

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

- a. Kehamilan adalah suatu proses yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir.
- b. Kehamilan adalah suatu proses yang alamiah dan fisiologis. Setiap wanita memiliki organ reproduksi yang sehat, yang telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat sangat besar kemungkinannya akan mengalami kehamilan.
- c. Kehamilan adalah kehamilan yang terjadi kalau ada pertemuan dan persenyawaan antara sel telur (ovum) dan sel mani (spermatozoa).

2. Diagnosis Kehamilan

- a. Tanda- tanda presumtif (tidak pasti)
 - 1) Amenore (tidak dapat haid) , wanita tidak datang menstruasi 2 bulan berturut-turut
 - 2) Mual dan muntah (nausea and vomiting) , umumnya terjadi pada wanita hamil muda umur 6-8 minggu.
 - 3) Ngidam (ingin makan khusus) ,wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginannya yang demikian disebut ngidam. Keadaan ini biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama.
 - 4) Tidak tahan suatu bau – bauan
 - 5) Pingsan, Terjadinya gangguan sirkulasi kie daerah kepala menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkopatau pingsan.

- 6) Tidak ada selera makan (Anoreksia), hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, kemudian nafsu makan timbul lagi.
 - 7) Lelah (fatigue)
 - 8) Payudara membesar, tegang dan sedikit nyeri, disebabkan pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli payudara.
 - 9) Sering buang air kecil (BAK) karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar, gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan gejala ini akan kembali oleh karena kandung kemih tertekan oleh kepala janin.
 - 10) Konstipasi / Obstipasi oleh karena penurunan peristaltik usus oleh pengaruh hormone steroid.
 - 11) Pigmentasi kulit oleh pengaruh hormone kortikosteroid plasenta dijumpai pada muka, aerola payudara, leher dan dinding perut.
 - 12) Varices, sering dijumpai pada kehamilan triwulan terakhir.
- b. Tanda mungkin hamil
- 1) Uterus membesar
 - 2) Pemeriksaan dalam
 - a) Tanda hegar (melunaknya alat reproduksi)
 - b) Tanda Chadwick (vulva dan vagina kebiruan)
 - c) Tanda Piskacek (pembesaran uterus)
 - d) Kontraksi Braxton Hicks (uterus terasa keras)
 - e) Teraba ballotement (uterus terasa bulat)
 - 3) Pemeriksaan biologis kehamilan positif (HCG+)
- c. Tanda pasti kehamilan (tanda positif) yaitu:
- 1) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin

- 2) Denyut jantung janin
 - a) Didengar dengan stetoskop- monoral Laennec
 - b) Dicatat dan didengar dengan alat Doppler
 - c) Dicatat dengan foto- elektro kardiogram
 - d) Dilihat pada ultrasonografi
- 3) . Terlihat tulang – tulang janin dalam foto- rontgen.

3. Perubahan Fisiologi Yang Terjadi Dalam Kehamilan

a. Uterus

Uterus yang semula beratnya 30 gram akan membesar sehingga menjadi seberat 1000 gram dibawah pengaruh estrogen dan progesteron. Otot rahim mengalami hiperplasia dan hipertropi menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin.

b. Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh hormon estrogen sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan (tanda chadwick).

c. Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung corpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta pada umur kehamilan 16 minggu.Korpus luteum ini mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron yang fungsinya akan diambil alih oleh plasenta.

d. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan untuk persiapan laktasi.Perkembangannya dipengaruhi oleh hormon estrogen, progesteron dan somatomammotropin.Estrogen menyebabkan hipertrofi sistem saluran payudara.Progesteron mempersiapkan dan menambah jumlah sel asinus.Sedangkan somatomam-otropin berfungsi mempengaruhi sel asinus

untuk membuat kasein, laktalbumin dan laktoglobulin serta merangsang pengeluaran kolostrum.

e. Sirkulasi darah

1. Volume Darah

Volume darah total dan volume plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak kira-kira 25% dan pucaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti curah jantung (cardiac output) yang meningkat sebanyak + 30%

2. Protein darah

Protein darah dalam serum berubah. Jumlah protein, albumin dan gamaglobulin menurun dalam triwulan pertama dan akan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan. Beta globulin dan fibrinogen terus meningkat.

3. Hemoglobin

Hemoglobin cenderung menurun oleh karena kenaikan relatif volume plasma darah. Jumlah eritrosit cenderung meningkat untuk kebutuhan transport oksigen (O₂) yang sangat diperlukan selama kehamilan. Leukosit meningkat sampai 10.000 /ml

4. Nadi dan tekanan darah

Tekanan darah arteri cenderung menurun terutama selama trimester II dan kemudian akan naik lagi seperti pada keadaan pra-hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstermitas atas dan bawah, cenderung naik setelah akhir trimester pertama. Nadi biasanya naik, nilai rata-ratanya 84 kali permenit.

5. Jantung

Pompa jantung mulai naik kira-kira 30% setelah kehamilan 3 bulan dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan (Mochtar R, 1998).

f. Sistem respirasi

Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂, disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu ke atas sehingga tidak jarang menimbulkan rasa sesak.

g. Sistem pencernaan

Karena pengaruh estrogen, pengeluaran asam lambung meningkat sehingga menyebabkan hipersalivasi, morning sickness, muntah dan lambung terasa panas. Hormon progesteron menyebabkan gerakan usus makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi.

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terhadap perasaan enek (mual), akibat kadar hormon estrogen yang meningkat. Tonus-tonus traktus digestivus menurun, sehingga motilitas seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada di dalam lambung dan apa yang telah dicernakan lebih lama berada dalam usus-usus. Gejala muntah (emesis), biasanya terjadi pada pagi hari yang biasa dikenal dengan morning sickness (Wiknjosastro H, 2002).

h. Sistem perkemihan

Pada bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang membesar sehingga timbul sering kencing. Keadaan ini hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan bila kepala janin mulai turun ke bawah pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali.

i. Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan

karena pengaruh Melanophore Stimulating Hormone (MSH) yang meningkat. Hiperpigmentasi bisa terjadi pada striae gravidarum, areola mammae linea nigra, dan pipi (cloasma gravidarum).

j. Metabolisme dalam kehamilan

Kehamilan mempunyai efek pada metabolisme, oleh karena itu wanita hamil perlu mendapat makanan yang bergizi dan dalam kondisi sehat.

- 1) . Metabolisme basal naik sebesar 15%-20% dari semula, terutama pada trimester ketiga.
- 2) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 MEq /l menjadi 145 Meq /l disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan oleh janin.
- 3) Kebutuhan protein wanita hamil makin meningkat untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan dan juga untuk persiapan laktasi.
- 4) Kebutuhan kalori di dapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
- 5) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil :
 - a) Kalsium : 1,5 gr /hr, 30-40 gr untuk pertumbuhan tulang janin.
 - b) Fosfor rata-rata 2 gr sehari.
 - c) Zat besi 800 mg atau 30-50 mg sehari.
 - d) Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak.
- 6) Berat badan ibu hamil akan bertambah dari 6,5-16,5 kg selama hamil ($\frac{1}{2}$ kg /minggu). Pertumbuhan berat badan ini dapat dirinci sebagai berikut : janin 3-3,5 kg, plasenta 0,5 kg, air ketuban 1 kg, rahim 1 kg, lemak 1,5 kg, protein 2 kg dan rekresi air garam 1,5 kg

4. Perubahan psikologi wanita hamil

Beberapa perubahan psikologi pada wanita hamil yang sering terjadi selama masa kehamilan :

a. Perubahan pada trimester pertama.

Ketika wanita pertama kali mengetahui dirinya mungkin hamil ia merasa syok dan menyangkal walaupun kehamilan tersebut direncanakan. Periode awal ketidaknyamanan adalah hal umum yang terjadi dan sebagian besar wanita mengalami kegembiraan tertentu karena mereka berencana membentuk hidup baru. Setiap wanita membayangkan tentang kehamilan dalam pikiran-pikirannya sendiri, selain itu pengalaman hidup dan kebudayaan akan mempengaruhi kondisi psikologinya.

b. Perubahan pada trimester kedua

Trimester kedua biasanya lebih menyenangkan. Tubuh wanita telah terbiasa dengan tingkat hormon yang tinggi. Ibu dapat menerima kehamilannya dan menggunakan pikiran serta energinya lebih konstruktif. Janin masih tetap kecil dan belum menyebabkan ketidaknyamanan. Pada trimester ini ibu merasakan gerakan janinnya pertama kali, pengalaman tersebut menandakan pertumbuhan serta kehadiran makhluk baru dan hal ini sering menyebabkan calon ibu memiliki dorongan psikologi yang besar.

c. Perubahan pada trimester ketiga.

Trimester ketiga ditandai dengan klimaks kegembiraan emosi karena kelahiran bayi. Sekitar bulan ke-8 mungkin terdapat periode tidak semangat dan depresi, ketika janin membesar dan ketidaknyamanan bertambah. Sekitar dua minggu sebelum melahirkan sebagian wanita hamil mulai mengalami perasaan senang. Reaksi calon ibu terhadap persalinan ini secara umum tergantung pada persiapan dan persepsinya. Terhadap kejadian ini, diharapkan suami dapat memberi rasa aman dan mendukung istri dalam melakukan berbagai kegiatan. Dengan cara ini akan muncul

rasa percaya diri sehingga sang istri akan memiliki mental yang kuat untuk menghadapi persalinannya. Selain suami, dukungan keluarga juga sangat berarti.

B. Tinjauan tentang letak lintang

1. Definisi letak lintang ialah jika letak anak di dalam rahim sedemikian rupa hingga paksi tubuh anak melintang terhadap paksi rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh anak tegak lurus pada paksi rahim dan menjadikan sudut 90) jarang sekali terjadi. (Eni Nur Rahmawati, 2011) Pada letak Lintang, bahu biasanya berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala terletak pada salah satu fosa iliaka dan bokong pada fosa iliaka yang lain. Pada keadaan ini, janin biasa berada pada presentase bahu/ akromion. (Icesmi Sukarni, 2013) Karena biasanya yang paling rendah adalah bahu, maka dalam hal ini disebut juga shoulder presentation

a. Menurut Letak Lintang kepala terbagi atas

- a) Lli I : kepala di kiri
- b) Lli II : Kepala di kanan

b. Menurut posisi punggung terbagi atas :

- a) Dorso anterior (di depan)
- b) Dorso posterior (di belakang)
- c) Dorso superior (di atas)
- d) Dorso Inferior (di bawah). (Amru sofian, 2013)

2. Etiologi letak Lintang

Penyebab letak Lintang adalah :

- a. Dinding abdomen teregang secara berlebihan disebabkan oleh kehamilan multiparitas. Pada ibu hamil dengan paritas 4 atau lebih terjadi insiden hampir sepuluh kali lipat dibanding ibu hamil nullipara. Relaksasi dinding abdomen pada perut yang menggantung akibat multipara dapat menyebabkan uterus beralih kedepan.

- b. Janin prematur. Pada janin prematur letak janin belum menetap, perputaran janin sehingga menyebabkan letak memanjang.
- c. Plasenta previa atau tumor pada jalan lahir. Dengan adanya plasenta atau tumor di jalan lahir, maka sumbu panjang janin menjauhi sumbu jalan lahir.
- d. Abnormalitas uterus. Bentuk dari uterus yang tidak normal menyebabkan janin tidak dapat engagement sehingga sumbu panjang janin menjauhi sumbu jalan lahir.
- e. Panggul sempit. Bentuk panggul yang sempit mengakibatkan bagian presentasi tidak dapat masuk ke dalam panggul (engagement) sehingga dapat mengakibatkan sumbu panjang janin menjauhi sumbu jalan lahir. (Sumarah, 2008)

3. Diagnosis letak Lintang

- a. Pemeriksaan abdominal
 - 1) Terlihat abdomen tidak simetris
 - 2) Sumbu memanjang janin melintang terhadap perut ibu
 - 3) Fundus uteri lebih rendah dari yang diharapkan sesuai dengan umur kehamilan. Dikatakan uterus jongkok. Batas atasnya dekat pusat dan lebih lebar dari biasa.
 - 4) Di kutub atas dan bawah uterus tidak teraba kepala maupun bokong
 - 5) Kepala dapat di raba di salah satu sisi ibu
 - 6) Bokong teraba di sisi lain.

b. Denyut jantung janin

Denyut jantung janin terdengar paling jelas dibawah pusat dan mempunyai arti diagnostik dalam penentuan letak.

c. Pemeriksaan vagina

Yang paling penting adalah hasil negatif, tidak teraba kepala maupun bokong. Bagian terendah janin tinggi diatas PAP. Kadang-kadang dapat di raba bahu, tangan, iga, atau punggung

anak. Oleh karena bagian terendah tidak dengan baik menutup panggul, mungkin ketuban menonjol ke dalam vagina.

d. Pemeriksaan sinar – X

Pemeriksaan sinar – X berguna untuk memastikan diagnosis dan untuk mengetahui adanya kelainan janin atau panggul ibu. (Harry oxorn, 2010)

4. Mekanisme persalinan

Pelahiran spontan dari neonatus yang sepenuhnya telah berkembang tidak mungkin terjadi dengan posisi melintang yang persisten. Setelah membran ruptur, jika persalinan berlanjut, bahu janin di dorong ke dalam panggul, dan lengan yang berhubungan sering kali menonjol. Setelah beberapa penurunan, bahu tertahan oleh tepi pintu atas panggul, dengan kepala pada salah satu fossa iliaca dan bokong pada fossa lainnya. Seiring berlanjutnya persalinan, bahu tertahan dengan kuat di bagian atas panggul. Kemudian uterus berkontraksi dengan kuat pada usaha yang tidak berhasil untuk mengatasi halangan. (Gary cunningham, 2013)

• Jika janin kecil biasanya kurang dari 800 gram dan panggul luas, kelahiran spontan mungkin terjadi walaupun dengan posisi yang abnormal. Janin tertekan oleh kepala yang mendorong abdomennya. Bagian dinding toraks di bawah bahu akan menjadi bagian yang paling menggantung, terlihat pada vulva. Kepala dan toraks kemudian melewati rongga panggul pada waktu yang sama. Janin, yang seperti terlipat dan karena itu terkadang disebut *conduplicato corpore*, keluar. (Gary cunningham, 2013)

5. Komplikasi letak lintang

Oleh karena bagian terendah tidak menutup PAP, ketuban cenderung pecah dini dan dapat disertai menumbungnya tangan janin atau tali pusat, kematian janin, dan rupture uteri. (Icesmi sukarni, 2013)

6. Prognosis

Prognosis tergantung pada penanganannya. Bila diagnosis dibuat awal dan dilakukan penanganan yang memadai maka hasilnya akan baik. Letak Lintang yang kasep mengakibatkan kematian semua bayi dan banyak diantaranya ibunya yang juga meninggal. (Harry Oxorn, 2010)

Letak Lintang merupakan letak yang tidak mungkin lahir spontan dan berbahaya untuk ibu maupun anak. Walaupun bisa lahir spontan anaknya akan lahir mati. Dalam keadaan tertentu, bila umur kehamilan <30 minggu dan atau berat anak <1400 gram boleh di coba persalinan per vaginam. (Sulaiman Sastrawinata, 2005)

Resiko kematian maternal dan Neonatal meningkat pada presentasi bahu. Kebanyakan kematian maternal disebabkan oleh ruptur uteri spontan atau ruptur uteri termasuk akibat versi dan ekstraksi. (Sumarah, 2008)

Penyebab kematian bayi ialah prolapsus funikuli dan asfiksia karena kontraksi rahim terlalu kuat. Juga tekukan leher yang terlalu kuat dapat menyebabkan kematian. Prognosis bayi sangat bergantung pada saat pecahnya ketuban. Selama ketuban masih utuh, bahaya bagi anak dan ibu relatif kecil. Oleh karena itu, kita harus berusaha supaya ketuban selama mungkin utuh, misalnya :

- a. Melarang pasien mengejan
- b. Pasien dengan anak yang melintang tidak dibenarkan berjalan-jalan
- c. Tidak diberi obat augmentasi his
- d. Pemeriksaan dalam dilakukan harus hati-hati jangan sampai memecahkan ketuban bahkan di luar rumah sakit sedapat-dapatnya jangan di lakukan pemeriksaan dalam. (Sulaiman Sastrawinata, 2008)

7. Penatalaksanaan Letak Lintang

Jika letak janin tetap lintang saat ibu memasuki persalinan, kelahiran pervagina mustahil dilakukan. Ini merupakan situasi ketika ibu harus benar – benar diingatkan bahwa tindakan sectio caesarea harus dilakukan, sebab jika tidak, baik ibu maupun janin beresiko tinggi mengalami morbiditas dan mortalitas. Satu- satunya pengecualian untuk kasus ini adalah untuk janin yang berukuran kecil atau prematur, yang memungkinkan janin dilahirkan pervaginam tanpa memperhatikan letak maupun presentasi janin. (Debbie Holmes, 2011)

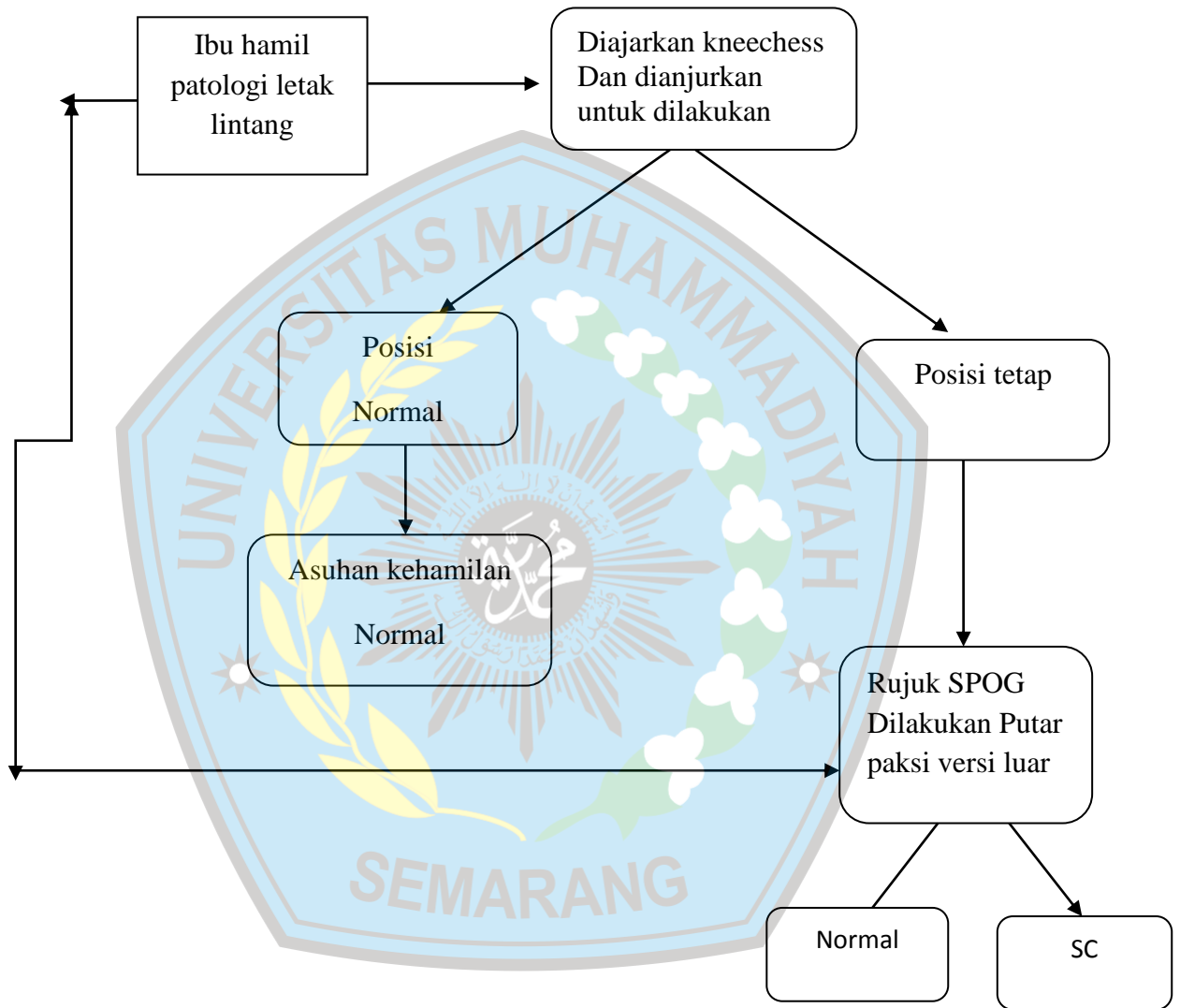
Persalinan aktif pada perempuan dengan janin posisi melintang biasanya merupakan indikasi untuk kelahiran caesar. Sebelum persalinan atau pada awal persalinan, dengan membran yang intak, usaha versi eksternal bermanfaat jika tidak ada komplikasi lain. Jika kepala janin dapat dimanuver melalui manipulasi abdomen ke dalam pelvis, kepala harus tetap berada di sana selama beberapa kontraksi selanjutnya dalam usaha untuk memperbaiki kepala dalam panggul. (Gary Cunningham, 2013)

Dengan kelahiran caesar, karena baik kaki maupun kepala janin tidak berada pada segmen bawah uterus, insisi melintang rendah ke dalam janin tidak berada pada segmen bawah uterus, insisi melintang rendah ke dalam uterus dapat menyebabkan ekstraksi janin yang sulit. Hal ini sangat benar pada presentasi dorsoanterior. Dengan demikian, biasanya insisi vertikal di indikasikan. (Gary Cunningham, 2013)

- Seksio saesaria dilakukan pada keadaan-keadaan sebagai berikut
- a. Bila ada keadaan yang tidak memungkinkan persalinan pervaginam dengan selamat
 - b. Pada semua primigravida
 - c. Pada multipara dengan riwayat obstetri jelek seperti persalinan yang sukar, trauma pada bayi, atau lahir mati
 - d. Pada multipara dengan cervix yang tebal dan masih tertutup

e. Pada pasien dengan riwayat sterilisasi. (Harry Oxorn, 2010)

DIAGRAM PATWAY



Sumber :askdokter.wordpress.com

Proses Manajemen Kebidanan

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Menurut Helen verney, Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, keterampilan dalam rangkaian / tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

2. Proses Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan menurut varney, adalah :

a. Tahap pengumpulan data

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

b. Interpretasi data

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

c. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis / masalah yang sudah diidentifikasi ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan

pengecehan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap mencegah diagnosis/masalah potensial bila terjadi. Dalam langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman

Pada langkah ketiga ini, bidan dituntut mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Oleh karena itu, langkah ini merupakan langkah yang bersifat antisipatif rasional/logis. Bidan harus mengkaji ulang apakah diagnosis atau masalah potensial yang diidentifikasi sudah tepat.

d. Menetapkan konsultasi dan kolaborasi

Bidan mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter segera melakukan konsultasi atau melakukan penanganan bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi selama hamil bersama bidan secara terus menerus, pada waktu wanita tersebut dalam masa persalinan.

e. Menyusun rencana asuhan menyeluruh

Ini direncanakan asuhan yang menyeluruh dan ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penataksanaan terhadap masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi / perkiraan yang mungkin terhadap wanita tersebut, apakah dibutuhkan penyuluhan / konseling, dan apakah perlu

merujuk klien bila ada masalah yang berkaitan dengan social-ekonomi –kultural atau masalah psikologis.

f. Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Ini Merencana asuhan menyeluruh yang telah diuraikan pada langkah 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lain. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Misal, memastikan langkah pelaksanaan tepat).

Dalam situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menagani klien yang mengalami komplikasi , bidan tetap bertanggungjawab dalam penatalaksanaan asuhan klien sesuai rencana asuhan bersama yang menyeluruh. Penataksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

g. Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, meliputi apakah penemuan kebutuhan telah terpenuhi sesuai diagnosis dan masalah. Rencana dianggap efektif jika memang benar efektif pelaksanaannya.

Ada kemungkinan sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Proses penataksanaan asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan sehingga perlu mengulang kembali setiap asuhan yang tidak efektif serta melakukan penyesuaian rencana

proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penataksanaan tersebut berlangsung dalam situasi klinis dan langkah terakhir

bergantung pada klien dan situasi klinis, tidak mungkin proses penataksanaan ini dievaluasi dalam bentuk tulisan saja. (konsep kebidanan: sejarah dan profesionalisme, penerbit buku kedokteran (EGC) tahun 2008).

3. Pendokumentasian asuhan kebidanan.

Metode ini dipakai untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekam medis pasien sebagai catatan kemajuan.

a. Data subjektif (DS)

Adalah apa yang dikatakan oleh klien

b. Data objektif (Do)

Adalah apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan sewaktu melakukan pemeriksaan atau hasil laboratorium.

c. Analisa (A)

Adalah kesimpulan apa yang dibuat dari data-data subjektif/objektif.

d. Planning/perencanaan (P)

Adalah apa yang dilakukan berdasarkan hasil pengevaluasian tersebut.(konsep kebidanan manajemen dan standar pelayanan oleh : hj.salmiati, SST, juraida roito H.,SKM, Fathunikmah,.S.pd dan yanti ,SST)

B.TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN

Dalam penyusunan studi kasus ini penulis menggunakan pola fikir manajemen varney.

1. Pengertian

a. Manajemen kebidanan

Adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi (Ambarwati, 2010).

b. Asuhan kebidanan

Adalah suatu penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggungjawab dalam memberikan pelayanan kebidanan pada pasien yang mempunyai kebutuhan atau masalah dalam bidang kesehatan, ibu pada masa hamil, nifas, dan bayi baru lahir serta keluarga berencana (Ambarwati, 2010).

c. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney

Menurut Varney, manajemen kebidanan terdiri dari 7 langkah yang terdiri dari pengkajian, interpretasi data, diagnosa atau masalah potensial, antisipasi, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1) Langkah pertama

a) Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah pengumpulan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien (Ambarwati, 2010).

(a) Data subyektif

Dalam pengkajian hal-hal yang perlu dikaji pada biodata adalah:

a) Identitas

(1) Nama

Dimaksudkan untuk lebih mengenal pasien dan membedakan jika ada kesamaan nama pasien yang lain (Ambarwati, 2010).

(2) Umur

Dikaji untuk mendeteksi apakah ada resiko yang berhubungan dengan umur (Ambarwati, 2010).

(3) Agama

Untuk mengetahui agama yang dianut pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010).

(4) Suku/ bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Ambarwati, 2010).

(5) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan penderita dan penangkapan daya fikir, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2010).

(6) Pekerjaan

Yang ditanyakan pekerjaan suami dan ibu itu sendiri. Menanyakan pekerjaan untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi agar nasehat kita sesuai tingkat pekerjaan ini juga mempengaruhi dalam gizi dalam pasien tersebut (Ambarwati, 2010).

(7) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana dan juga bila kemungkinan ada nama ibu yang sama. Dan alamat ini juga diperhatikan bila mengadakan kunjungan rumah (Ambarwati, 2010).

(8) Alasan datang

Ditanyakan untuk mengetahui masalah atau keluhan yang menyebabkan ibu datang ke tenaga kesehatan (Ambarwati, 2010).

(9) Keluhan pasien

Ditanyakan untuk mengetahui masalah atau keluhan-keluhan yang berhubungan dengan kasus yang dialami pasien (Ambarwati, 2010).

Riwayat penyakit atau kesehatan pasien

(a) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui apakah ibu sekarang sedang menderita penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilannya, dan penyakit yang sedang diderita ibu pada saat ini (Ambarwati, 2010).

(b) Riwayat kesehatan yang lalu

Untuk mengetahui penyakit yang pernah diderita oleh penderita dahulu dengan masalah yang dihadapi sekarang (Ambarwati, 2010).

(c) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui apakah dari keluarga penderita ada yang pernah menderita penyakit menular yang kronis, penyakit keturunan yang dapat mempengaruhi kehamilan (Ambarwati, 2010).

(10) Riwayat obstetri

(1) Riwayat haid

Ditanyakan untuk mengetahui pada umur berapa ibu mengalami menstruasi, siklus, lama, volume, teratur atau tidak, warna bau, disminorea atau tidak serta untuk mengetahui haid pertama haid terakhir sehingga bisa diperkirakan kehamilannya (Ambarwati, 2010).

(2) Riwayat kehamilan, dan persalinan, nifas yang lalu.

Untuk mengetahui riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu apakah ada

komplikasi, serta penyulit yang menyertai (Ambarwati, 2010).

(3) Riwayat kehamilan sekarang

Berisi tentang keluhan atau keadaan yang dialami ibu sekarang (Ambarwati, 2010)

Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah beberapa kali ibu menikah, status pernikahan, umur saat menikah termasuk pernikahan dibawah umur atau tidak (Ambarwati, 2010).

(a) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa (Ambarwati, 2010).

(b) Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

Mengambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan (Ambarwati, 2010).

(2) Eliminasi

Mengambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar, meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, dan bau, serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah (Ambarwati, 2010).

(3)) Aktifitas

Mengambarkan pola aktifitas atau kegiatan yang dilakukan oleh ibu sehari-hari apakah mengganggu kehamilan atau tidak (Ambarwati, 2010).

(4)) Istirahat

Mengambarkan pola istirahat ibu sehari-hari, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang (Ambarwati, 2010).

(5)) Personal hygiene

Untuk mengetahui tingkat kebersihan ibu selalu menjaga kebersihan tubuh (Ambarwati, 2010).

b) Data obyektif

Adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik secara langsung pemeriksaan yang dilakukan yaitu dari ujung kaki sampai ujung rambut.

a) Pemeriksaan umum

(1) Keadaan umum

Untuk mengetahui bagaimana kesehatan umum ibu (Ambarwati, 2010).

(2) Tekanan darah

Tekanan sistol yang rata-rata 100-140 mmHg, diastole 70-90 mmHg (Ambarwati, 2010).

(3) Suhu

Normal 36,5°C-37,5 °C (Anggraini, 2008).

(4) Pernafasan

Pernafasan harus berada dalam keadaan normal yaitu sekitar 20-30 x/menit (Ambarwati, 2010)

(5) Nadi

Untuk mengetahui tekanan nadi pasien, apakah nadi itu teratur atau tidak, karena ada hubungannya dengan proses persalinan untuk mengantisipasi adanya persalinan, tekanan nadi normal 80-100 x/ menit (Ambarwati, 2010).

b) Status present

(1) Muka

Apakah kelihatan pucat, terdapat cloasma gravidarum atau ada pembengkakan atau *cyanosis* (Varney, 2006).

(2) Mata

Apakah sklera putih atau kuning, konjungtiva pucat atau mearah muda, apakah palpebra odem atau tidak (Varney, 2006).

(3) Hidung

Untuk mengetahui apakah ada sumbatan pada hidung atau tidak, ada pembesaran polip atau tidak (Varney, 2006).

(4) Telinga

Pembesaran atau nyeri tekan pada mastoid atau tidak, ketajaman pendengaran, letak telinga dan kepala (Varney, 2006).

(5) Mulut dan gimul

Simetris, bibir tidak kering, tidak terdapat stomatitis, gigi bersih tidak ada caries, tidak ada gigi palsu (Varney, 2006).

(6) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran atau nyeri tekan pada kelenjar betah bening (Varney, 2006).

(7) Dada

Untuk mengetahui pernafasan teratur atau tidak, adakah kelainan pada payudara dan ada nyeri atau tidak (Varney, 2006).

(8) Abdomen

Untuk mengetahui perut, mengalami pembesaran sesuai umur kehamilan, ada linea nigra atau tidak, ada striae gravidarum atau tidak (Varney, 2006).

(9) Punggung

Untuk mengetahui bentuk punggung lordosis, kifosis, atau skoliosis (Varney, 2006).

(10) Genetalia

Apakah vulva kelihatan bengkak, ada varices atau tidak dan bagian kebersihan vulva (Varney, 2006).

Adanya perdarahan pervaginam (Prawirohardjo, 2008).

(11) Ekstremitas

Untuk mengetahui apakah ekstremitas simetris, gerak aktif atau tidak, dan apakah ada odem dan varices (Varney, 2006).

c) Status obstetri

a) Inspeksi

(1) Mata

Apakah kelihatan pucat, apakah ada cloasma gravidarum, apakah oedem atau tidak (Varney, 2006).

(2) Mammae

Untuk mengetahui apakah ada hiperpygmentasi pada areola dan nipple, ada nyeri tekan atau tidak, kolostrum sudah keluar apa belum (Varney, 2006).

(3) Abdomen

Untuk mengetahui apakah ada linia nigra, adakah striae gravidarum, adakah bekas jahitan operasi atau tidak (Varney, 2006).

b) Palpasi

(1) Mammae

Untuk mengetahui adanya benjolan atau tidak, apakah sudah keluar kolostrum atau belum (Varney, 200).

(2) Abdoment

Pembesaran abdomen apakah sesuai dengan umur kehamilan, apakah ada luka bekas operasi atau tidak (Varney, 2006).

Leopold I :

Menentukan tinggi fundus uteri, dan bagian janin yang berada di fundus. TFU 3 jari atas pusat , fundus uteri kosong

Leopold II :

Menentukan letak punggung janin, pada letak lintang menentukan dimana letak kepala janin. Sebelah kiri kesan keras, bundar dan melenting(kepala), sebelah kanan kesan lunak, kurang bundar dan kurang melenting (bokong)

Leopold III :

Tidak dilakukan

Leopold IV :

Tidak dilakukan

c) Auskultasi

Digunakan stetoskop untuk mendengar denyut jantung janin (DJJ) yaitu pada bulan 4-5 untuk mengetahui teratur atau tidak denyut jantung janin (Varney, 2004).

d) Perkusi

Untuk mengetahui reflek patela kanan dan kiri normal atau tidak (Prawirohardjo, 2008).

e).Pemeriksaan penunjang

Untuk mengetahui janin hidup atau janin mati (Varney, 2006). Menurut Nugroho (2012) pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah:

- (1)) Tes kehamilan : positif bila janin dan negative bila janin sudah mati, bahkan 2-3 minggu setelah abortus.
- (2)) Pemeriksaan Doppler atau USG untuk mendeteksi GS dan keadaan janin masih hidup.
- (3)) Hemoglobine
- (4)) Urin reduksi dan urin protein

- 2) Langkah II Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa atau masalah,

Memprioritaskan masalah dengan mengumpulkan data pada langkah pengkajian mengacu pada: anamesa dan pemeriksaan palpasi. Diagnosa kebidanan : Ny "X" umur 22 th G1P0a0 Hamil 28 mgg, janin intra uterin hidup, bagian bawah teraba tahanan membujur .

Dasar :

1. Pernyataan ibu tentang namanya
2. Pernyataan ibu mengenai ini kehamilan yang ke berapa, pernah melahirkan berapa kali dan pernah abortus atau tidak.
3. Pernyataan ibu tentang usianya
4. Pernyataan ibu tentang hari usia kehamilannya
5. Hasil pemeriksaan penunjang
6. Hasil palpasi Leopold I-IV

Masalah :

- Berdasarkan pada pernyataan ibu tentang apa yang dikhawatirkan.

Misalnya : Ibu merasa takut tentang keadaannya saat ini

- 3).Langkah III Identifikasi diagnosa/masalah potensial yang memerlukan penanganan segera .

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan masalah atau diagnosa saat ini. Hal ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan, dan mewaspadaai munculnya semua masalah serta mempersiapkan tindakan penanganan sesuai dengan kebutuhan klien. Diagnosa/masalah potensial yang mungkin muncul pada kasus letak lintang . Hal ini dapat dicegah dengan cara melakukan pengawasan pada saat ANC .

- 4).Langkah IV Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien

Melakukan identifikasi situasi kegawatdaruratan yang membutuhkan tindakan segera untuk mengatasi letak lintang. Bila dalam langkah III terjadi kegawatdaruratan, maka bidan harus dapat melakukan tindakan antisipasi sesuai dengan kewenangan yang ada. Bila tindakan yang akan dilakukan bukan merupakan kewenangan bidan, maka diperlukan kolaborasi dengan dokter dan atau tenaga kesehatan yang lain.

- 5). Langkah V Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini asuhan yang ditentukan oleh langkah – langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan lanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau di antisipasi . Pada langkah ini informasi data yng tidak lengkap bisa dilengkapi (Ambarwati, 2009)

- 6).Langkah VI , Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman

Pada langkah ini asuhan menyeluruh dilaksanakan secara aman.Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau anggota tim kesehatan lainnya (Ambarwati, 2009)

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan secara efisien dan aman .

- 7).Langkah VII : Mengevaluasi

Pada langkah ini dilakukandari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan, apakah benar- benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa (Ambarwati, 2009)

C. Landasan hukum dan kewenangan bidan

1. Permentan Republik Indonesia Nomor 28/MENKES/PER/X/2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan BAB III ,

- a. Pasal 9 :

Bidan dalam menjalankan praktek, berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi :

- 1) Pelayanan kesehatan ibu
- 2) Pelayanan kesehatan anak
- 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

- b. Pasal 10 ayat (1):

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksudkan dalam pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa diantara dua kehamilan

3. Standar Pelayanan Kebidanan

- 1) Standar pelayanan ke -5 : palpasi Abdominal

- a) Tujuannya :

Memperkirakan usia kehamilan , pemantauan pertumbuhan janin, penentuan letak, posisi dan bagian bawah

- b) Pernyataan Standar

Bidan melakukan pemeriksaan abdomen dengan seksama dan melakukan partipasi untuk memperkirakan usia kehamilan . Bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah,masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu

- c) Hasilnya

Perkiraan usia kehamilan yang lebih baik

Diagnosis dini kehamilan letak,dan merujuknya sesuai kebutuhan

1.persyaratan :

- a. Bidan telah di didik tentang prosedur palpasi abdominal yang benar
- b. Alat ,Misalnya meteran kain ,stetoskop janin ,tersedia dalam kondisi baik
- c. Tersedia tempat pemerksaan yang tertutup dan diterima masyarakat
- d. Menggunakan KMS ibu hamil/Buku KIA,Kartu ibu untuk pencatatan
- e. Adanya system rujukan yang berlaku bagi ibu hamil yang memerlukan rujukan
- f. Bidan harus melaksanakan palpasi abdominal pada setiap kunjungan antenatal

