

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TEORI MEDIS

1. PERSALINAN

a. Pengertian

- 1) Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain (Manuaba, 2007).
- 2) Persalinan adalah proses pembukaan dan penipisan serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir (Winkjosastro, 2008).

b. Tanda – tanda persalinan

Menurut (Depkes, 2004), ada beberapa tanda persalinan diantaranya adalah sebagai berikut :

- 1) Penipisan dan pembukaan persalinan
- 2) Kontraksi uterus yang mengakibatkan pembukaan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
- 3) Keluarnya lender bercampur darah (show) melalui vagina.

Menurut (Manuaba, 2007), ada beberapa faktor yang penting harus diperhatikan dalam proses persalinan yaitu :

- 1) Power
 - (a) His (Kontraksi otot Rahim).
 - (b) Kontraksi otot dinding Rahim.
 - (c) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.
 - (d) ketegangan atau kontraksi ligamentum retundum.
- 2) Pasanger terdiri dari janin dan plasenta.
- 3) Passage terdiri dari jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang.

c. Tahap persalinan

Menurut (Oxom dan Forte, 2010), dalam proses persalinan, ibu akan melewati empat tahapan. Mulai dari kontraksi dan leher Rahim yang terbuka bertahap, hingga proses pengeluaran plasenta atau ari – ari setelah bayi keluar. Ada baiknya para calon ibu mengetahui proses atau tahapan persalinan seperti apa, sehingga para calon ibu dapat mempersiapkan segala halnya guna menghadapi proses persalinan ini.

Proses persalinan terbagi dalam empat tahap, yaitu :

1) Tahap pertama (Kala I).

Kala I adalah tahap terlama, berlangsung 12 – 14 jam, untuk kehamilan pertama dan 6 – 10 jam untuk kehamilan berikutnya. Pada tahap ini mulut Rahim akan menjadi tipis dan terbuka karena adanya kontraksi rahim secara berkala untuk mendorong bayi ke jalan lahir. Pada setiap kontraksi rahim, bayi akan mendorong menekan kebawah sehingga menyebabkan pembukaan jalan lahir. Kala I persalinan disebut lengkap ketika pembukaan jalan lahir menjadi 10cm, yang berarti pembukaan sempurna dan bayi siap keluar dari rahim.

Masa transisi ini menjadi masa yang paling sulit bagi ibu, Menjelang berakhirnya kala 1, pembukaan jalan lahir sudah hampir sempurna. Kontraksi yang terjadi akan semakin sering dan semakin kuat. Anda mungkin mengalami rasa sakit yang hebat , kebanyakan wanita yang pernah mengalami masa inilah yang mengalami masa yang paling berat dan terasa ada tekanan yang sangat berat kearah bawah, seperti ingin buang air besar. Menjelang akhir kala pertama, kontraksi semakin sering dan kuat, dan bila pembukaan jalan lahir sudah 10cm berarti bayi siap dilahirkan dan proses persalinan memasuki kala II.

2) Tahap kedua (Kala II).

Pada kala pengeluaran janin, rasa mulas terkoordinir, kuat, cecepat dan lebih lama, kira – kira 2 -3 menit sekali. Kepala janin turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot –otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Anda merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus membuka pada waktu mengedan. Kepala janin mulai kelihatan , vulva (bagian luar vagina) membuka dan perineum (daerah antara anus dan vagina) meregang dengan mengedan terpimpin akan lahirlah kepala diikuti oleh seluruh badan janin.

Ibu akan merasakan tekanan yang kuat pada daerah perineum. Daerah perineum bersifat elastis, tapi bila dokter, bidan memperkirakan perlu dilakukan tindakan pengguntingan didaerah perineum (episiotomi), maka tindakan ini akan dilakukan dengan tujuan mencegah robekan paksa daerah perineum akibat tekanan bayi.

3) Tahap ketiga (Kala III).

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dari seaput ketuban. Pada masa kala III persalinan, otot uterus (myometrium) berkontraksi mengikuti berkurangnya kontraksi uterus rongga uterus secara tiba – tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan rongga uterus ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat implementasi plasenta, maka plasenta menekuk, menebal kemudian dilepaskan dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau bagian atas vagina.

Waktu paling kritis mencegah perdarahan post partum adalah ketika plasenta lahir segera lahir. Kontraksi pada otot uterus merupakan mekanisme fisiologis yang menghentikan perdarahan. Manajemen aktif pada kala III persalinan

mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan post partum. Adapun langkah manajemen aktif kala III diantaranya pemberian suntikan oksitosin melakukan penegangan tali pusat terkendali, rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri (massase).

4) Tahap keempat (Kala IV)

Kala IV persalihan dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Kala IV disebut juga dengan masa post partum merupakan masa yang paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian yang disebabkan oleh perdarahan , selama kala IV petugas harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan.

2. KETUBAN PECAH DINI (KPD)

a. Pengertian

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/ sebelum inpartu pada pembukaan <4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktu melahirkan. Ketuban pecah dini merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Pengelolaan ketuban pecah dini pada kehamilan kurang dari 34 minggu sangat kompleks, bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan *Respiration Distress Syndrome* (RDS) (Nugroho, 2010).

b. Etiologi

Menurut (Nugroho, 2010), penyebab ketuban pecah dini masih belum diketahui secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan factor – factor yang berhubungan erat dengan

ketuban pecah dini, namun factor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi factor predisposisinya adalah :

- 1) infeksi yang terjadi secara berlangsung pada selaput ketuban maupun asenderan dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bias menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.
- 2) Serviks yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan servik uteri (akibat persalinan, curatege).
- 3) Tekanan intra uteri yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (oberdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gemeli.
- 4) Trauma yang didapat, misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini karena biasanya disertai infeksi.
- 5) Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membrane bagian bawah.

Menurut (Nugroho, 2010), beberapa factor resiko dari ketuban pecah dini adalah :

- 1) Inkompetensi serviks (leher rahim).
- 2) Polihidramnion (cairan ketuban berlebih).
- 3) Riwayat ketuban pecah dini sebelumnya.
- 4) Kelainan atau kerusakan selaput ketuban.
- 5) Kehamilan kembar.
- 6) Trauma.
- 7) Serviks (leher rahim) yang pendek (< 25 mm) pada usia kehamilan 23 minggu.
- 8) Infeksi pada kehamilan seperti bacterial vaginosis.

c. Tanda dan gejala

Menurut (Mochtar, 2003), tanda dan gejala ketuban pecah dini adalah sebagai berikut :

- 1) Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes dari 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.
- 3) Cairan ini tidak akan kering atau berhenti karena terus di produksi sampai kelahiran. Tetapi bila anada duduk berdiri, kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya “ menganjal “ atau “ menyumbat “ kebocoran untuk sementara.
- 4) Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda – tanda infeksi yang terjadi.

d. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Saifuddin, 2006), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada kasus ketuban pecah dini adalah :

- 1) Pemeriksaan Laboratorium
 - (a) Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan pH-nya.
 - (b) Cairan yang keluar dari vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urine, atau secret vagina.
 - (c) Sekret vagina ibu hamil pH; 4 – 5 dengan kertas nitrazin tidak berubah warna , tetap kuning.
 - (d) Tes Lakmus (tes nitrazin), 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 yang positif.

(e) Mikroskopi (tes pakis) dengan meneteskan iar ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. pemeriksaan mikroskopi menggambarkan daun pakis.

2) Pemeriksaan ultrasonografi (USG).

(a) Pemeriksaan ini dimaksud untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.

(b) Pada kasus ketuban pecah dini terlihat jumlah cairan ketuban sedikit, namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion.

e. Komplikasi

Menurut (Nugroho, 2010), komplikasi yang dapat terjadi pada kasus ketuban pecah dini antara lain sebagai berikut :

- 1) Komplikasi yang paling sering terjadi pada ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernafasan (RDS) yang terjadi pada 10 – 40 % bayi baru lahir.
- 2) Resiko infeksi meningkat pada kejadian ketuban pecah dini.
- 3) Semua ibu hamil dengan ketuban pecah dini premature sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya chorioamnionitis (radang pada korion dan amnion).
- 4) Selain itu kejadian prolapse atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada ketuban pecah dini.
- 5) Resiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini preterm.
- 6) Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada ketuban pecah dini preterm. Kejadiannya mencapai hamper 100% apnial KPD preterm itu terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu.

f. Penatalaksanaan

Ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan beresiko tinggi. Kesalahan dalam mengelola ketuban pecah dini akan membawa akibatv meningkatnya angkabmorbidity dan

mortalitas ibu maupun bayinya. Penatalaksanaan ketuban pecah dini masih dilemma bagi sebagian besar ahli kebidanan. Kasus ketuban pecah dini yang cukup bulan, kalau segera mengakhiri kehamilan akan menaikan insiden bedah cesar dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikan insiden chriamnionitis (Manuaba, 2008).

Kasus ketuban pecah dini yang kurang bulan kalau menempuh cara- cara aktif harus dipastikan bahwa tidak akan terjadi sindrom distress pernafasan (RDS) dan kalau menempuh cara konservatif dengan maksud memberi waktu pematangan paru harus memantau keadaan janin dan infeksi yang akan memperjelek prognosis janin. Penatalaksanaan ketuban pecah dini tergantung pada umur kehamilan, kalau umur kehamilan tidak diketahui secara pasti dilakukan pemeiksaan ultrasonografi (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin (Manuaba, 2008).

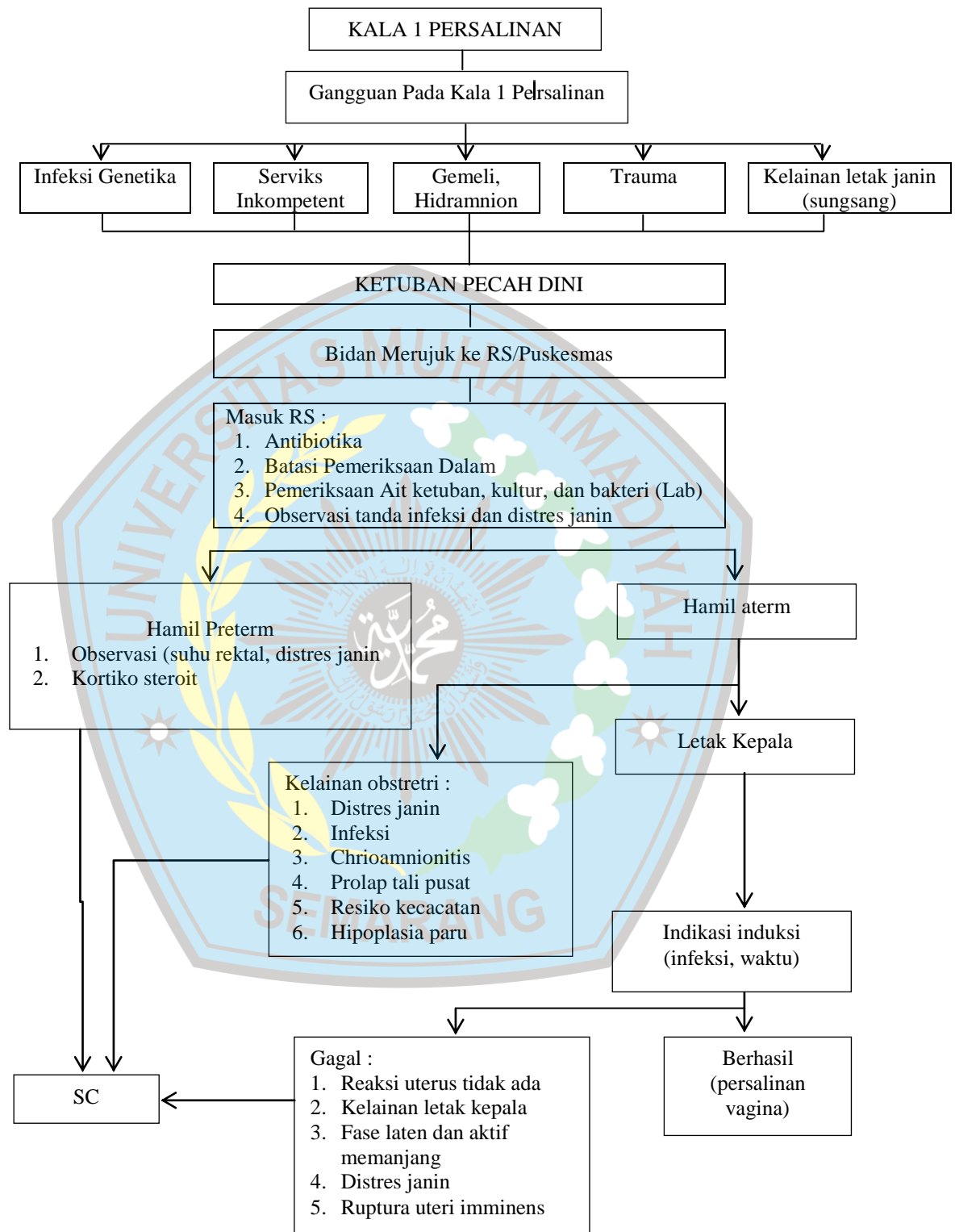
Resiko yang lebih sering pada kasus ketuban pecah dini dengan janin kurang bulan adalah sindrom distress pernafasan (RDS) dibandingkan dengan sepsis. Oleh karena itu pada kehamilan kurang bulan perlu evaluasi hati – hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan 34 minggu atau lebih biasanya paru – paru sudah matang, chrioamnionitis yang diikuti dengan sepsis pada janin merupakan sebab utama meningginya mordibitas dan mortalitas janin (Nugroho, 2010).

Pada kehamilan cukup bualan, infeksi janin langsung berhubungan dengan lama [pecahnya selaput ketuban atau lamanya periode laten. Kebanyakan penulis sepakat mengambil 2 faktor yang harus dipertimbangkan dalam mengambil sikap atau tindakan terhadap penderita ketuban pecah dini yaitu umur kemalina dan tidaknya tanda- tanda infeksi pada ibu (Nugroho, 2010).

Adapun penatalaksanaan ketuban pecah dini menurut (Varney, 2009) adalah sebagai berikut :

- 1) Ukur suhu dan nadi ibu setiap 4 jam
- 2) Setelah pemantauan janin elektronik, cek DJJ, setiap 4 jam ketika sudah di rumah sakit.
- 3) Hitungb sel darah putih dengan hitung jenis setiap hari atau setiap 2 hari.
- 4) Mempertahankan kehamilan sampai umur matur.
- 5) Waktu terminasi pada hamil aterm dapat dianjurkan pada selang waktu 6 jam sampai 24 jam, bila tidak terjadi his spontan.
- 6) Pada usia kehamilan 24 smapai 32 minggu saat berat janin cukup, perlu dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan dengan kemungkinan janintidak dapat diselamatkan. Jika persalinan menuju premature maka dilakukan seksio sesaria.
- 7) Pemeriksaan USG untuk mengukur distansia biparietal dan perlu melakukan aspirasi air ketuban untuk melakukan pemeriksaan kematangan paru melalui perbandingan.

3. PATHWAYS KETUBAN PECAH DINI



Bagan Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

Sumber : Manuba (2010) dan Nugroho (2010)

B. TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN

Dalam penyusunan proposal ini penulis menggunakan pola fikir manajemen varney.

1. Pengertian

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).

2. 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).

3. 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.

4. Penerapan manajemen kebidanan pada bayi baru lahir dengan hipoglikemia

a. Langkah Pertama

- 1) 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:

(1) Identitas

(a) Nama

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

(b) Umur

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

(c) Agama

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

(d) Suku/ bangsa

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

(e) Pendidikan

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

(2) 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).

(3) 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).

(4) Alasan datang

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

Pada pasien abortus pasien datang dengan keluhan mules-mules dan perdarahan pervaginam (Prawirohardjo, 2008).

(5) Keluhan pasien

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

keluhan – keluhan yang dirasakan ibu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah ibu mengatakan mengeluarkan cairan yang rembes melalui vagina, ada bercak yang banyak di vagina, nyeri perut dan demam (Mochtar, 2003).,

(6) 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; h. 133).

(b) Riwayat kesehatan yang lalu

Untuk mengetahui penyakit yang pernah diderita oleh penderita dahulu dengan masalah yang dihadapi sekarang (Ambarwati, 2010; h. 133).

(c) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui apakah dari keluarga penderita ada yang pernah menderita penyakit menular yang kronis, penyakit keturunan yang dapat mempengaruhi kehamilan (Ambarwati, 2010; h. 133).

(7) Riwayat obstetri

(a) 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; h. 133).

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

Untuk mengetahui riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu apakah ada komplikasi, serta penyulit yang menyertai (Ambarwati, 2010; h. 134).

(c) Riwayat kehamilan sekarang

Berisi tentang keluhan atau keadaan yang dialami ibu sekarang (Ambarwati, 2010; h. 134).

(8) 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 kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu resti atau tidak , meliputi:

A. Hari pertama haid terakhir (HPHT)

Digunakan untuk mengetahui umur kehamilan (Winkjosastro, 2007).

B. Hari perkiraan lahir (HPL)

Untuk mengetahui perkiraan lahir (Winkjosastro, 2007).

C. keluhan – keluhan

Untuk mengetahui apakah ada keluhan pada TM I, II, III (Winkjosastro, 2007).

D. Ante natal care (ANC)

Mengetahui anc, teratur/ tidak, tempat anc, dan saat kehamilan berapa (Sujiyatini, 2009)

(9) 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).

(10) Pola kebiasaan sehar-hari

(a) Nutrisi

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

(b) 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).

(c) Aktifitas

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

(d) 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).

(e) 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.

(1) Pemeriksaan umum

(a) Keadaan umum

Untuk mengetahui bagaimana kesehatan umum ibu (Ambarwati, 2010). Dalam kasus ketuban pecah dini disini kondisi pasien baik (Nugroho, 2010)

(b) Tekanan darah

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

(c) Suhu

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

(d) Pernafasan

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

(e) 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).

(2) Status present

(a) Muka

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

(b) Mata

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

(c) Hidung

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

(d) Telinga

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

(e) Mulut dan gimul

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

(f) Leher

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

(g) Dada

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

(h) Abdomen

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

(i) Punggung

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

(j) Genetalia

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

(k) Ekstremitas

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

(3) Status obstetric

(a) Inspeksi

A. Mata

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

B. Mammae

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

C. Abdomen

Untuk mengetahui apakah ada linia nigra, adakah striae gravidarum, adakah bekas jahitan operasi atau tidak (Varney, 2006; h. 527).

(b) Palpasi

A. Mammae

Untuk mengetahui adanya benjolan atau tidak, apakah sudah keluar kolostrum atau belum (Varney, 2006).

B. Abdoment

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

C. Leopold I

Untuk menentukan tinggi fundus uteri sehingga dapat diketahui berat janin, umur kehamilan dan bagian janin apa yang terjadi di fundus uteri seperti membujur atau akan kososng jika posisi janin melintang. Kepala bulat padat memepunyai gerakan pasif (ballottement),

bokong tidak padat, lunak, tidak mempunyai gerak pasif (Manuaba, 2007).

D. Leopold II

Untuk menentukan punggung janin untuk dapat digunakan untuk mendengar detak jantung janin pada puctum maximum dengan teknik kedua tangan melakukan palpasi pada sisi kanan dan kiri, bersama- sama bila punggung janin rata, sedikit melengkung mungkin teraba tulang iganya tidak terasa gerak ekstremitas, bila bagian abdomen teraba gerakan ektrememitas (Manuaba, 2007).

E. Leopold III

Untuk menentukan bagian terendah janin, bila teraba bulat, padat (kepala) dan bila bokong teraba tidak bulat keras (Manuaba, 2007).

F. Leopold IV

Pemeriksaan dengan menghadap kaki ibu, untuk mengetahui apa yang menjadi bagian bawah dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut kedalam rongga panggul (Manuaba, 2007).

G. TBJ

Tafsiran berat badan janin dapat ditentukan berdasarkan Johnson toscheck yang berguna untuk mengetahui pertimbangan persalinan secara spontan pervaginam (Manjoer, 2005)

(c) Auskultasi

Digunakan stetoskop untuk mendengar denyut jantung janin (DJJ) yaitu pada bulan 4-5 untuk mengetahui teratur atau tidak denyut jantung janin (Varney, 2006).

(d) Perkusi

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

2) Pemeriksaan penunjang

Data penunjang diperlukan sebagai pendukung diagnose apabila diperlukan. Misalnya pemeriksaan laboratorium, seperti pemeriksaan HB dan papsmer. Di dalam kasus ini pemeriksaan penunjang dilakukan yaitu dengan melakukan pemeriksaan laboratorium meliputi tes lakmus, tes pakis, dan USG (Nugroho, 2010)

b. Langkah II : Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi diagnose kebidanan masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dalam langkah ini data yang telah dikumpulkan diinterpretasikan menjadi diagnose kebidanan dan masalah. Keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnose tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap pasien (Ambarwati, 2010).

1) Diagnosa kebidanan

Ny...G...P...A.. umur...tahun,umur kehamilan...minggu, janin tunggal/ kembar, hidup/ mati, intrauterine/ ekstrauterine, letak memanjang/ melintang, punggung kanan/ kiri, presentasi kepala/ bokong, UUK jam ...inpartu kala...fase...dengan ketuban pecah dini.

2) Masalah

Masalah yang berkaitan dengan pengalaman pasien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai doagnosa sesuai dengan keadaan pasien. Maslah yang sering muncul pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini yaitu ibu

tampak gelisah dan cemas menghadapi persalinan (Nursalam, 2003).

3) **Kebutuhan**

Menurut (Manuaba, 2007), kebutuhan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah informasi tentang keadaan ibu, informasi tentang makanan bergizi dan cukup kalori, support mental dari keluarga dan tenaga kesehatan.

c. Langkah III : Diagnosa Potensial

Langkah ini dilakukan untuk mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Pada langkah ini identifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa, hal ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan menunggu, mengamati dan bersiap-siap apabila hal tersebut benar- benar terjadi (Ambarwati, 2010).

Pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah terjadinya resiko dan komplikasi yang mengancam kehidupan ibu dan bayinya serta pengeluaran cairan dalam lebih dalam jumlah besar yang terus menerus (Varney, 2009).

d. Langkah IV : Antisipasi Atau Tindakan Segera

Pada langkah ini mengidentifikasi tindakan segera oleh bidan serta konsultasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya sesuai dengan kondisi klien (Ambarwati, 2010).

Antisipasi Pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah menaikkan insiden bedah cesar dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insiden chorioamnionitis (Manuaba, 2007).

e. Langkah V : Intervensi

Langkah ini asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya yang merupakan lanjutan dari masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau antisipasi

(Ambarwati,2010).Menurut (Varney, 2009), intervensi pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah

- 1) Ukur suhu dan nadi ibu setiap 4 jam
- 2) Setelah pemantauan janin elektronik, cek DJJ, setiap 4 jam ketika sudah di rumah sakit.
- 3) Hitungb sel darah putih dengan hitung jenis setiap hari atau setiap 2 hari.
- 4) Mempertahankan kehamilan sampai umur matur.
- 5) Waktu terminasi pada hamil aterm dapat dianjurkan pada selang waktu 6 jam sampai 24 jam, bila tidak terjadi his spontan.
- 6) Pada usia kehamilan 24 smapai 32 minggu saat berat janin cukup, perlu dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan dengan kemungkinan janintidak dapat diselamatkan. Jika persalinan menuju premature maka dilakukan seksio sesaria.
- 7) Pemeriksaan USG untuk mengukur distansia bipariental dan perlu melakukan aspirasi air ketuban untuk melakukan pemeriksaan kematangan paru melalui perbandingan

f. Langkah VI : Implementasi

Langkah ini merupakan penatalaksanaan rencana asuhan penyuluhan kepada klien dan keluarga. Mengarahkan dan melaksanakan rencana asuhan efisiensi dan aman (Ambarwati, 2010).

g. Langkah VII : Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum terlaksana (Ambarwati, 2010).

C. TEORI HUKUM KEWENANGAN BIDAN

1. Bidan dalam menyelenggarakan praktiknya berlandaskan pada permenkes No. 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan terutama pada pasal 18 dan 19.

Pasal 18 berbunyi :

Dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

- a) Pelayanan kesehatan ibu*
- b) pelayanan kesehatan anak dan*
- c) pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.*

Dan di pasal 19 ayat 3 poin d :

- d. Penanganan ke gawat daruratan dilanjutkan dengan rujukan*

2. Standar pelayanan kebidanan, Standar No. 16.

Sebagai seorang bidan harus bisa mengenali cara yang tepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan, tujuan dilakukannya standar ini adalah mengenali dan melaksanakan tindakan secara tepat dan cepat perdarahan serta melakukan pertolongan pertama dan melakukan rujukan secara dini ketempat yang memadai (RS, Puskesmas) (IBI, 2005).