

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Teori Medis

1. Persalinan

a. Pengertian

- 1) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2010).
- 2) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010).
- 3) 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 (Prawirohardjo, 2012).
- 4) Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (JNPK-KR, 2007).

b. Bentuk persalinan

Menurut Manuaba (2010) bentuk persalinan berdasarkan definisi sebagai berikut:

1) Persalinan spontan

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2) Persalinan buatan

Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

3) Persalinan anjuran (partus presipitatus)

c. Teori-teori mengenai proses terjadinya persalinan

Menurut Ujiningtyas (2009) teori persalinan sebagai berikut:

1) Teori penurunan hormone

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 berkontraksi.

2) Teori peregangan

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

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale/fleksus Fran Kenhauser. Bila ganglion ini digeser dan ditekan atau tertekan kepala janin, maka akan timbul kontraksi.

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.

d. Tanda Persalinan

Sulistyawati & Nugraheny (2010) terjadinya his persalinan sebagai berikut:

- 1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan.
 - a) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek kekuatannya makin besar.
 - b) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus.
 - c) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.
- 2) Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan)

Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan :

- a) Pendataran dan pembukaan.
 - b) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas.
 - c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- 3) Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika tidak tercapai, maka akhirnya persalinan di akhiri dengan tindakan tertentu, misalnya vakum ekstraksi, atau sectio caesaria.

2. Partus Macet

a. Definisi

Partus macet adalah suatu keadaan dari suatu persalinan yang mengalami kemacetan dan berlangsung lama sehingga timbul komplikasi ibu maupun janin (anak). Partus macet adalah persalinan dengan tidak ada penurunan kepala > 1 jam untuk nulipara dan multipara (Sarwono, 2008). *Arrest disorder* (partus macet) adalah

berhentinya dilatasi serviks atau penurunan janin secara total (Leveno dkk, 2010).

b. Etiologi

Penyebab persalinan macet diantaranya adalah:

- 1) Kelainan letak janin
- 2) Kelainan jalan lahir

Jalan lahir dibagi atas bagian tulang yang terdiri atas tulang-tulang panggul dengan sendi-sendinya dan bagian lunak terdiri atas otot-otot, jaringan-jaringan dan ligamen-ligamen. Dengan demikian distosia akibat jalan lahir dapat dibagi atas:

a) Distosia karena kelainan panggul

Kelainan panggul dapat disebabkan oleh; gangguan pertumbuhan, penyakit tulang dan sendi (rachitis, neoplasma, fraktur, dll), penyakit kolumna vertebralis (kyphosis, scoliosis,dll), kelainan ekstremitas inferior (coxitis, fraktur, dll). Kelainan panggul dapat menyebabkan kesempitan panggul. Kesempitan panggul dapat dibagi menjadi tiga bagian yaitu;

- Kesempitan pintu atas panggul, pintu atas panggul dikatakan sempit jika ukuran konjugata vera kurang dari 10 cm atau diameter transversa kurang dari 12 cm. Kesempitan pintu atas panggul dapat menyebabkan persalinan yang lama atau persalinan macet karena adanya gangguan pembukaan yang diakibatkan oleh ketuban pecah sebelum waktunya yang disebabkan bagian terbawah kurang menutupi pintu atas panggul sehingga ketuban sangat menonjol dalam vagina dan setelah ketuban pecah kepala tetap tidak dapat menekan cerviks karena tertahan pada pintu atas panggul.
- Kesempitan panggul tengah, bila jumlah diameter interspinarum ditambah diameter sagitalis posterior $\leq 13,5$

cm (normalnya $10,5 + 5 \text{ cm} = 15,5 \text{ cm}$). Pada panggul tengah yang sempit, lebih sering ditemukan posisi oksipitalis posterior persisten atau presentasi kepala dalam posisi lintang tetap (transverse arrest)

- Kesempitan pintu bawah panggul, diartikan jika distansia intertuberum $\leq 8 \text{ cm}$ dan diameter transversa + diameter sagitalis posterior $< 15 \text{ cm}$ ($N = 11 \text{ cm} + 7,5 \text{ cm} = 18,5 \text{ cm}$), hal ini dapat menyebabkan kemacetan pada kelahiran janin ukuran biasa. Sedangkan kesempitan panggul umum, mencakup adanya riwayat fraktur tulang panggul, poliomyelitis, kifoskoliosis, wanita yang bertubuh kecil, dan dismorfik, pelvik kifosis

b) Distosia karena kelainan jalan lahir lunak

Persalinan kadang-kadang terganggu oleh karena kelainan jalan lahir lunak (kelainan tractus genitalis). Kelainan tersebut terdapat di vulva, vagina, serviks uteri, dan uterus:

- abnormalitas vulva (atresia vulva, inflamasi vulva, tumor dekat vulva)
- abnormalitas vagina (atresia vagina, seseptum longitudinalis vagina, striktur anuler)
- abnormalitas serviks (atresia dan stenosis serviks, Ca serviks)
- Kelainan letak uterus (antefleksi, retrofleksi, mioma uteri, mioma serviks)
- Tumor ovarium

3) Kelainan keluaran his dan meneran

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan hambatan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, jika tidak dapat diatasi dapat mengakibatkan kemacetan persalinan. His yang normal dimulai dari salah satu sudut di fundus uteri yang kemudian menjalar merata simetris ke

seluruh korpus uteri dengan adanya dominasi kekutan pada fundus uteri, kemudian mengadakan relaksasi secara merata dan menyeluruh. Baik atau tidaknya his dinilai dengan kemajuan persalinan, sifat dari his itu sendiri (frekuensinya, lamanya, kuatnya dan relaksasinya) serta besarnya caput succedaneum.

Adapun jenis-jenis kelainan his sebagai berikut:

a) Inersia uteri

His bersifat biasa, yaitu fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu daripada bagian lain. Kelainannya terletak dalam hal bahwa kontraksi berlangsung terlalu lama dapat meningkatkan morbiditas ibu dan mortalitas janin. Keadaan ini dinamakan dengan inersia uteri primer. Jika setelah berlangsungnya his yang kuat untuk waktu yang lama dinamakan inersia uteri sekunder. Karena dewasa ini persalinan tidak dibiarkan berlangsung lama (hingga menimbulkan kelelahan otot uterus) maka inersia uterus sekunder jarang ditemukan.

b) His yang terlalu kuat

His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang sangat singkat. Partus yang sudah selesai kurang dari tiga jam disebut partus presipitatus. Sifat his normal, tonus otot diluar his juga normal, kelainannya hanya terletak pada kekuatan his. Bahaya dari partus presipitatus bagi ibu adalah perlukaan pada jalan lahir, khususnya serviks uteri, vagina dan perineum. Sedangkan bagi bayi bisa mengalami perdarahan dalam tengkorak karena bagian tersebut mengalami tekanan kuat dalam waktu yang singkat.

c) Kekuatan uterus yang tidak terkoordinasi

Disini kontraksi uterus tidak ada koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah, tidak adanya dominasi fundal,

tidak adanya sinkronisasi antara kontraksi daripada bagian-bagiannya. Dengan kekuatan seperti ini, maka tonus otot terus meningkat sehingga mengakibatkan rasa nyeri yang terus menerus dan hipoksia janin. Macamnya adalah hipertoni lower segment, colicky uterus, lingkaran konstriksi dan distosia servikalis

d) Kelainan Mengejan

Pada umumnya persalinan kala II kemajuannya sangat dibantu oleh hejan perut, yang biasanya dikerjakan bersama-sama pada waktu his. Kelainan mengejan disebabkan oleh:

- Otot dinding perut lemah
- Distasis recti, abdomen pendulans dan jarak antara kedua m. recti lebar
- Refleks mengejan hilang oleh karena pemberian narkose atau anestesi
- Kelelahan (otot dinding perut menjadi lemah)

4) Pimpinan persalinan yang salah

• Pimpinan persalinan yang salah dari penolong juga bisa menjadi salah satu penyebab terjadinya partus macet.

5) Primi tua primer atau sekunder.

c. Diagnosis

1) Keadaan umum ibu

- a) Dehidrasi, panas
- b) Meteorismus, shock
- c) Anemia, oliguri.

2) Palpasi

- a) His lemah
- b) Gerak janin tidak ada
- c) Janin mudah diraba

- 3) Auskultasi
Denyut jantung janin, takikardia, irreguler, negatif (jika janin sudah mati).
- 4) Pemeriksaan dalam
 - a) Keluar air ketuban yang keruh dan berbau bercampur dengan mekonium
 - b) Bagian terendah anak sukar digerakkan, mudah didorong jika sudah terjadi rupture uteri
 - c) Suhu rectal lebih tinggi 37,50c.
- d. Diagnosa banding
Kehamilan / persalinan dengan infeksi ekstra genital, disini suhu aksila lebih tinggi dari rectal dan ketuban biasanya masih utuh
- e. Komplikasi
Menurut Manuaba (2010) komplikasi yang dapat terjadi yaitu:
 - 1) Ibu
 - a) Infeksi sampai sepsis
 - b) Asidosis dengan gangguan elektrolit
 - c) Dehidrasi, syock, kegagalan fungsi organ-organ
 - d) Robekan jalan lahir
 - e) Fistula buli-buli, vagina, rahim dan rectum
 - 2) Janin
 - 1) Gawat janin dalam rahim sampai meninggal
 - 2) Lahir dalam asfiksia berat sehingga dapat menimbulkan cacat otak menetap
 - 3) Trauma persalinan, fraktur clavicula, humerus, femur
- f. Pencegahan
 - 1) Memperhatikan status gizi saat hamil, status gizi harus baik dengan demikian tenaganya saat persalinan akan bagus.
 - 2) Membiasakan senam hamil, karena Senam hamil diperlukan untuk melemaskan otot-otot, belajar bernafas selama persalinan,

dan memperkenalkan posisi , persiapan mental menjelang persalinan.

- 3) Jangan meneran sebelum diperintahkan karena jika tidak teratur, tenaga makin berkurang, dan jalan lahir bisa membengkak. Hal ini diakibatkan karena saat meneran, terdapat cairan yang keluar di jalan lahir. Akibat lebih jauh, akan menyulitkan penjahitan jika vagina ibu mengalami pembengkakan.
- 4) Rutin kontrol kehamilan agar bisa mendeteksi sedini mungkin bila ada kelainan.

g. Penatalaksanaan

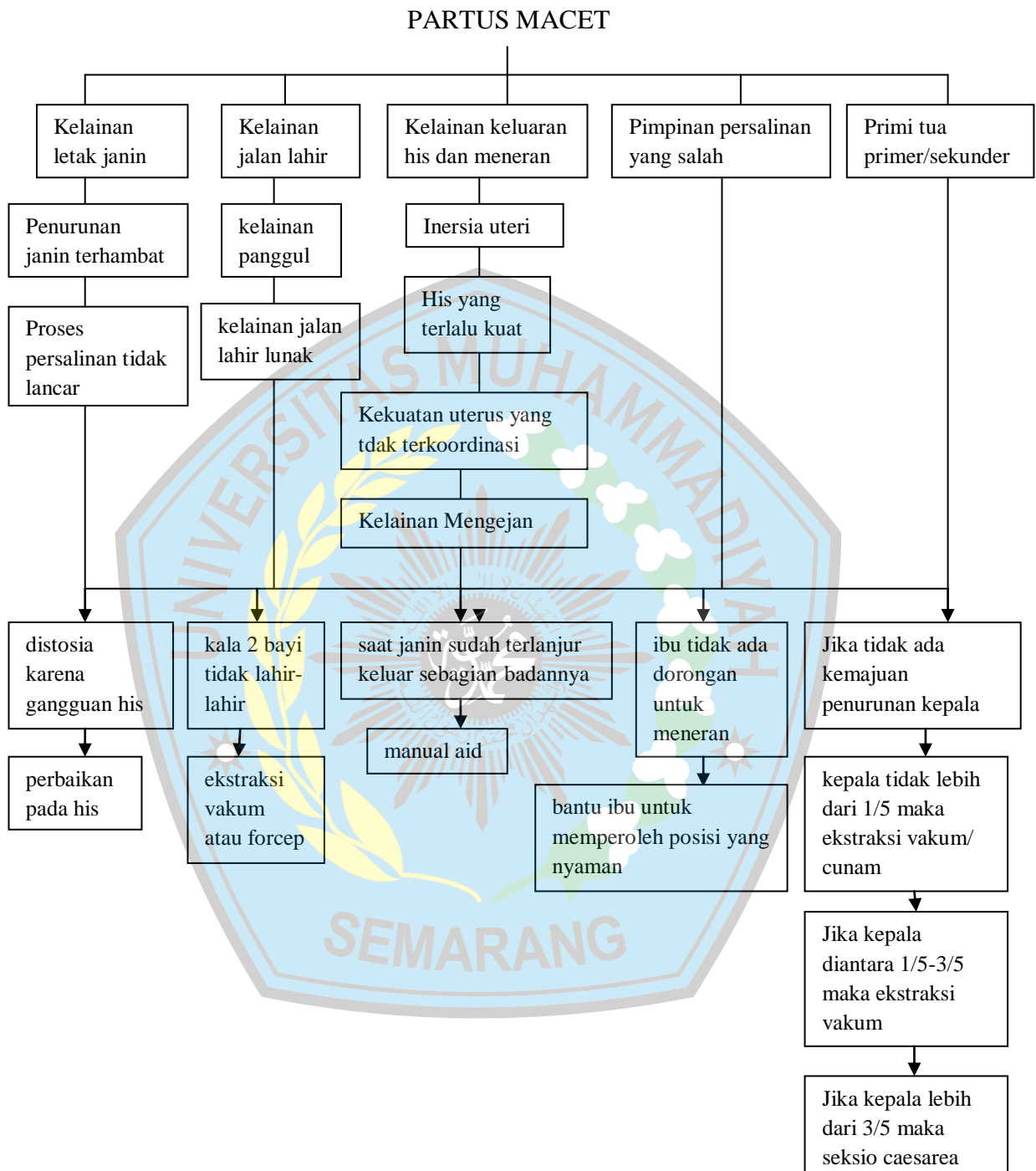
Menurut Manuaba (2010), penatalaksanaan persalinan macet yaitu:

- 1) Bila kemacetan tersebut terjadi saat janin sudah terlanjur keluar sebagian badannya, biasanya akan digunakan manual aid. Pertolongan ini harus segera dilakukan, karena jika terlambat, maka bisa mengakibatkan gawat janin atau asfiksia, dan terganggunya saluran kencing.
- 2) Bila kemacetan terjadi pada saat pembukaan sudah lengkap tapi jalan lahir tidak muat, maka rahim juga bisa pecah.
- 3) Saat pembukaan sudah lengkap, tapi kepala tak turun-turun, dinding rahim akan semakin menipis, maka kepala bayi bisa keluar ke perut. Bayinya bisa meninggal dan ibunya bisa perdarahan, yang bisa membawa ke kematian.
- 4) Sedangkan jika diagnosis menunjukkan penyebab distosia tersebut karena gangguan his, maka akan dilakukan perbaikan pada hisnya. Caranya bisa dengan diinfus, diberi obat, atau dipecahkan ketubannya. Dan bila hisnya terlalu kuat/sering, maka diberi obat untuk mengurangi/mengatur hisnya kembali.
- 5) Pada kasus dengan dugaan CPD/cephalo pelvik disproporsi (panggul sempit), maka akan dilakukan partus percobaan. Dengan mulas yang bagus akan dinilai dalam 2 jam. Jika ada pembukaan yang bertambah, ada putaran posisi kepala janin

(baik berputar sendiri atau dengan bantuan), serta adanya penurunan kepala, maka dinilai partus maju. Tapi kalau tidak ada perubahan ketiga hal tersebut, maka partus percobaan itu dinilai gagal.

- 6) Bila kemacetan terjadi pada saat persalinan kala 2, misalnya sudah pembukaan tapi tak kunjung lahir, entah itu karena bayinya sedikit miring atau mulasnya tak ada, atau ibunya tak mau meneran, maka dokter akan segera memberi tindakan, dengan menggunakan ekstraksi vakum atau forcep
- 7) Jika pembukaan sudah lengkap tapi ibu tidak ada dorongan untuk meneran, bantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman (bila masih mampu, anjurkan untuk berjalan-jalan). Posisi berdiri dapat membantu penurunan bayi yang berlanjut dengan dorongan untuk meneran. Ajarkan cara bernafas selama kontraksi berlangsung. Pantau kondisi ibu dan bayi dan catat semua temuan dalam partograf
- 8) Jika tidak ada kemajuan penurunan kepala :
 - Jika kepala tidak lebih dari 1/5 di atas simfisis pubis atau bagian tulang kepala di stasion (0), lakukan ekstraksi vakum atau cunam.
 - Jika kepala diantara 1/5-3/5 di atas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala di antara stasion (0)-(-2), lakukan ekstraksi vakum.
 - Jika kepala lebih dari 3/5 di atas simfisis pubis atau bagian tulang kepala di atas stasion (-2) lakukan seksio caesarea

h. Pathway Partus Macet



Bagan 2.1

Pathways Partus Macet

Sumber: Manuaba (2010), Cunningham G (2006)

B. Teori Manajemen Varney

Menurut Varney H. (2007), 7 langkah manajemen kebidanan Hellen Varney adalah:

1. Teori Varney 7 langkah manajemen kebidanan Hellen Varney

a. Tahap Pengumpulan Data

Tahap ini dibutuhkan untuk menilai klien secara keseluruhan. Pada tahap ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, dan pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang

b. Interpretasi data

Data yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak didefinisikan seperti diagnose tetapi membutuhkan penanganan.

c. Mengidentifikasi Diagnosa atau masalah potensial

Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnose potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini bersifat antisipasi yang rasional atau logis. Masalah potensial adalah keluhan yang dirasakan atau dialami ibu yang bersifat patologis. Antisipasi masalah potensial adalah mengatasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan masalah atau diagnosa yang diidentifikasi.

d. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat

mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Tindakan segera dapat dilakukan secara mandiri, secara kolaborasi, atau bersifat rujukan

e. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah – langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh berkaitan dengan pedoman antisipasi terhadap klien, semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar – benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori.

f. Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman.

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi, keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu asuhan klien.

g. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar – benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana yang telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya

2. Aplikasi Landasan Teori Varney

a. Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

1) Data Subyektif

a) Biodata yang mencakup identitas pasien

(1) Nama : Nama jelas dan lengkap, agar tidak keliru dalam memberikan penanganan

(2) Umur : Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun atau lebih dari 40 tahun yang secara teori merupakan faktor resiko terjadinya preeklamsi.

(3) Agama : Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk mengarahkan pasien dalam berdoa

(4) Pendidikan : Untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan pemahaman pasien sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai pendidikan

(5) Suku/Bangsa : Berpengaruh pada adat istiadat/kebiasaan sehari-hari

(6) Pekerjaan : Untuk mengetahui pekerjaan ibu yang dapat berpengaruh dengan metode kontrasepsi yang digunakan oleh ibu saat ini

(7) Alamat : Untuk mempermudah kunjungan rumah jika diperlukan

b) Keluhan Utama

Merupakan keluhan yang paling dirasakan ibu saat datang ke tenaga kesehatan, keluhan yang sering timbul pada ibu hamil kencing-kencing semakin sering, keluar lendir darah

c) Riwayat Menstruasi

Yang dikaji adalah menstruasi pertama kali, jumlah, warna, lama, siklus dan keluhan saat menstruasi. Pada kehamilan riwayat menstruasi terakhir juga digunakan untuk menentukan HPHT dan HPL serta usia kehamilan.

d) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah ada komplikasi dalam kehamilan, persalinan/nifas seperti ibu yang mempunyai riwayat penyakit menurun atau menular seperti Hipertensi, Asma, DM, jantung, TBC, dan lain-lain.

- Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronik seperti hipertensi kronis sebelum kehamilan, penyakit diabetes militus, kelainan ginjal, asma, jantung dan lain-lain

- Riwayat kesehatan sekarang

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan ibu sedang menderita penyakit akut atau kronik seperti hipertensi kronis sebelum kehamilan, penyakit diabetes militus, kelainan ginjal, asma, jantung dan lain-lain

- Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit menular/menurun seperti hipertensi, penyakit diabetes militus, kelainan ginjal, asma, jantung dan lain-lain

e) Riwayat Perkawinan

Yang dikaji adalah beberapa kali menikah, status menikah syah atau tidak karena akan mempengaruhi psikologis dan bisa menjadi penentu dalam pengambilan keputusan saat kehamilan persalinan maupun nifas

f) Riwayat KB

Untuk mengkaji jenis kontrasepsi yang pernah digunakan oleh klien.

g) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

- Nutrisi : Untuk mengetahui tentang pola nutrisi ibu selama kehamilan

- Eliminasi : Untuk mengetahui pola ekskresi ibu, pada ibu selama kehamilan

- Istirahat : Untuk mengetahui pola istirahat dan tidur ibu selama kehamilan

- Personal hygiene : Untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh ibu atau tidak, karena personal hygiene yang buruk dapat menyebabkan ibu mudah terserang penyakit yang berpengaruh tidak baik pada masa nifas.

- Aktivitas : Untuk mengetahui pola aktivitas ibu sehari-hari pada ibu saat hamil

h) Kehidupan Sosial Budaya

Untuk mengetahui adat yang dianut ibu dan keluarga. Apakah terdapat kebiasaan yang berpengaruh buruk terhadap masa kehamilan atau tidak

i) Data Psikososial

Untuk mengetahui bagaimana kondisi psikologis ibu dalam menghadapi masa kehamilan, apakah ada tanda – tanda dari depresi masa kehamilan

j) Data Pengetahuan Ibu

Untuk mengetahui pengetahuan ibu mengenai kehamilan, tanda bahaya dalam kehamilan.

2) Data Obyektif

Merupakan data yang didapat oleh tenaga kesehatan dari hasil pemeriksaan

a) Pemeriksaan Umum

- Nilai keadaan umum dan kesadaran ibu

Untuk mengetahui keadaan umum pasien dalam keadaan baik/tidak dan kesadaran ibu apakah compos mentis/delirium/apatis/sopor/coma

- Nilai tanda vital

- Tekanan darah

Untuk mengetahui adanya tekanan darah. Diukur dengan alat tensi darah dan stetoskop.

- Nadi

Untuk mengetahui nadi ibu ada kelainan atau tidak normalnya 60 – 100 x/mnt

- Pernafasan

Merupakan pemeriksaan yang dilakukan untuk menilai proses pengambilan oksigen dan pengeluaran karbondioksida. Menilai frekuensi, irama, kedalaman dan tipe atau pola pernafasaan.

- BB

Untuk mengetahui apakah ada kelainan peningkatan berat badan ibu,. Pertambahan berat 0,5 kg pada seseorang yang hamil dianggap normal. (Sarwono 2009)

- TB

Untuk mengetahui adanya kelainan tinggi badan, seperti tinggi <145 cm merupakan indikasi adanya panggul sempit

b) Pemeriksaan Status Present

Kepala : Untuk mengetahui bentuk kepala ibu normal atau tidak. Normalnya bentuk kepala adalah mesocephal

Kulit kepala : Untuk mengetahui kebersihan kulit kepala ibu dan adakah luka/lesi pada kulit kepala

Rambut : Untuk mengetahui keadaan rambut ibu, meliputi kebersihan, kekuatan rambut dan warna rambut.

Muka : Untuk mengetahui apakah muka pucat untuk mengetahui anemis atau tidak

Mata : Untuk mengetahui adanya tanda anemia, yaitu conjungtiva anemis, karena ibu hamil kehilangan banyak darah ketika proses persalinan jadi perlu untuk dipantau apakah ada tanda anemia atau tidak. Serta mengetahui adanya tanda penyakit hepatitis B, yaitu sklera berwarna kuning, karena penyakit Hepatitis B sangat menular dan berbahaya bagi ibu, janin serta tenaga kesehatan bila tertular.

Hidung : Untuk mengetahui kebersihan hidung, terdapat pembesaran polip atau tidak, agar dapat segera ditangani bila terdapat kelainan.

Telinga : Untuk mengetahui kebersihan telinga, dan pendengaran ibu berfungsi dengan baik atau tidak.

Mulut : Untuk mengetahui kebersihan mulut, ada karang gigi/ gigi berlubang/ tidak. Sariawan dan bibir pecah – pecah menandakan ibu kekurangan vitamin C, dan hal ini harus diatasi

Dada : Pada dada dilakukan pemeriksaan jantung dan paru, yaitu untuk mengetahui adakah kelainan

jantung yang dapat dilihat dari bunyi jantung, normalnya tunggal dan bila ganda maka menandakan adanya kelainan jantung yang dapat berbahaya pada masa hamil. Pemeriksaan paru – paru dilakukan untuk mengetahui apakah suara napas ibu normal atau tidak, serta mendeteksi adanya suara tambahan seperti wheezing dan ronchi yang menandakan adanya penyakit pada saluran pernapasan ibu yang dapat berpengaruh buruk pada masa hamil

Leher : Untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tyroid, karena hipertiroid yang ditandai dengan pembesaran kelenjar tyroid dapat berpengaruh terhadap masa hamil

Mammae : Untuk mengetahui kesimetrisan ke dua payudara ibu. Mendeteksi adanya massa pada payudara yang mengindikasikan adanya tumor. Pada ibu hamil payudara akan membesar dan lebih kencang karena persiapan untuk produksi ASI

Perut : Untuk mengetahui kebersihan perut ibu dan adakah nyeri pada epigastrium. Pada kasus pre eklamsi terdapat nyeri tekan pada epigastrium yang menjadi tanda impending eklamsi (Rukiyah, 2010).

Genetalia : Untuk mengetahui adanya penyakit menular seksual pada ibu yang berpengaruh buruk terhadap masa hamil, seperti condiloma akuminata, condiloma talata dan gonorrhoea. \

Anus : Untuk mengetahui ada hemoroid/tidak, bila ada maka ditangani

Ekstremitas :

Atas : Untuk mengetahui adanya oedema pada tangan serta kuku yang pucat mengindikasikan terjadinya anemia yang berbahaya bagi masa hamil

Bawah : Untuk mengetahui adanya oedema pada kaki serta kuku yang pucat mengindikasikan terjadinya anemia yang berbahaya bagi masa hamil.

c) Status Obstetri

Menunjukkan penyebab langsung terhadap kasus obstetric

Inspeksi

(1) Muka : Untuk mengetahui adanya edema pada muka

(2) Mammae : Untuk mengetahui adanya perubahan fisiologis yang terjadi saat kehamilan seperti areola menjadi lebih gelap, payudara membesar dan kencang karena dimulainya proses laktasi serta untuk mengetahui keadaan puting ibu menonjol atau tidak, untuk mengetahui kesiapan ibu dalam menyusui bayinya

(3) Abdomen : Untuk mengetahui adanya perubahan fisiologis saat kehamilan seperti munculnya striae livide dan striae albicans pada perut, serta linea nigra menjadi lebih gelap

(4) Genetalia : Untuk mengetahui adanya pengeluaran pervaginam.

d) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa :

- Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan ini diperlukan untuk membandingkan golongan darah ibu dengan golongan darah bayinya saat lahir, apakah ada kemungkinan inkompatibilitas golongan darah A-B-O yang memerlukan tindakan pada bayi. Golongan darah juga perlu diketahui bila diperlukan tranfusi pada ibu. Selain itu, golongan darah juga perlu untuk mengetahui rhesus ibu, apabila terjadi sensitivitas pada darah ibu terhadap rhesus janinnya apabila rhesus janin positif. Pemeriksaan ini harus dilakukan, biasanya dilakukan pada trimester pertama kehamilan.

- Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Anemia (kadar hemoglobin rendah) umum terjadi pada ibu hamil. Pemeriksaan kadar Hb bertujuan untuk mendeteksi anemia (Hb kurang dari 11 gr/dl). Pemeriksaan kadar Hb dilakukan rutin pada kunjungan pertama, dan diulang pada awal trimester ketiga karena anemia dapat muncul pada trimester ketiga atau menjelang persalinan (Mangkuji 2016)

- Pemeriksaan HIV /Test VCT

Anti HIV (Antigen Human Immunodeficiency Virus) bertujuan mendeteksi adanya infeksi virus HIV yang berpotensi menular pada janin. Pemeriksaan ini ditawarkan pada ibu hamil di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi dan dilakukan rutin pada trimester pertama kehamilan.

- Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein urin (urinalisis) dilakukan pada trimester kedua dan ketiga jika terdapat hipertensi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi munculnya pre eklamsia pada kehamilan. Dari hasil pemeriksaan urine dapat diklasifikasikan preeklamsia ringan +1 sampai +2 pada dipstick sedangkan untuk preeklamsia berat didapatkan proteinuria dari +3 sampai +4 pada dipstick.

- Pemeriksaan kadar gula darah

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah terjadi DMG (Diabetes Mellitus Gestasional). Pemeriksaan ini dilakukan bila terdapat risiko DMG pada trimester pertama atau saat pertama terdiagnosis hamil, atau pada saat usia kehamilan 24-28 minggu bila tidak ada resiko DMG. Pemeriksaan ini harus diulang pada awal trimester ketiga.

- Pemeriksaan Hepatitis

Pemeriksaan ini dilakukan pada saat kontak pertama kali ibu hamil dengan tenaga kesehatan saat berkunjung ke Puskesmas. Hasil pemeriksaan ini akan menunjukkan ibu hamil dengan Hepatitis Positif atau negatif. Hal ini penting dilakukan karna berhubungan dengan pemberian vaksin Hepatitis kepada bayi serta konseling tehnik menyusui saat nifas.

b. Interpretasi Data Dasar

Setelah dilakukan pengkajian, diagnosa kebidanan dibuat dari data dasar baik dari data subjektif dan data objektif. Sehingga dari hasil anamnesa dan pemeriksaan dapat mendukung terciptanya diagnosa kebidanan (Wafi Nur, 2009).

G ...P ... A ... Umur ... Tahun, hamil....minggu...hari janin tunggal/ganda, mati/hidup, intra/extrauterin letak membujur/melintang, PUKA/PUKI, presentasi kepala/bokong konvergen/ devegen dengan Inpartu kala.....dengan.....

Data dasar

DS : pernyataan kali, rentan, jumlah kehamilan, persalinan, pernah keguguran/tidak, umur serta pernyataan hari pertama haid terakhir untuk mengetahui umur kehamilan ibu saat ini.

DO :

- a. Pemeriksaan tanda-tanda vital apakah tekanan darah tinggi/normal, suhu normal/tidak, pernafasan dalam batas normal/tidak, nadi dalam batas normal/ tidak, pemeriksaan fisik dalam batas normal
 - b. Hasil pemeriksaan Leopold I: TFU...jari diatas pusat, pada fundus teraba 1/lebih bagian bulat, lunak/keras dan tidak melenting/tidak melenting. Leopold II: Bagian kanan perut ibu teraba bagian datar, memanjang dan tahanan memanjang/bagian-bagian kecil janin, bagian kiri perut teraba bagian – bagian kecil dari janin/tahanan memanjang janin, Leopold III: Bagian bawah perut ibu teraba 1/lebih bagian bulat, keras/lunak melenting/tidak melenting. Leopold IV: Bagian terbawah janin sudah/belum masuk PAP.
 - c. Pemeriksaan Auskultasi DJJ: (+/-), frekuensi: 120-160 x/mnt, irama teratur/tidak.
 - d. Pemeriksaan penunjang pada pemeriksaan urine apakah hasilnya negatif/ klasifikasi pre eklamsia ringan/ pre eklamsi berat.
- c. Diagnosa Potensial
- Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap untuk mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini, penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman
- d. Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera
- Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan

tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya bisa saja bukan merupakan kegawatan, tetapi memerlukan keputusan konsultasi dan kolaborasi dokter. Intervensi

e. Perencanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut. Seperti 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 psikologi.

f. Implementasi

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 lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggungjawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan

g. Evaluasi

Dilakukan secara siklus dan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif, untuk mengetahui faktor yang menguntungkan dan menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan. Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah

benar-benar telah diidentifikasi di alam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya

C. Teori Kewenangan Bidan

Dalam melakukan asuhan kebidanan seseorang bidan akan membatasi kewenangannya sesuai dengan:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 28 Tahun 2017 ijin dan penyelenggaraan praktik bidan disebutkan pada:

a. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

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

b. Pasal 19

1) Pelayanan kesehatan ibu yang dimaksudkan pasal 18 a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.

2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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, dan
6. Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.

3) Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk:

a) Episiotomi

- b) Pertolongan persalinan normal
 - c) Penjahitan luka jalan lahir derajat I dan II
 - d) Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan
 - e) Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
 - f) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
 - g) Fasilitas / bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI eksklusif
 - h) Pemberian utrotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
 - i) Penyuluhan dan konseling
 - j) Bimbingan pada kelompok ibu hamil, dan
 - k) Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 pasal 9 yang menyatakan bahwa rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila:
- a. Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau sub spesialisik;
 - b. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan