjo Sarwono (2010), Partograf berfungsi untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan, kondisi ibu dan janin serta mendeteksi adanya penyulit dalam persalinan.

Pengamatan persalinan yang dicatat pada partograf WHO berisikan beberapa pemantauan yaitu (Manuaba, 2008) :

- a. Kemajuan persalinan, terdiri dari pembukaan serviks, penurunan kepala melalui palpasi abdomen dengan ukuran jari. His yang dicatat adalah jumlahnya per 10 menit dan lamanya mulai his terasa sampai menghilang.
- b. Keadaan janin dalam rahim, terdiri dari denyut jantung janin, keadaan ketuban (lama pecah, jumlah air ketuban, kekeruhan dan warnanya), moulage tulang kepala janin.
- c. Keadaan ibu bersalin meliputi tekanan darah, frekuensi nadi dan suhu, jumlah dan protein/aseton urin, obat dan cairan intravena yang diberikan serta pemberian oksitosin.

3. Partus Macet

a. Pengertian partus macet

Partus macet adalah kondisi dimana kontraksi uterus kuat tetapi fetus tidak bisa turun ke pelvis karena ada sesuatu yang menghalanginya (WHO, 2008).

b. Faktor Penyebab Partus Macet

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Gudina, dkk (2016) yang dilakukan di Adama Hospital Medical College, dari 384 persalinan sebanyak 9,6% terjadi partus macet. Adapun penyebab partus macet tersebut yaitu sebanyak 54,1% disebabkan karena CPD (*Cephalo Pelvic Disproportional*), 29,7% karena malposisi dan 16,2% karena malpresentasi.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sharma (2015) di departemen obstetrik dan ginekologi, UP Rural Institute of Medical Sciences & Research, Saifai, Etawah, Uttar Pradesh, India, dari 12.223 persalinan sebanyak 199 atau 1,63% mengalami partus macet. Penyebab partus macet tersebut yaitu CPD (72,3%). Secsio sesarea adalah metode untuk melahirkan bayi, terjadi mortalitas perinatal sebanyak 20,60%, kejadian ruptur uteri sebanyak 3,5% dan mortalitas maternal sebanyak 1,5%. Adapun penyebab partus macet tersebut diuraikan sebagai berikut :

1) *Cephalo Pelvic Disproportional* (CPD)

Cephalopelvic disproportion terjadi ketika tidak adanya kesesuaian antara kepala janin dengan pelvis. Kondisi itu tidak memungkinkan fetus melewati pelvis dengan mudah. Cephalopelvic disproportion dapat terjadi pada pelvis yang kecil dengan ukuran kepala fetus yang normal, atau pelvis yang normal dengan fetus yang besar, atau kombinasi antara fetus yang besar dengan pelvis yang

kecil. Cephalopelvis disproportional tidak dapat didiagnosa sebelum umur kehamilan berumur 37 minggu (WHO, 2008).

2) *Passage* : Kelainan jalan lahir

Partus macet karena kelainan jalan lahir dapat disebabkan karena kelainan pada jaringan keras yang disebut tulang panggul dan kelainan pada jaringan lunak panggul.

- a) Partus macet karena kelainan panggul atau bagian keras disebabkan oleh kesempitan panggul. Panggul dibedakan menjadi tiga pintu yaitu pintu atas panggul, pintu tengah panggul dan pintu bawah panggul. Pintu atas panggul dianggap sempit apabila konjugata vera ≤ 10 cm atau diameter transversal ≤ 12 cm. Kesempitan pintu tengah panggul jika diameter interspinarum < 9 cm dan diameter transversal ditambah dengan diameter sagitalis posterior $\leq 13,5$ cm, sedangkan pintu bawah panggul dianggap sempit jika jarak antar tuber os iscii ≤ 8 cm. Jika jarak ini berkurang maka arkus pubis akan meruncing, oleh karena itu besarnya arkus pubis dipergunakan untuk menentukan kesempitan pintu bawah panggul. Kesempitan pintu atas panggul dapat berakibat persalinan menjadi lebih lama akibat gangguan pembukaan dan banyak waktu yang digunakan untuk molase kepala janin sedangkan kesempitan pintu tengah panggul dan pintu bawah panggul dapat menimbulkan gangguan putaran paksi (Fauziah Yulia, 2012).

b) Partus macet karena kelainan jalan lahir lunak disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kelainan vulva (atresia karena bawaan atau didapat seperti radang atau trauma), kelainan vagina (atresia, sekat atau tumor), kelainan serviks (atresia conglutination orivicii eksternii, cicatrices servik, servik kaku pada primi tua), abnormalitas uteri dan tumor (Solikhah Umi, 2011).

3) *Passanger* : kelainan janin

Keadaan normal presentasi janin adalah belakang kepala dengan penunjuk ubun-ubun kecil dalam posisi transversal (saat memasuki pintu atas panggul) dan posisi anterior (setelah melewati pintu tengah panggul), dengan presentasi tersebut kepala janin akan masuk panggul dalam ukuran terkecilnya (sirkumferensia suboksipitobregmitikus). Hal tersebut dicapai bila sikap kepala janin fleksi.

Sikap yang tidak normal akan menimbulkan kesulitan persalinan yang disebabkan karena diameter kepala yang harus melalui panggul menjadi lebih besar. Berdasarkan kelainannya, partus macet karena kelainan *passanger* dibedakan menjadi beberapa macam, yaitu :

a) Partus Macet karena kelainan presentasi janin

Menurut Prawirohardjo Sarwono (2010), Presentasi adalah titik tunjuk untuk menentukan bagian terendah janin. Adapun

Kelainan presentasi janin dibedakan menjadi beberapa macam yaitu :

(1) Presentasi puncak kepala

Menurut Marmi, dkk (2016) presentasi puncak kepala atau disebut juga presentasi sinsiput, terjadi apabila derajat defleksinya ringan, sehingga ubun-ubun besar menjadi bagian terendah. Pada umumnya presentasi puncak kepala merupakan kedudukan sementara yang kemudian akan berubah menjadi presentasi belakang kepala.

(2) Presentasi dahi

Menurut Rukiyah dan Lia (2010), presentasi dahi adalah keadaan dimana kedudukan kepala berada diantara fleksi maksimal, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Janin dengan presentasi dahi dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kemiringan anterior uterus, kontraksi pelvis, polihidramnion dan abnormalitas kongenital misalnya, anensefalus.

Pada umumnya presentasi dahi bersifat sementara untuk kemudian dapat berubah menjadi presentasi belakang kepala atau presentasi muka, atau tetap menjadi presentasi dahi, oleh karena itu apabila tidak terdapat gawat janin menunggu kemajuan persalinan dapat dilakukan. Bila presentasinya tetap presentasi dahi, maka janin tidak dapat

dilahirkan pervaginam karena besarnya diameter oksipitomental yang harus melewati panggul, maka tindakan seksio sesarea diperlukan untuk melahirkan janin dengan presentasi dahi (Prawirahardjo Sarwono, 2010).

(3) Presentasi muka

Menurut Cunningham, dkk (2012) presentasi muka merupakan presentasi kepala dengan defleksi maksimal hingga oksiput mengenai punggung dan muka terarah ke bawah. Penyebab presentasi muka yaitu adanya pembesaran leher yang nyata atau lilitan tali pusat di sekitar leher dapat menyebabkan ekstensi, janin anensefalus, panggul sempit, janin sangat besar, paritas tinggi dan perut gantung.

(4) Presentasi bokong

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki atau kombinasi keduanya. Faktor resiko terjadinya presentasi bokong adalah panggul sempit, terdapat lilitan tali pusat atau tali pusat pendek, kelainan uterus (uterus arkuatum, uterus septum, uterus dupleks), terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuknya kepala janin ke pintu atas panggul, plasenta previa, kehamilan ganda (Manuaba, 2008).

(5) Presentasi bahu

Presentasi bahu adalah janin dalam kondisi melintang di dalam uterus dengan sumbu janin tegak lurus atau hampir tegak lurus dengan sumbu panjang ibu dan bahu sebagai bagian terendah janin. Penyebab presentasi bahu yaitu dinding perut yang kendur pada multipara, kesempitan panggul, plasenta previa, prematuritas, kelainan bentuk rahim seperti uterus arkuatum, mioma uteri dan kehamilan ganda (Fauziyah Yulia, 2012).

b) Partus macet karena kelainan posisi janin

(1) *Persisten Oksipito Posterior* (POP)

Persisten Oksipito Posterior (POP) yaitu ubun-ubun kecil tidak berputar ke depan, sehingga tetap berada di belakang disebabkan karena usaha penyesuain kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul. Etiologi POP yaitu usaha penyesuaian kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul, pada diameter anteroposterior lebih besar dari diameter transversal pada panggul anterior, segmen depan menyempit seperti pada panggul android, ubun-ubun kecil akan sulit memutar ke depan, otot-otot dasar panggul lembek pada multipara atau kepala janin yang kecil dan bulat sehingga tak ada paksaan pada belakang kepala janin untuk memutar ke depan (Rukiyah, dan Lia, 2010).

(2) *Deep Transverse Position* (DTP)

Deep Transverse Position yaitu keadaan dimana pembukaan serviks telah lengkap, kepala berada di dasar panggul dan sutura sagitalis melintang (Marmi, dkk, 2016).

7) Partus macet karena kelainan janin

Beberapa kelainan janin yang dapat menyebabkan partus macet yaitu :

(1) Makrosomia

Makrosomia adalah bayi lahir dengan berat badan lebih dari 4000 gram. Bayi dengan makrosomia dapat disebabkan karena ibu dengan penyakit diabetes melitus, adanya keturunan penyakit diabetes melitus di keluarga, atau multiparitas dengan riwayat makrosomia sebelumnya (Solikhah, 2011).

(2) Hydrocephalus

Hydrocephalus adalah penimbunan cairan serebrospinalis dalam ventrikel otak janin, sehingga kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura-sutura dan ubun-ubun. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500-1500 ml, akan tetapi dapat mencapai pula hingga 5 liter. Penyebab hidrosephalus adalah tersumbatnya aliran cairan cerebro spinal (CSS) pada salah satu tempat antara tempat pembentukan CSS dalam sistem ventrikel dan tempat absorpsi

dalam ruang subarachnoid. Akibat penyumbatan tersebut terjadi dilatasi ruangan CSS di atasnya. Hidrosephalus disebabkan oleh satu dari tiga faktor yaitu produksi CSS yang berlebihan, obstruksi jalur atau gangguan absorpsi CSS (Rukiyah, A. Y. dan Lia Yulianti, 2010).

(3) Kembar Siam

Kembar siam adalah keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. Hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identik gagal terpisah secara sempurna. Kembar siam dibedakan menjadi dua yaitu dizigot (kembar yang berasal dari dua sel telur yang dibuahi sperma) dan monozigot (kembar yang berasal dari satu telur yang dibuahi sperma kemudian membelah menjadi dua). Pembelahan pada kembar siam akan menentukan kondisi bayi. Masa pembelahan sel telur terbagi menjadi empat waktu yaitu 0-72 jam, 4-8 hari, 9-12 hari dan 13 hari atau lebih. Pembelahan yang terjadi pada waktu 13 hari atau lebih akan menghasilkan satu plasenta dan satu selaput ketuban serta karena waktu pembelahannya yang kelamaan sehingga sel telur terlanjur berdempetan. Faktor yang mempengaruhi waktu pembelahan dan mengakibatkan pembelahan tidak sempurna sehingga mengakibatkan dempet dikaitkan dengan infeksi, kurang gizi dan masalah lingkungan (Marmi, dkk, 2016).

c. Tanda-tanda partus macet

Menurut Medforth, dkk (2011), partus macet memiliki tanda-tanda yaitu :

- 1) Pada kala satu :
 - a) Pada palpasi abdomen, bagian presentasi gagal untuk mencakup
 - b) Serviks berdilatasi secara lambat
 - c) Bagian presentasi tetap berada secara loggar ke serviks
- 2) Pada kala satu akhir atau dua persalinan (tanda obstruksi akhir)
 - a) Pereksia maternal dan nadi yang cepat
 - b) Nyeri dan ansietas maternal
 - c) Dehidrasi dan haluran urin yang buruk, ketosis, terkadang urin bercampur darah
 - d) Hasil pemeriksaan jantung janin yang tidak reaktif
 - e) Jarang cincin retraksi terlihat per abdomen dan tanda sambungan antara segmen bawah yang teregang dan segmen atas (bandle ring)
 - f) Pada pemeriksaan dalam vagina terasa panas dan kering, bagian presentasi janin tinggi dan kapus suksadeneum dan atau molase terjadi pada tengkorak janin

d. Komplikasi distosia bagi ibu dan janin

Penelitian yang dilakukan oleh Gupta dan Porwal tahun 2011 di Gyne & Obst Dept, Govt Medical College, Jhalawar, Rajasthan, India, terdapat 70% kejadian partus macet dari total 6.296 persalinan. 70% kejadian partus macet tersebut 5 pasien dilakukan subtotal histerektomi

karena ruptur uteri, 27,1% terjadi sepsis, 55,7% bayi dirawat di NICU (Neonatus Intensive Care Unit) karena rendahnya nilai APGAR pada menit pertama.

Persalinan dengan distosia dapat menyebabkan timbulnya komplikasi, baik pada ibu maupun perinatal. Komplikasi yang ditimbulkan adalah sebagai berikut (Prawirohardjo Sarwono, 2010) :

1) Komplikasi bagi ibu

a) Infeksi intrapartum

Infeksi adalah bahaya serius yang mengancam ibu dan janinnya terutama bila disertai pecahnya ketuban. Bakteri di dalam cairan amnion menembus amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh karion sehingga terjadi bakteremia dan sepsis pada ibu dan janin. Pneumonia pada janin akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi adalah konsekuensi serius lainnya.

b) Ruptur Uteri

Apabila disproporsi diantara kepala janin dan panggul sedemikian besar sehingga kepala tidak cakap dan tidak adanya penurunan, segmen bawah uterus menjadi sangat teregang yang kemudian dapat menyebabkan ruptur. Pada kasus ini mungkin terbentuk cincin retraksi patologis yang dapat diraba sehingga sebuah krista transversal atau oblik yang berjalan melintang di uterus antara simfisis dan umbilikus.

c) Pembentukan fistula

Apabila bagian terbawah janin menekan kuat ke pintu atas panggul tetapi tidak maju untuk jangka waktu yang cukup lama, bagian jalan lahir yang terletak dantaranya dan dinding panggul dapat mengalami tekanan yang berlebihan, karena gangguan sirkulasi dapat terjadi nekrosis yang akan jelas dalam beberapa hari setelah melahirkan dengan munculnya fistula vesikovaginal, vesikoservikal, atau rektovaginal.

d) Cedera dasar panggul

Cedera otot-otot dasar panggul atau persarafan atau fasia penghubungnya merupakan konsekuensi yang tidak terelakan pada persalinan pervaginam, terutama persalinannya sulit. Saat kelahiran bayi dasar panggul mendapat tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan ke bawah akibat upaya mengejan ibu. Gaya-gaya ini meregangkan dan melebarkan dasar panggul sehingga terjadi perubahan fungsional dan anatomis di otot, saraf, dan jaringan ikat. Terdapat semakin besar kekhawatiran bahwa efek-efek pada otot dasar panggul selama melahirkan ini akan menyebabkan inkontinensia urin dan alvi serta prolaps organ panggul.

2) Komplikasi bagi bayi

Komplikasi yang mungkin ditimbulkan karena partus macet bagi janin adalah sebagai berikut :

a) Kaput suksadaneum

Apabila panggul sempit sewaktu persalinan sering terjadi kaput suksadaneum yang besar di bagian terbawah kepala janin. Kaput ini dapat berukuran cukup besar dan menyebabkan kesalahan diagnostik yang serius. Biasanya kaput suksadaneum bahkan yang besar sekalipun akan menghilang dalam beberapa hari.

b) Moulase kepala janin

Akibat tekanan his yang kuat, lempeng-lempeng tulang tengkorak saling bertumpang tindih satu sama lain di sutura-sutura besar, suatu proses yang disebut moulase. Biasanya batas median tulang parietal yang berkontak dengan promontorium sakrum bertumpang tindih dengan tulang disebelahnya, hal yang sama terjadi pada tulang-tulang frontal, namun tulang oksipital terdorong ke bawah tulang parietal. Perubahan-perubahan ini sering terjadi tanpa menimbulkan kerugian yang nyata, namun apabila distosia yang terjadi mencolok, moulase dapat menyebabkan robekan tentorium, laserasi pembuluh darah janin dan perdarahan intrakranial pada janin.

e. Penatalaksanaan Partus Macet

Menurut WHO (2008), penanganan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin dengan partus macet yaitu :

1) Rehidrasi pasien

Bertujuan untuk mempertahankan volume plasma dan mencegah atau mengobati hidrasi dan keton.

- a) Memasang IV kateter, menggunakan needle ukuran besar (no.18)
- b) Jika ibu mengalami syok, berikan larutan salin atau ringer laktat hingga 1 liter, kemudian ulangi 1 liter dengan tetesan 20 tetes per menit sampai nadi lebih dari 90 kali per menit, tekanan darah sistolik 100 mmHg atau lebih tinggi. Namun jika muncul masalah pernafasan, turunkan 1 liter untuk 4-6 jam.
- c) Jika ibu tidak mengalami syok tetapi ada dehidrasi dan ketonik, beri 1 liter cepat dan ulangi jika masih dehidrasi dan ketonik. Kemudian turunkan 1 liter untuk 4-6 jam
- d) Catat dengan tepat pemberian cairan intravena dan pengeluaran urin

2) Beri antibiotik

Jika terdapat tanda-tanda infeksi atau membran telah pecah lebih dari 18 jam, umur kehamilan 37 minggu atau lebih berikan antibiotik seperti dibawah ini :

- a) Ampicilin 2 g tiap 6 jam dan
- b) Gentamisin 5 mg/BB/IV tiap 24 jam

Jika ibu akan melahirkan secara sesarea, lanjutkan pemberian antibiotik dan berikan metronidazol 500 mg/IV tiap 8 jam sampai demam turun selama 48 jam

3) Berikan dukungan

Pasien yang akan melahirkan pervaginam didampingi untuk memberikan kenyamanan dan dukungan. Jelaskan semua prosedur kepada pasien, minta izin kepadanya untuk melakukan tindakan, dengarkan dan peka terhadap perasaan saat akan bersalin.

4) Kelahiran bayi

- a) Jika pasti cephalopelvic disproportional, bayi harus dilahirkan secara sectio sesarea
- b) Jika bayi meninggal, harus dilahirkan secara embriotomi atau jika tidak mungkin lahirkan dengan seksio sesarea
- c) Jika bayi masih hidup, servik telah berdilatasi maksimal dan kepala berada distasi 0 atau dibawahnya, lahirkan dengan ekstaksi vavum
- d) Jika bayi masih hidup dan servik telah berdilatasi maksimal dan ada indikasi untuk melakukan simpisiotomi untuk meringankan kemacetan (jika seksio sesarea tidak memungkinkan) dan kepala bayi berada di stasi 2, maka lahirkan dengan simpisiotomi dan ekstaksi vakum
- e) Jika terjadi kemacetan, sedangkan janin hidup tetapi pembukaan serviks lengkap dan kepala janin terlalu tinggi untuk dilakukan

tindakan vakum segera lahirkan janin dengan tindakan seksio sesarea

f. Pencegahan Partus Macet

Partus macet dapat dicegah dengan melakukan tindakan-tindakan sebagai berikut (Medforth, dkk, 2011) :

- 1) Rujuk ke konsultan dokter obstetri :
 - a) Semua wanita yang dicurigai mengalami malpresentasi
 - b) Beberapa unit perlu merujuk primigravida yang kepala janinnya tidak mencakup pada usia cukup bulan
- 2) Ketahui riwayat persalinan memanjang atau kelahiran yang sulit sebelumnya
- 3) Pantau persalinan secara cermat untuk mendeteksi kelambatan tidak terjadinya penurunan kepala yang menjadi bagian presentasi janin

4. Ekstraksi Vakum

Menurut Mitayani (2011), persalinan dengan ekstraksi vakum adalah usaha memasang alat traksi yang dilekatkan dengan penghisapan kepala janin. Indikasi persalinan dengan vakum adalah persalinan dengan presentasi kepala, kelelahan ibu, persalinan macet kala dua, gawat janin ringan, toksomia gravidarum, ruptur uteri mengancam, tidak dapat digunakan pada presentase muka.

Persyaratan dilakukannya vakum yaitu pembukaan serviks lengkap atau hampir lengkap, presentasi kepala, umur kehamilannya aterm, tidak ada kesempitan panggul, anak hidup dan tidak gawat janin, penurunan kepala

hodge III/III+, kontraksi baik ibu kooperatif dan masih mampu mengedan, sedangkan kontra indikasinya yaitu malpresentasi (dahi, muka, puncak kepala, bokong) dan panggul sempit (disproporsi kepala-panggul) (Prawirohardjo Sarwono, 2009).

5. Seksio Sesarea

Menurut Hartono (2014), seksio sesarea adalah tindakan melahirkan bayi dari dalam uterus melalui luka insisi pada abdomen. Adapun indikasi untuk dilakukan tindakan seksio sesarea yaitu disproporsi sefalopelvik, disfungsi uterus, malposisi atau mal presentasi, riwayat pembedahan uterus sebelumnya, plasenta previa total atau parsial, kondisi medis yang sudah ada sebelumnya (misalnya diabetes atau penyakit jantung), prolapsus tali pusat dan fetal distress.

Menurut Medforth (2011), seksio sesarea dapat menimbulkan beberapa komplikasi yaitu :

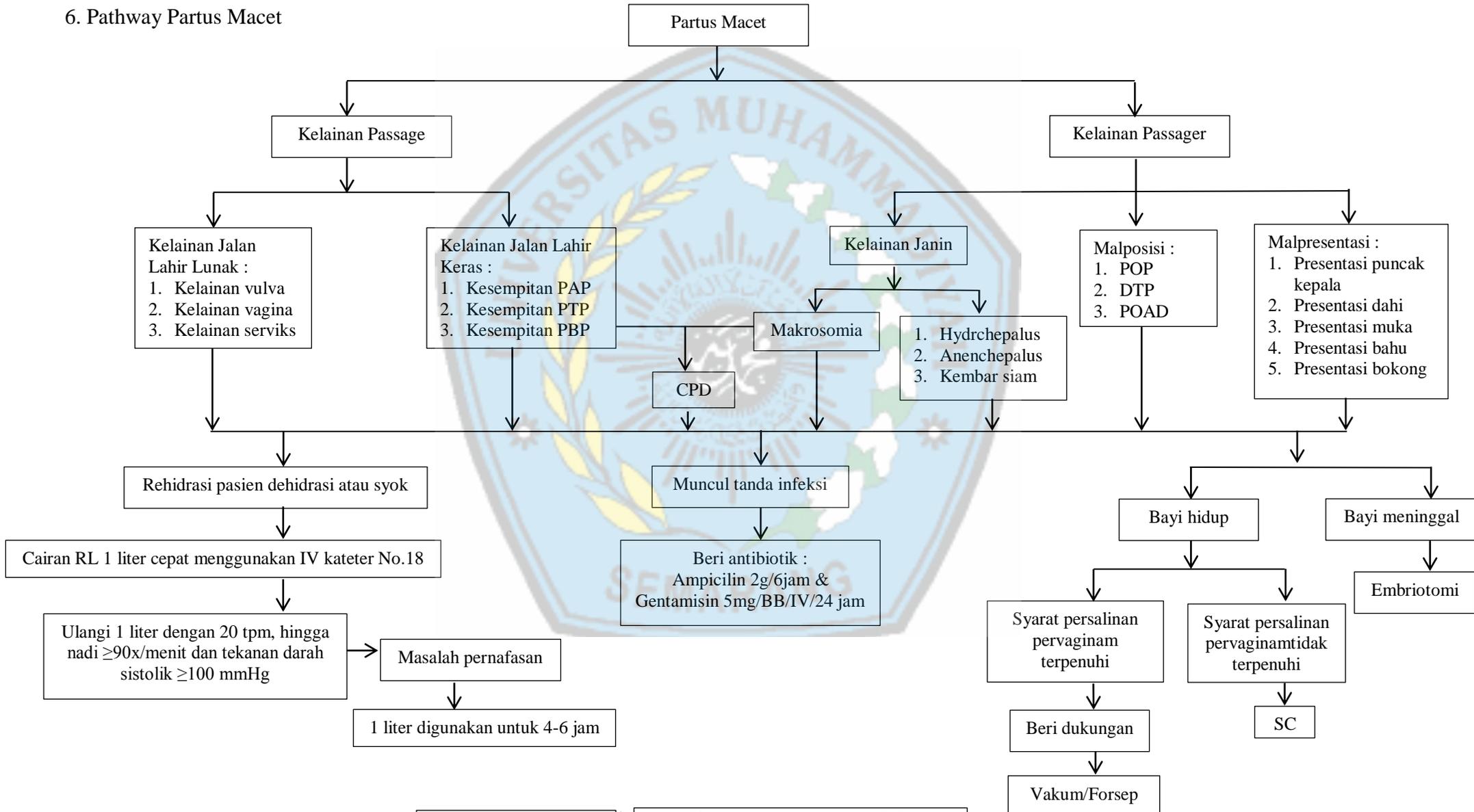
1. Hemoragi dapat menyebabkan syok. Hal tersebut dapat termanifestasi selama pembedaha, segera setelah pelahiran, atau dapat terjadi akibat kehilangan darah lambat yang awalnya tidak terdeteksi karena perdarahan internal atau tetesan pervaginam. Terkadang benda yang tertinggal di dalam rahim dapat menyebabkan perdarahan.
2. Terdapat resiko trombosis vena profunda yang daat menyebabkan embolisme pulmonal
3. Kerusakan atau memar selama pembedahan mungkin terjadi dan dapat mencangkup kandung kemih dan ureter. Infeksi saluran kemih dapat

terjadi atau trauma saluran kemih dapat menyebabkan fistula dan kebocoran urin

4. Trauma pada kolon mungkin terjadi
5. Terjadi resiko infeksi, endometritis, atau rusaknya luka
6. Komplikasi dari anestesi umum dapat terjadi. Efek progesteron pada saluran gastrointestinal memicu keterlambatan pengosongan lambung. Selama pemberian anestesi umum, regurgitasi laten dapat terjadi dan menyebabkan aspirasi ke dalam paru-paru serta dapat menyebabkan pneumonitis kimiawi



6. Pathway Partus Macet



B. Teori Manajemen Kebidanan

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Mufdlilah, dkk, 2012).

2. Langkah-langkah manajemen kebidanan

Penerapan manajemen kebidanan dalam bentuk kegiatan praktik kebidanan dilakukan melalui suatu proses yang disebut langkah-langkah atau proses manajemen kebidanan. Langkah-langkah manajemen kebidanan adalah sebagai berikut (Aticeh, dkk, 2014) :

a. Langkah 1 (pertama) : pengumpulan data

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

Menurut Mufdlilah, dkk (2012), data secara garis besar dibedakan menjadi dua macam yaitu :

1) Data subjektif

Saat mengumpulkan data subjektif bidan harus mengembangkan hubungan antara personal yang efektif dengan pasien, yang lebih diperhatikan adalah hal-hal yang menjadi keluhan utama pasien dan

yang mencemaskan berupa data yang sangat bermakna dalam kaitan dengan masalah pasien.

2) Data objektif

Pada waktu mengumpulkan data objektif bidan harus mengamati ekspresi dan perilaku pasien, perubahan atau kelainan fisik pasien, memperhatikan aspek sosial budaya pasien, menggunakan teknik pemeriksaan yang tepat dan benar, melakukan pemeriksaan yang terarah dan berkaitan dengan keluhan pasien.

b. Langkah II (kedua) : interpretasi data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa, tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering dikaitkan dengan hal-hal yang sedang dialami perempuan yang diidentifikasi oleh bidan sesuai hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa.

c. Langkah III (ketiga) : mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan.

- d. Langkah IV (keempat) : mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah dan kebutuhan yang dihadapi klien. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, secara kolaborasi atau bersifat rujukan. Kaji ulangan apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan.

- e. Langkah V (kelima) : merencanakan asuhan yang komprehensif atau menyeluruh

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa saja yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap perempuan tersebut. Misalnya apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologis, dengan perkataan lain,

asuhan terhadap perempuan tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan setiap aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilakukan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

- f. Langkah VI (keenam) : melaksanakan perencanaan dan penatalaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan yang lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana.

- g. Langkah VII (ketujuh) : evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah, rencana tersebut

dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.

C. Teori Hukum Kewenangan Bidan

Berdasarkan peraturan PERMENKES RI No.1464 tahun 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan BAB III tentang penyelenggaraan praktik, menyebutkan jika :

1. Pasal 9

Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

- a. Pelayanan kesehatan ibu (*kasus yang diobservasi*)
- b. Pelayanan kesehatan anak
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

2. Pasal 10

- a. Ayat 1 : Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara kedua kehamilan
- b. Ayat 2 : Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud meliputi :
 - 1) Pelayanan konseling pada masa pra hamil
 - 2) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
 - 3) Pelayanan persalinan normal
 - 4) Pelayanan ibu nifas normal
 - 5) Pelayanan ibu menyusui

- 6) Pelayanan konseling pada masa antara kedua kehamilan
- c. Ayat 3 : bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 berwenang untuk :
- 1) Episiotomi
 - 2) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
 - 3) Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan perujukan (*kasus yang diobservasi*)
 - 4) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil
 - 5) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
 - 6) Fasilitai/bimbingan inisiasi menyusui dini dan proposi air susu ibu eksklusif
 - 7) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
 - 8) Penyuluhan dan konseling
 - 9) Bimbingan pada kelompok ibu hamil
 - 10) Pemberian surat keterangan kematian
 - 11) Pemberian surat keterangan cuti bersalin

Berdasarkan peraturan diatas, maka dasar penulis mengetahui kewenangan bidan dalam menangani kasus ibu bersalin dengan partus macet yaitu dari PERMENKES RI No.1464 tahun 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan BAB III tentang penyelenggaraan praktik pada pasal Pasal 9 poin a, yaitu Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang

untuk memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu dan Pasal 10 ayat 3 poin 3 yaitu bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 (pelayanan kesehatan ibu) berwenang untuk Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan perujukan.

