

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Medis

1. Persalinan

a. Pengertian Persalinan Fisiologi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau uri) yang telah cukup bulan (37-42 minggu) atau hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (prawirohardjo, 2009).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks. Masa kehamilan di mulai dari konsepsi dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan 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 pada ibu maupun pada janin (Adriani, 2013).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (Damayanti, Ika Putri, Dkk: 2014).

b. Pengertian Persalinan Patologi

Partus abnormal adalah bayi lahir melalui vagina dengan bantuan tindakan atau alat seperti versi/ekstraksi, cunam, vacuum,

dekapitasi, embriotomi dan sebagainya, atau lahir perabdominam dengan section caesaria (Damayanti, Ika Putri, Dkk: 2014).

c. Bentuk Persalinan

Menurut Damayanti, Ika Putri, dan dkk (2014:4), berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut:

1) Persalinan spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

2) Persalinan buatan

Persalinan yang dibantu oleh tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps/ vakum atau dilakukan operasi SC.

3) Persalinan anjura

Pada umumnya persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan.

d. Tanda-tanda Persalinan

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2010), menyatakan tanda-tanda persalinan adalah sebagai berikut:

1) Terjadinya his persalinan

2) Pengeluaran lender darah (pembawa tanda)

3) Pengeluaran cairan (cairan ketuban)

e. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Ada empat faktor yang mempengaruhi proses persalinan dan kelahiran. Faktor-faktor tersebut adalah (1) *passage* (jalan lahir) lintasan yang harus dijalani janin, meliputi rongga pelvis ibu dan jaringan lunak (2) *passenger* (janin atau bayi) mengacu kepada janin dan kemampuannya bergerak turun melewati jalan lahir (*passage*) (3) *power* (kekuatan kontraksi rahim) kekuatan kontraksi akan menghasilkan penipisan dan dilatasi serviks yang lengkap, kontraksi otot abdomen seperti saat pasien mengejan untuk mendorong bayi bergerak kebawah menjadi sumber kekuatan sekunder (4) *psyche* (kondisi psikologis) mengacu kepada perasaan kejiwaan pasien dalam menghadapi persalinannya, perasaan itu dapat meliputi perasaan khawatir dan takut, tegang dan takjub (Lockhart dan Lyndon, 2014).

Menurut Yanti (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah *power* (kekuatan his dan mengejan), *passage* (jalan lahir), *passenger* (janin).

f. Tahapan-tahapan Persalinan

Menurut Lockhart dan Lyndon (2014:49), dalam proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu:

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala satu diukur dari awal persalinan yang asli hingga dilatasi serviks yang lengkap. Durasi kala satu biasanya

berkisar dari 6 hingga 18 jam pada primipara dan dari 2 hingga 10 jam pada multipara. Kala satu dibagi menjadi tiga fase yaitu:

a) Fase Laten

Fase laten terjadi dilatasi serviks sebesar 0 hingga 3 cm dan kontraksi uterus dalam fase ini tidak teratur, pendek-pendek serta hanya berlangsung selama 20 hingga 40 detik. Fase laten berlangsung sekitar 6 jam pada primipara dan $4\frac{1}{2}$ jam pada multipara.

b) Fase Aktif

Fase aktif terjadi dilatasi serviks sebesar 4 hingga 7 cm. kontraksi uterus dalam fase ini terjadi dengan interval waktu 5 hingga 8 menit dan lamanya kontraksi 45 hingga 60 detik dengan intensitas yang sedang hingga kuat. Fase aktif berlangsung sekitar 3 jam pada primipara dan 2 jam pada multipara.

c) Fase Transisi

Fase transisi terjadi dilatasi serviks sebesar 8 hingga 10 cm. kontraksi uterus dalam fase ini terjadi dengan interval waktu 1 hingga 2 menit dan lamanya kontraksi 60 hingga 90 detik. Pada akhir fase transisi pasien merasa adanya dorongan untuk mengejan

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala dua berlangsung dari dilatasi maksimal hingga kelahiran bayi. Lamanya kala dua biasanya berkisar dari 2 hingga 60 menit. Janin akan bergerak disepanjang jalan lahir melalui mekanisme persalinan.

Menurut Lockhart dan Lyndon (2014:52), ada tujuh gerakan janin pada persalinan, yaitu:

- a) *Engagement* : *presenting part* janin berada setinggi spina iskiadika ibu.
- b) *Desensus* : gerakan janin kebawah
- c) *Fleksi* : gerakan kepala janin yang menunduk ke depan sehingga dagunya merapat pada dada.
- d) *Rotasi interna* : gerakan rotasi kepala yang memudahkan pelintasan kepala melewati spina iskiadika.
- e) *Ekstensi* : oksiput dilahirkan lewat gerakan ekstensi, kepala janin akan mendongkrak dan bagian kepala, muka serta dagu dilahirkan.
- f) *Rotasi eksterna* : kepala janin melakukan gerakan rotasi dan posisi *anteroposterior* kembali keposisi diagonal atau melintang.
- g) *Ekspulsi* : kelahiran bagian tubuh janin lain.

c. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala tiga ini merupakan periode waktu antara kelahiran bayi dan kelahiran plasenta. Durasi kala tiga berkisar dari 5 hingga 30 menit. Kala tiga dibagi menjadi dua fase yaitu fase pelepasan dan fase ekspulsi plasenta.

d. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan ibu lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum.

2. Ketuban Pecah Dini

a. Pengertian ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan atau sebelum inpartu pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan dan memiliki kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan (Nugroho, 2012).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai tanda *inpartu* sebagaimana mestinya (Manuaba, 2009).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum dimulainya tanda – tanda persalinan, yang ditandai

dengan pembukaan serviks 3 cm pada primipara atau 5 cm pada multipara (Maryunani, 2013).

Ketuban pecah dini (KDP) atau ketuban pecah premature (KPP) adalah keluarnya cairan dari jalan lahir/vagina sebelum proses kelahiran. (Achmad, 2012)

Jadi ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai *inpartu* sebagaimana mestinya dan merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan dan memiliki kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan.

b. Air Ketuban

Air ketuban (AK) adalah cairan jernih dengan warna agak kekuningan yang menyelimuti janin di dalam rahim selama masa kehamilan, berada di dalam kantong ketuban, dan mempunyai banyak fungsi. Air ketuban yang berubah menjadi berwarna kehijauan atau kecoklatan, menunjukkan bahwa neonatus telah mengeluarkan mekonium, menjadi petanda bahwa neonatus dalam keadaan stress dan hipoksia (Kosim, 2010 : 1-2).

c. Fungsi Air Ketuban Menurut Manuaba (2009), air ketuban sangat berfungsi antara lain untuk:

- 1) Melindungi janin dari trauma langsung, panas, atau kedinginan.
- 2) Memberi kesempatan tumbuh kembang ke segala arah dengan seimbang
- 3) Meratakan tekanan his ke seluruh dinding rahim sehingga terjadipembukaan serviks uteri
- 4) Sebagai pencuci jalan lahir saat persalinan

d. Etiologi

Penyebab KPD maasih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungna erat dengan KPD, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui.

Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisinya adalah:

- 1) Infeksi: Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.
- 2) Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan, curetage).

- 3) Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gamelli.
- 4) Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amnosintesis 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 membran bagian bawah.
- 6) Keadaan sosial ekonomi.
- 7) Faktor lain:
 - a) Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
 - b) Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu.
 - c) Faktor multi graviditas, merokok dan perdarahan antepartum.
 - d) Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (VitaminC).
- 8) Beberapa faktor risiko dari KPD:
 - a) Inkompetensi serviks (leher rahim)
 - b) Polihidramnion (cairan ketuban berlebih)

- c) Riwayat KPD sebelumnya
 - d) Kelainan atau kerusakan selaput ketuban
 - e) Kehamilan kembar
 - f) Trauma
 - g) Serviks (leher rahim) yang pendek (<25 mm) pada usia kehamilan 23 minggu
 - h) Infeksi pada kehamilan seperti bakterial vaginosis
- e. Tanda dan Gejala

Menurut Nugroho (2012), tanda dan gejala ketuban pecah dini adalah sebagai berikut:

- 1) Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina
- 2) Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah (Sujiyatini, 2009).
- 3) Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila Anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara (Norma, 2013).

4) Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

f. Diagnosa

Diagnosa KPD ditegakan dengan cara:

1) Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna keluaranya cairan tersebut, his belum teratus atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir darah.

2) Inspeksi

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

3) Pemeriksaan dengan spekulum

Pemeriksaan dengan spekulum pada KPD akan tampak keluar cairan dari ostium uteri eksternum (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan manuver valsava, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan

dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior (Nugroho, 2012).

4) Pemeriksaan dalam

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

5) Pemeriksaan penunjang

Menurut Nugroho (2012), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada kasus ketuban pecah dini yaitu:

- a) Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsistensi, bau dan pHnya.
- b) Cairan yang keluar dari vagina ini adalah kemungkinan air ketuban, urine atau secret vagina
- c) Secret vagina ibu pH:4-5 dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kering

d) Tes lakmus jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). pH air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes palsu

e) Mikroskopi (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

6) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini bermaksud untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.

g. Komplikasi

Menurut Prawirohardjo (2009), komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilannya. Dapat terjadi infeksi maternal maupun neonatal, persalinan premature, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden seksio sesarea atau gagalnya persalinan normal.

h. Penatalaksanaan

Menurut Lockhart dan Lyndon (2014), penanganan ketuban pecah dini pada kehamilan yaitu:

1) Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada kehamilan preterm

berupa penanganan konservatif, antara lain:

- a) Rawat di rumah sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenbreg, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan mencapai 37 minggu.
- b) Berikan antibiotik (ampisilin 4x500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin) dan metronidazol 2x500 mg selama 7 hari.
- c) Jika umur kehamilan <32-34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan stroid untuk memacu kematangan paru janin dan kalau memungkinkan periksa kadar lisitin dan spingomielin tiap minggu. Sediaan terdiri atas betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari atau deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.
- e) Jika usia 32-37 minggu belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa (-) beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- f) Jika usia kehamilan 32-37 minggu sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan antibiotik (salbutamol), deksametason dan induksi sesudah 24 jam.

- g) Jika usia kehamilan 32-37 minggu ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi
- h) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterine). bergantung pada usia janin dan risiko infeksi.

2) Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada kehamilan aterm berupa penanganan aktif, antara lain:

- a) Kehamilan >37 minggu induksi dengan oksitosin bila gagal SC. Dapat pula diberikan misoprostol 50 µg intra vaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- b) Bila ada tanda-tanda infeksi beri antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri:
 - Bila skor pelvik <5 lakukan pematangan serviks kemudian induksi jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan SC.
 - Bila skor pelvik >5 induksi persalinan, partus pervaginam.

Tabel: 2.1 Score pelvik menurut Bishop

Score	0	1	2	3
Pembukaan	0	1- 2	3- 4	>5
Effesement	0%- 30 %	30%- 60%	60%- 70%	> 80%
Penurunan kepala	-3	-2	-1	+1/ +2
Konsistensi serviks	Keras	Sedang	Lunak	
Posisi serviks	Ke belakang	Searah sumbu jalan lahir	Kearah depan	

- Jika skor lebih atau sama dengan 6, maka induksi cukup dilakukan dengan oksitosin, jika kurang atau sama dengan 5 maka matangkan dulu serviks dengan prostaglandin atau *cateter foley*.

i. Induksi Persalinan

1) Pengertian Induksi Persalinan

Induksi persalinan adalah persalinan yang dimulai dengan cara- cara artifisial (Oxorn, 2010).

Induksi adalah tindakan/langkah untuk memulai persalinan yang sebelumnya belum terjadi, bias secara mekanik maupun kimiawi (farmakologik) (Nugroho, 2012).

Induksi persalinan ialah usaha agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan cara merangsang timbulnya his (Prawirohardjo, 2007).

Persalinan induksi adalah tindakan untuk memulai persalinan dengan cara merangsang timbulnya dengan menggunakan farmakologik.

2) Indikasi Persalinan Induksi

Menurut Winkjosastro (2010), indikasi induksi persalinan dapat di tinjau dari:

a) Indikasi Janin

- (1) Kehamilan lewat waktu
- (2) Ketuban pecah dini

(3) Janin mati

3) Indikasi ibu

Kehamilan dengan hipertensi dan kehamilan dengan diabetes mellitus.

j. Kontra Indikasi Persalinan Induksi

Menurut Manuaba (2010), kontra indikasi induksi persalinan yaitu:

- 1) Terdapat distosia persalinan
 - a) Panggul sempit atau disproporsi sefalopelvik
 - b) Kelainan posisi kepala janin
 - c) Kelainan letak janin dalam rahim
- 2) Over distansia uteri
 - a) Hidramion
 - b) Hamil gammeli
- 3) Cefalo Pelvis Disproporsi
 - a) Kepala masih melayang
 - b) Prasad osborn positif artinya penonjolan kepala dua jari diatas simfisis pubis
- 4) Fetal distress dengan berbagai sebab:
 - a) USG hasil menunjukkan oligohidramion
 - b) Amnioskopi cairan keruh atau kental
 - c) Ketuban dipecah ternyata hujau, keruh dan kental

k. Syarat-syarat induksi

Menurut Lockhart dan Lyndon (2014), Sebelum melakukan induksi persalinan, hal-hal tersebut berikut harus dievaluasi:

- 1) Indikasi untuk induksi persalinan / adanya kontra indikasi induksi.
 - 2) Usia kehamilan.
 - 3) Kematangan serviks (dinilai dengan skore Bishop)
 - 4) Penilaian keadekuatan panggul dan ukuran janin atau presentasi janin.
 - 5) Kondisi kulit ketuban (intak atau telah pecah).
 - 6) Kesejahteraan janin / monitoring DJJ sebelum induksi persalinan.
 - 7) Dokumentasi hasil diskusi dengan penderita tentang indikasi induksi persalinan dan penjelasan faktor risiko.
- l. Faktor-faktor yang mempengaruhi induksi persalinan Menurut Manuaba (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi induksi pesalinan yaitu:

- 1) Semakin rendah kedudukan terendah janin, kemungkinan keberhasilan induksi semakin besar oleh karena dapat menekan pleksus Frankenhauser.
- 2) Penempatan presentasi kepala dibanding dengan kedudukan bokong, kepala lebih membantu pembukaan dibandingkan dengan bokong.

- 3) Kondisi serviks yang lunak lebih berhasil dalam induksi persalinan dibandingkan kondisi serviks yang kaku.
- 4) Multigravida lebih berhasil daripada primi gravida.
- 5) Kehamilan yang mendekati aterm, induksi persalinan pervaginam akan lebih berhasil.

m. Metode Induksi

Metode yang digunakan untuk induksi persalinan menurut Manuaba (2010), adalah:

1) Metode Steinsche

Metode ini merupakan metode lama, tetapi masih perlu diketahui. Pasien diharapkan tenang pada malam harinya. Pada pagi hari diberi enema dengan castor oil atau sabun panas. Diberikan pil kinine sebesar 0,2 g setiap jam sampai mencapai dosis 1,2 g.

2) Metode infus oksitosin

Metode infus oksitosin adalah metode yang paling umum dilakukan sebab induksi persalinan dengan oksitosin murah dan efektif. Oleh karena itu perlu diketahui dengan baik. Tindakan dengan metode drip oksitosin, yaitu:

- a) Di pasang infus dekstroza 5% dengan 5 unit oksitosin
- b) Tetesan pertama antara 8-12 per menit.

c) Setiap 15 menit dilakukan penilaian, bila tidak ada his yang adekuat, jumlah tetesan ditambah 4 tetes sampai maksimal tercapai 40 tetes per menit.

d) Dalam literatur dikemukakan juga, bahwa pemberian oksitosin maksimal setiap menit adalah 30-40 pIU atau tetesan sebanyak 40 tetes per menit dengan oksitosin sebanyak 10 unit.

3) Metode oksitosin sublingual

Metode ini tidak banyak diterima karena besarnya unit oksitosin dan tingginya kemampuan penyerapan oleh mukosa lidah, sehingga dapat menyebabkan terjadinya kontraksi otot rahim yang kuat, yang dapat membahayakan.

4) Induksi persalinan dengan prostaglandin

Induksi persalinan dengan prostaglandin dapat dilakukan dengan suppositoria transvaginal atau infus. Yang paling efektif untuk mencapai tujuan ini adalah PGE₂ dan PGF₂. Harganya cukup mahal sehingga tidak terjangkau untuk pelayanan masyarakat secara rutin.

5) Pemecahan ketuban

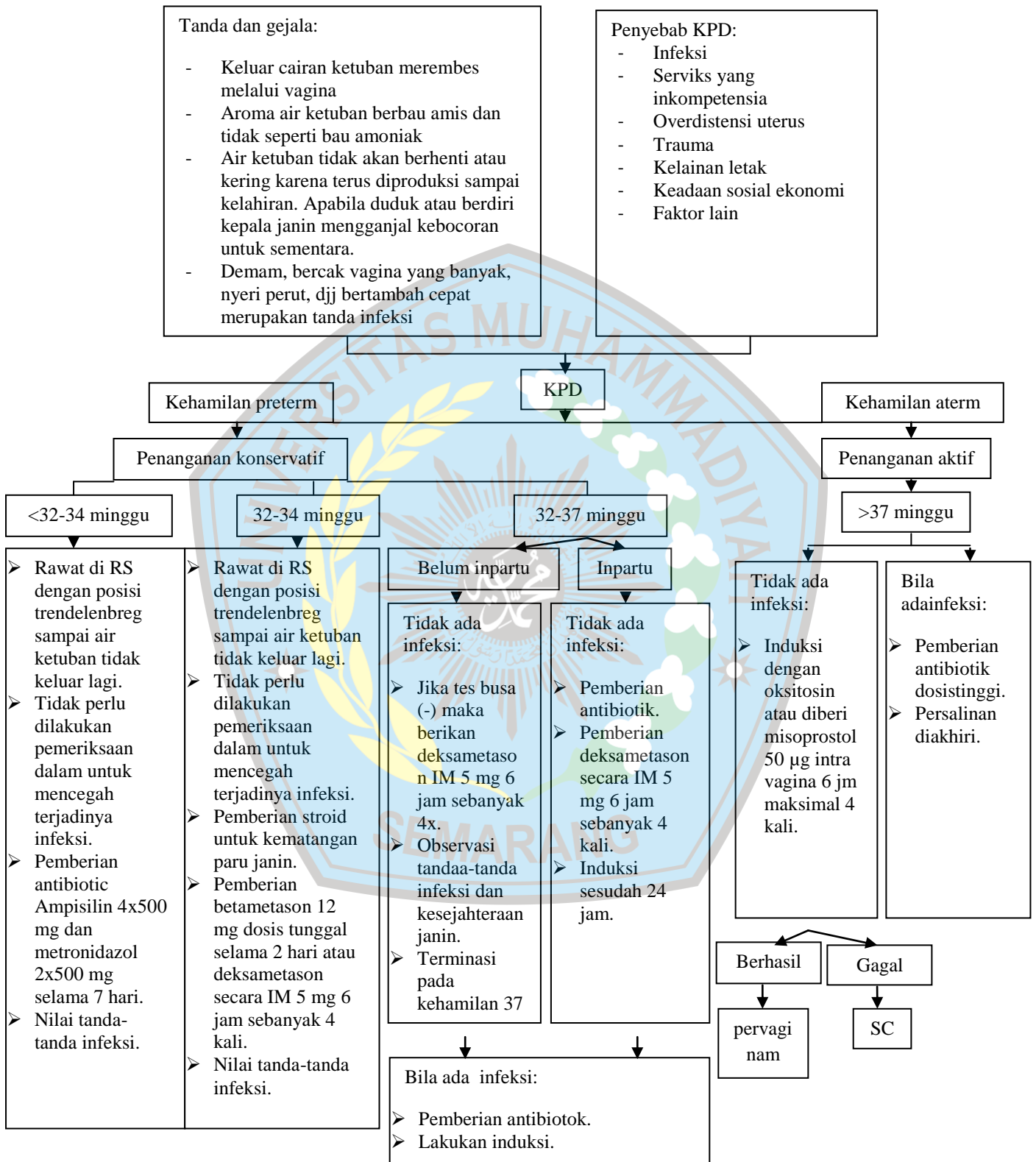
Pemecahan ketuban merupakan salah satu bentuk induksi persalinan. Dengan keluarnya sebagian air ketuban, terjadilah pemendekan otot rahim sehingga otot rahim lebih efektif berkontraksi.

6) Pemasangan laminaria stiff

Induksi persalinan dengan memasang laminaria stiff hampir seluruhnya dilakukan pada janin yang telah meninggal. Pemasangan laminaria stiff untuk janin yang hidup tidak diindikasikan, karena bahaya infeksi. Pemasangan laminaria jumlahnya dapat 2-3 buah dimasukkan dalam kanalis servikalis dan ditinggal selama 24-48 jam, kemudian dipasang tampon vagina.



n. Pathway



Lampiran 2.1 Bagan Pathway Persalinan dengan Ketuban Pecah Dini
 Sumber : Lockhar dan Lyndon (2014).

B. Teori Manajemen Kebidanan

1. Manajemen kebidanan 7 langkah varney

a. Definisi

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnose kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Mufdlilah, dkk. 2012: 110).

1) Langkah I: Pengumpulan data dasar

Mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien/orang yang meminta asuhan (Mufdlilah, dkk. 2012: 111). Untuk memperoleh data dapat dilakukan melalui anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (purwandari, A. 2008: 78).

Merupakan langkah pertama untuk mngumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Pengumpulan data ini meliputi:

a) Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang diperoleh dan hasil bertanya dari pasien, suami, atau keluarga (Rukyah dkk, 2013).

Data subyektif meliputi:

(1) Biodata yang mencakup identitas pasien dan suami menurut (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

(a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

(b) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur >35 tahun rentan sekali untuk terjadi partus prematurus.

(c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

(d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelktualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

(e) Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

(f) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

(g) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila perlu.

(2) Keluhan Utama

Dikaji untuk memperoleh data atau informasi tentang permasalahan yang sedang dialami atau dirasakan oleh pasien.

Pada Kasus ini Ibu mengeluh nyeri pada luka jahitan.

(3) Riwayat Menstruasi

Dikaji untuk mengetahui riwayat menstruasi antara lain adalah menarche, siklus menstruasi, lamanya menstruasi, banyaknya darah, keluhan utama yang dirasakan saat haid (metrorragi, menoraghi), gejala premenstrual.

(4) Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah sah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa

status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

(5) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Dikaji untuk mengetahui jumlah kehamilan, anak yang lahir hidup, persalinan yang aterm, persalinan yang premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (Seksio Caesarea), riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya.

(6) Riwayat keluarga berencana

Dikaji untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

(7) Riwayat ginekologi

Dikaji untuk mengetahui apakah pasien pernah mengalami penyakit kandungan seperti infertilitas, penyakit kelamin, tumor atau sistem reproduksi.

(8) Riwayat kesehatan yang lalu

Dikaji untuk mengetahui apakah ada hubungannya dengan masalah yang dihadapi oleh klien pada saat ini.

(9) Riwayat kesehatan sekarang

Dikaji untuk mengetahui adanya hubungannya dengan masalah yang dihadapi oleh klien pada saat ini.

(10) Riwayat kesehatan keluarga

Dikaji untuk mengetahui adanya penyakit menurun dalam keluarga seperti asma, diabetes militus, hipertensi, jantung dan riwayat penyakit menular lainnya (Jannah, 2011) .

b) Data Obyektif

Data obyektif adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan (Rukiyah dkk, 2011) meliputi: Data obyektif adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan (Rukiyah dkk, 2011) meliputi:

(1) Pemeriksaan fisik

(a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu apakah baik, cukup atau kurang. Pada kasus ibu bersalin dengan robekan perineum keadaan umum ibu baik (Fauziah, 2012).

(b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu mulai dari keadaan composmentis, apatis sampai dengan koma. Pada kasus ibu bersalin dengan robekan perineum Kesadaran ibu composmentis (Fauziah, 2012).

(c) Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan nilai satuannya mmHg. Keadaan ini sebaiknya antara 90/60–130/90 mmHg atau peningkatan sistolik

tidak lebih dari 30 mmHg dan peningkatan diastolik tidak lebih dari 15 mmHg dari keadaan normal pasien atau paling sedikit pada pengukuran 2 kali berturut-turut pada selisih 1 jam (Saifuddin, 2006).

(d) Suhu

Untuk mengetahui suhu badan klien kemungkinan demam atau febris. Batas normal $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,0^{\circ}\text{C}$ (Saifuddin, 2006). Pada kasus ibu bersalin dengan Robekan Perineum, keadaan suhu badan dalam batas normal (Manuaba, 2010).

(e) Nadi

Untuk mengetahui denyut nadi pasien yang di hitung dalam 1 menit, denyut nadi normal 70-90x/menit (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Nadi pada ibu bersalin dengan Robekan Perineum 82x/menit (Manuaba, 2010).

(f) Respirasi

Untuk mengetahui frekuensi pernafasan yang dihitung dalam 1 menit, respirasi normal yaitu 20-30x/menit (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Pada kasus ibu bersalin dengan Robekan Perineum pernafasan dalam batas normal (Manuaba, 2010).

(2) Pemeriksaan sistematis

Kepala, meliputi:

(a) Rambut

Untuk mengetahui apakah rambut rontok atau tidak, menilai warnanya, kelebatan, dan karakteristik rambut (Rukiyah dkk, 2013). Pada kasus ibu bersalin dengan Robekan Perineum rambut dalam keadaan normal.

(b) Muka

Untuk mengetahui apakah oedema atau tidak (Jannah, 2011). Pada kasus ibu bersalin dengan Robekan Perineum muka dalam keadaan normal.

(c) Mata

Untuk mengetahui keadaan conjungtiva pucat atau merah muda, warna sclera putih atau kuning (Rukiah dkk, 2013). Pada ibu bersalin dengan kasus robekan perineum mata normal dan tidak ada kelainan apapun (Manuaba, 2010)

(d) Hidung

Untuk mengetahui keadaan hidung dari kebersihan, alergi debu atau tidak dan ada polip atau tidak (Sulistyawati, 2013). Pada ibu bersalin dengan kasus robekan perineum hidung normal dan tidak ada kelainan apapun.

(e) Telinga

Untuk mengetahui keadaan telinga apakah ada gangguan pendengaran atau tidak, ada serumen atau tidak (Sulistyawati, 2013). Pada ibu bersalin dengan kasus robekan perineum telinga normal dan tidak ada kelainan apapun.

(f) Mulut

Untuk mengetahui keadaan mulut apakah caries, bersih atau tidak, keadaan bibir kering atau tidak, lidah kering dan kotor atau tidak (Sulistyawati, 2013). Pada kasus ibubersalin dengan Robekan Perineum, mulut dalam keadaan normal (Manuaba, 2010).

(g) Leher

Untuk mengetahui adakah pembengkakan kelenjar limfe atau pembengkakan kelenjar tiroid (Rukiyah dkk, 2013). Pada kasus ibu bersalin dengan Robekan Perineum, leher dalam keadaan normal dan tidak ada kelainan apapun (Manuaba, 2010).

(h) Payudara

Untuk mengetahui keadaan payudara membesar atau tidak, simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, ada benjolan atau nyeri tekan atau tidak (Rukiyah dkk, 2013). Pada kasus ibu bersalin dengan Robekan Perineum,

payudara dalam keadaan normal dan tidak ada kelainan apapun.

(i) Ekstremitas

Untuk mengetahui adanya oedema atau tidak, adanya varices atau tidak, adanya kelainan atau tidak, reflek patella positif atau negatif (Varney, 2007). Pada kasus ibu bersalin dengan Robekan Perineum ekstremitas tidak ada kelainan apapun.

(3) Pemeriksaan khusus

Abdomen

(a) Inspeksi

Untuk mengetahui adanya bentuk perut dan pembesaran perut, adanya luka bekas operasi atau tidak.

(b) Palpasi

Untuk memeriksa Tinggi Fundus Uteri, Leopold I untuk memeriksa bagian teratas janin, Leopold II untuk memeriksa bagian terbesar dan terkecil janin, Leopold III untuk memeriksa bagian terbawah janin, Leopold IV untuk menentukan kepala janin sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP) atau belum.

(c) Auskultasi

Untuk mendengarkan Denyut Jantung Janin (DJJ).

(d) Genetalia

Untuk mengetahui adanya kelainan, adanya infeksi dan untuk melihat adanya hemoroid pada anus.

(4) Pemeriksaan dalam

(a) Penipisan dan pembukaan

Dikaji untuk menilai besarnya pembukaan dan penipisan servik.

(b) Penurunan kepala

Untuk menentukan penurunan kepala janin dan merupakan indikasi kemajuan persalinan.

(c) Kulit ketuban

Untuk memastikan kulit ketuban sudah pecah atau belum.

(d) Titik penunjuk

Titik penunjuk ubun-ubun kecil mendandakan bahwa janin dalam keadaan fleksi sehingga memungkinkan lingkaran kepala yang paling kecil terlebih dahulu (Soepardan, 2008).

2) Langkah II: Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik (Mufdlilah, dkk. 2012: 113).

a) Diagnose kebidanan

NyG..P..A.., Umur...tahun usia kehamilan...minggu, janin tunggal, hidup intrauteri, letak membujur, preskep,pika atau puki, konvergen atau divergen dengan distosia bahu.

Ds:

- (1) ibu mengatakan bernama ...
- (2) ibu mengatakan pernah hamil...kali
- (3) ibu mengatakan pernah melahirkan ...kali
- (4) ibu mengatakan pernah atau tidak keguguran
- (5) ibu mengatakan berusia...tahun

Do:

- (1)keadaan umum ibu dan ttv
- (2)pemeriksaan Leopold
- (3)memeriksa HPHT
- (4)melakukan pemeriksaan penunjang

b) masalah

Nyeri dibagian pinggang dan menjalar sampai keari-ari, keluar lender bercampur darah.

c) Kebutuhan segera

- (1) Dukungan psikologiks pada ibu untuk menghadapi persalinan
- (2) Pengawasan kala I dengan partograf

3) Langkah III: mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose potensial berdasarkan diagnose/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan (Purwandari,A. 2008: 79).

Diagnose potensial pada ibu bersalin dengan distosia bahu yaitu kegawatan janin, asfiksia, perdarahan post partum, ruptur uterus, dll

4) Langkah IV: Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu intruksi dari dokter. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Mufdlilah, dkk. 2012: 117).

Dalam kasus ini kebutuhan segeranya yaitu kolaborasi dengan dokter SpOg untuk membantu persalinan.

5) Langkah V :Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau antisipasi pada langkah ini informasi yang tidak lengkap dilengkapi (Mufdlilah, dkk. 2012:117).

Pada kasus ini perencanaannya yaitu

Tanggal :

Jam :

- a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan
 - b) Libatkan keluarga dalam memberikan dukungan psikologis pada ibu
 - c) Lakukan pengawasan kala I dengan partograf
 - d) Siapkan ruang bersalin dan alat pertolongan persalinan
 - e) Siapkan alat pertolongan pada bayi baru lahir
 - f) Penuhi kebutuhan fisik ibu
 - g) Ajarkan ibu teknik relaksasi dan cara mendedan yang efektif
 - h) Kolaborasi dengan dokter obgyn.
- 6) Langkah VI: pelaksanaan perencanaan

Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lain dilakukan oleh klien atau anggota tim kesehatan lain (Mufdlilah, dkk. 2012: 118).

Pada kasus ini pelaksanaannya sebagai berikut:

Tanggal:

Jam:

- a) Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan meliputi:
 - (1)TD: 110/80 mmHg
 - (2)N :62X/mnt
 - (3)R:22x/mnt

(4)S:36C

(5)Djj:147x/mnt

- b) Melibatkan keluarga untuk memberi dukungan psikologis pada ibu.
 - c) Melakukan pengawasan kala I dengan partograf dengan mencatat setiap hasil asuhan.
 - d) Mempersiapkan ruang bersalin dan alat pertolongan persalinan.
 - e) Mempersiapkan alat pertolongan pada bayi baru lahir
 - f) Memenuhi kebutuhan fisik ibu
 - g) Mengajarkan ibu teknik relaksasi dan cara mengejan yang efektif
 - h) Melakukan kolaborasi dengan dokter obgyn
- 7) Langkah VII: Evaluasi

Langkah ini merupakan efektifitas dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah dipenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah didefinisikan didalam masalah dan diagnose (Mufdlilah, dkk. 2012: 119).

Pada kasus ini evaluasi sebagai berikut:

Tanggal:

Jam:

- a) Ibu dan keluarga telah mengerti tentang keadaannya.
- b) Keluarga telah bersedia untuk memberikan dukungan psikologis untuk ibu.

- c) Telah dilakukan pengawasan pada kala I dengan partograf.
- d) Ruang bersalin dan alat pertolongan persalinan telah siap.
- e) Alat pertolongan untuk bayi baru lahir sudah siap.
- f) Kebutuhan fisik ibu telah terpenuhi
- g) Ibu telah mengerti tentang cara relaksasi dan mengejan dengan benar
- h) Tdilakukan kolaborasi dengan dokter

C. Teori Kewenangan Bidan

kewenangan Bidan

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan. Kewenangan adalah kewenangan bidan dalam menjalankan tugasnya sebagai seorang bidan yang diatur dalam Permenkes No. 1464 tahun 2010.

Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hukum (mal praktik) dapat dihindarkan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan distosia bahu, landasan hukum yang digunakan yaitu :

1. Kewenangan bidan sesuai Permenkes No. 1464 Tahun 2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan yaitu bidan berwenang untuk episiotomi, pertolongan persalinan normal, penanganan kegawat-daruratan dilanjutkan dengan perujukan.

2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan pada pasal 18, 19 dan 20 yang berbunyi sebagai berikut:

Pasal 19

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan: episiotomy, pertolongan persalinan normal, penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan

