

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN MEDIS

1. PERSALINAN

a. Pengertian

- 1) Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Hanifa Wiknjosastro, 2010 hal. 180).
- 2) Persalinan adalah suatu perubahan yang dramatik, otot harus berkontraksi untuk menghasilkan tekanan pada dinding uterus, guna mendilatasi serviks. (Christine Henderson, 2006 hal. 278).
- 3) Persalinan adalah proses multifaset, kompleks karena kejadian psikologis dan fisiologis saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan (Vicky Chapman, 2006 hal. 88).
- 4) Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir atau 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 (Saifuddin, 2011 hal. 100).
- 5) Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (Azrul Azwar, 2007 hal. 37).

6) Persalinan adalah proses alamiah ketika terjadi pembukaan serviks serta pengeluaran janin dan plasenta dari uterus ibu (Maimunah, 2005 hal. 138).

Dari pengertian beberapa sumber tersebut diatas, maka dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses alamiah dimana terjadi pengeluaran hasil konsepsi berupa janin, plasenta dan selaput ketuban dengan umur kehamilan cukup bulan yang didahului proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin

b. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan sampai kini masih merupakan teori yang kompleks. Faktor-faktor hormonal, pengaruh saraf dan nutrisi disebut sebagai pemicu di mulainya persalinan, dengan demikian dapat dikemukakan beberapa teori yang memungkinkan terjadinya proses persalinan:

1) Penurunan kadar progesterone.

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerenggangan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his (Hanifa Wiknjosastro, 2010).

2) Teori oxytocin

Oksitosin memiliki peranan penting dalam proses persalinan sebagai stimulator poten dari kontraksi. Oksitosin membantu untuk melebarkan leher rahim sehingga janin dapat bergerak sampai bayi dilahirkan. Oksitosin juga membantu melahirkan plasenta dan membatasi perdarahan di lokasi plasenta. Selama persalinan dan kelahiran, tekanan janin terhadap serviks dan kemudian terhadap jaringan di dasar panggul dapat merangsang pelepasan oksitosin sehingga timbul kontraksi (Saifuddin, 2011).

3) Ketegangan otot-otot

Dalam proses persalinan, bayi di dorong keluar dari rahim karena adanya kontraksi dari otot pubococcygeus yang melakukan pekerjaan penting lainnya seperti mengendalikan aliran air seni dan posisi kepala bayi dengan benar selama persalinan.

Nyeri pada proses persalinan di bagi tiga tahap :

- a) Bagian atas otot-otot rahim mulai berkontraksi. Akibatnya leher rahim mulai menipis dan membesar karena tekanan pada pembuluh darah leher rahim. Kontraksi terjadi dengan interval lima menit. Ketika serviks membesar, kontraksi terjadi pada setiap tiga menit yang berarti frekuensi meningkat. Ketika frekuensi kontraksi meningkat, leher rahim menjadi lebih lebar. Setelah itu terjadi kontraksi setiap

dua menit dan leher rahim yang melebar menjadi penuh. Ketika serviks dilatasi penuh, maka kepala bayi sudah nampak di perineum (Saifuddin, 2011).

- b) Setelah terjadi perubahan pada kontraksi rahim, maka dianjurkan untuk mengambil nafas dan menahan nafas tersebut di setiap kontraksi timbul dan ketika merasakan dorongan untuk buang air besar serta menahan rasa sakit dengan nafas dalam-dalam sampai bayi keluar sepenuhnya dari rahim.
 - c) Kontraksi rahim berhenti dan otot-otot uterus rileks. Setelah beberapa menit, kontraksi mulai lagi dan meningkat secara bertahap sampai plasenta juga dikeluarkan.
- 4) Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua, disamping itu pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim dan prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

- 5) Teori induksi partus (*induction of labor*)

Induksi persalinan adalah suatu usaha agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang timbulnya his, persalinan anjuran (induksi persalinan) dapat dilakukan dengan jalan:

a) Memecahkan ketuban Pemecahan ketuban ini dapat mengurangi beban rahim sebesar 40 % sehingga tenaga kontraksi rahim dapat lebih kuat untuk membuka serviks dan menyebabkan kepala dapat langsung menekan dinding serviks. Di dinding serviks terdapat banyak syaraf-syaraf yang merangsang kontraksi rahim.

b) Induksi persalinan secara hormonal / kimiawi Pemberian oksitosin menurut tetesan perinfus. Tetesan infusnya dimulai dari 8 mU (1 mU = 2 tetes) permenit dinaikkan 4 mU setiap 30 menit. Tetesan maksimalnya 30-40 mU (Hanifa Wiknjosastro 2010 hal.181)

c. Tahapan Persalinan Normal

Proses persalinan di bagi menjadi 4 kala:

1) Kala I (kala pembukaan serviks)

Kala ini di mulai sejak timbulnya his dan mengeluarkan lendir yang bercampur darah (*bloody show*). Lendir yang bercampur darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka. Proses ini di bagi 2 fase yaitu :

a) Fase laten, berlangsung selama 8 jam, di mulai dari pembukaan nol sampai 3 cm dan his masih lemah dengan

frekuensi his jarang jika melebihi dari 8 jam disebut fase laten memanjang.

b) Fase aktif (4-10) cm dengan kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih (per jam berlangsung 7 jam). Pada fase aktif di bagi dalam 3 fase :

(1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.

(2) Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

(3) Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. (Hanifa Wiknjosastro, 2010 hal. 182 ; Saifuddin, 2011 hal. 100).

2) Kala II (Kala Pengeluaran)

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir dengan adanya dilatasi penuh serviks dan sempurna. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali, lamanya 60 – 90 detik.

Tanda dan gejala kala dua :

a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

b) Ibu merasakan meningkatnya tekanan pada rectum atau vagina dan hendak buang air besar.

- c) Perineum terlihat menonjol.
- d) Vulva dan anus terlihat membuka.
- e) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah
- f) Kepala telah turun di dasar panggul.

Diagnosis pasti kala dua adalah bila dilakukan pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan serviks lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm. Primigravida kala II berlangsung kira-kira 2 jam, multigravida berlangsung kira-kira 1 jam, multipara berlangsung kira-kira 0,5 jam (Hanifa Wiknjastro, 2010 hal. 184 ; Saifuddin, 2011 hal. 100).

3) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Dimulai sejak lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta berlangsung 6 sampai 15 menit setelah janin keluar dan disertai dengan pengeluaran darah. Tanda-tanda pelepasan plasenta adalah tali pusat bertambah panjang, semburan darah tiba-tiba, bentuk uterus menjadi lebih bulat (Hanifa Wiknjastro, 2010 hal. 185 ; Saifuddin, 2011 hal. 117).

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Pemantauan pada kala IV:

- a) Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras.

- b) Periksa tanda-tanda vital dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua
 - c) Anjurkan Ibu untuk minum demi mencegah dehidrasi
 - d) Bersihkan perineum Ibu dan kenakan pakaian Ibu yang bersih dan kering.
 - e) Biarkan Ibu beristirahat.
 - f) Bayi segera diberi ASI, ini dapat membantu uterus berkontraksi.
 - g) Jika Ibu perlu ke kamar mandi, Ibu boleh bangun, pastikan Ibu dibantu karena masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan. Pastikan Ibu sudah buang air kecil dalam 3 jam pascapersalinan (Saifuddin, 2011 hal.21).
- d. Faktor-Faktor Yang Berperan Dalam Persalinan
- Tiga faktor dalam persalinan adalah :
- 1) *Powers* (tenaga)
 - a) *Power* adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu.
 - b) *Power* merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.
 - c) His adalah kontraksi otot-otot rahim dalam persalinan.

d) Kontraksi adalah gerakan memendek dan menebalnya otot-otot rahim yang terjadi diluar kesadaran (involuter) dan dibawah pengendalian syaraf simpatik.

2) *Passages* (jalan lahir)

Passage adalah jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal. Rongga-rongga panggul yang normal adalah: pintu atas panggul hampir berbentuk bundar, sacrum lebar dan melengkung, promontorium tidak menonjol ke depan, kedua spina ischiadica tidak menonjol kedalam, sudut arcus pubis cukup luas (90-100), ukuran conjugate vera (ukuran muka belakang pintu atas panggul yaitu dari bawah simpisis ke promontorium) adalah 10-11 cm, ukuran diameter transversa (ukuran melintang pintu atas panggul) 12-14 cm, pintu bawah panggul ukuran 10-10,5 cm. 20 (Saifuddin, 2011).

3) *Passanger* (janin)

Passanger terdiri dari janin dan plasenta, janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar. Kelainan-kelainan yang sering menghambat dari pihak *passanger* adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anensephalus, kelainan letak seperti letak

muka ataupun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau pun letak sungsang (Wayan, <http://www.wordpress.com>)

2. PARTUS MACET

a. Pengertian

Ada beberapa pengertian tentang partus macet, antara lain :

- 1) Partus macet adalah fase deselerasi atau kala II pembukaan servik lengkap, ibu ingin mencedan tetapi tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin (Wiknjosastro, Hanifah 2010).
- 2) Partus macet/partus lama merupakan fase laten lebih dari 8 jam yang persalinannya telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir, disertai dengan dilatasi serviks di kanan garis waspada pada persalinan fase aktif (Saifuddin, 2011 hal. 184).
- 3) Partus lama adalah berlangsung lebih dari 24 jam yang dinyatakan lama jika terjadi keterlambatan 2-3 jam di belakang partograf normal (David T.Y, 2008 hal. 169).

b. Etiologi

Penyebab persalinan macet diantaranya adalah

- 1) Kelainan letak
- 2) Kelainan jalan lahir

Jalan lahir dibagi atas bagian tulang yang terdiri atas tulang tulang panggul dengan sendi-sendinya dan bagian lunak terdiri dari otot-oto, jaringan-jaringan dan ligamen-ligamen (David T.Y,

2008). 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 (kyposis, scoliosis, dll), kelainan ekstremitas inferior (coxitis, fraktur, dll).

Kelainan panggul dapat menyebabkan kesempitan panggul.

Kesempitan panggul dapat dibagi menjadi 3 bagian,

- (1) Kesempitan pintu atas panggul, pintu atas panggul dikatakan sempit jika ukuran konjugata vera kurang dari 10 cm atau diameter transversa kurang dari 12 cm.
- (2) Kesempitan panggul tengah, jika jumlah diameter interspinarum ditambah diameter sagitalis posterior kurang 13,5 cm (normalnya $10,5 \text{ cm} + 5 \text{ cm} = 15,5 \text{ cm}$).
- (3) Kesempitan pintu bawah panggul, diartikan jika distansia intertuberum kurang dari 8 cm dan diameter tranversa + diameter sagitalis posterior kurang dari 15 cm (Normalnya $= 11 \text{ cm} + 7,5 \text{ cm} = 18,5 \text{ cm}$)

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, cerviks uteri dan uterus (Cunningham, Dkk, 2005).

3) Kelainan keluaran his dan meneran

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan hambatan pada jalan lahir yang lazim normal dimuali dari salah satu sudut d fundus uteri yang kemudian menjalar merata simetris ke seluruh korpus uteri dengan adanya dominasi kekuatan pada fundus uteru, kemudian mengadakan relaksasi secara merata dan menyeluruh. Baihk atau tidaknya his dinilai dengan kemajuan persalinan, sifat dari his itu sendiri (frekuensinya, lamanya, kuatnya, dan relaksasinya). Adapun jenis-jenis kelainan his sebagai berikut :

- a) Inersia uteri
- b) His yang terlalu kuat
- c) Kekuatan uterus yang tidak terkoordinasi

4) Kelainan mengejan

Pada umumnya persalinan kala II kemajuannya sangat dibantu oleh hejan perut, yang biasanya dikerjakan bersama-sam pada waktu his.

Kelainan mengejan disebabkan oleh:

- a) Otot dinding perut lemah
- b) Distasis recti, abdomen pendulans dan jarak antara kedua m.recti lebar

- c) Reflek mengejan hilang karena pemberian narcose atau anestesi
 - d) Kelelahan (otot dinding perut mrnjadi lemah)
- 5) Pimpinan persalian yang salah

Pimpinan persalinan yang salah dari penolong juga bisa menjadi salah satu penyebab terjadinya partus macet (Oxorn & Forte, 2010)

c. Diagnosis Persalinan Macet

Tabel 2.1 Diagnosis Persalinan Macet

Pola persalinan	Primipara	Multipara
Fase deselerasi memanjang	>3 jam	>1 jam
Terhentinya pembukaan	>2 jam	>2 jam
Terhentinya penurunan bagian terendah	>1 jam	>1 jam
Kegagalan penurunan bagian terendah	tidak ada penurunan	tidak ada penurunan

Sumber : Wiknjosastro, Hanifah 2005

d. Tanda Dan Gejala Klinik

- 1) Pada ibu Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat, dan meteorismus. Didaerah lokal sering di jumpai edema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.
- 2) Pada janin
 - a) Periksa denyut jantung janin selama atau segera sesudah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama kala dua.
 - b) Jika terdapat gawat janin, lakukan seksio sesarea; kecuali jika syarat-syaratnya dipenuhi, lakukan ekstraksi vakum atau forceps.

- c) Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah, pikirkan kemungkinan gawat janin.
- d) Jika tidak ada ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang mungkin menyebabkan gawat janin. (Saifuddin, 2011 hal. 184-185).

e. Komplikasi

Komplikasi partus macet menurut Saifuddin (2006) adalah sebagai berikut :

- 1) Pada ibu
 - a) Infeksi sampai sepsis
 - b) Asidosis dengan gangguan elektrolit
 - c) Dehidrasi, syok
 - d) Robekan jalan lahir
 - e) Fistula buli-buli, vagina, rahim dan rectum
- 2) Janin
 - a) Gawat janin dalam rahim sampai meninggal
 - b) Lahir dalam asfiksia berat sehingga dapat menimbulkan cacat otak menetap
 - c) Trauma persalinan, fraktur clavikula, humerus, femur

f. Penanganan Persalinan Macet.

1) Penanganan Umum

a) Nilai cepat keadaan umum wanita hamil tersebut termasuk tanda-tanda vital tingkat hidrasinya.

b) Periksa denyut jantung janin selama atau segera sesudah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama kala II (David T.Y, 2008).

c) Memperbaiki keadaan umum.

(1) Dengan memberikan dukungan emosional, bila keadaan masih memungkinkan anjurkan bebas bergerak duduk dengan posisi yang berubah.

(2) Berikan cairan searah oral atau parenteral dan upaya buang air kecil. c. Berikan analgesia : tramadol atau petidin 25 mg IM (maksimum 1 mg/kg BB), jika pasien merasakan nyeri yang sangat (David T.Y, 2008).

2) Penanganan khusus

a) Persalinan palsu / belum inpartu (*False labor*) Bila his belum teratur dan porsio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing. Ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat. Bila tidak pasien boleh rawat jalan (Cunningham, Dkk, 2005).

b) Fase laten yang memanjang (*Prolonged latent phase*)

Diagnosis fase laten yang memanjang dibuat secara retrospektif. Bila his terhenti disebut persalinan palsu atau belum inpartu. Bila mana kontraksi makin teratur dan pembukaan bertambah sampai 3 cm, pasien tersebut dikatakan masuk fase laten (Rizkaharni, <http://www.wordpress.com>). Apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dalam:

- (1) Bila tidak ada perubahan penipisan dan pembukaan serviks tidak didapatkan tanda gawat janin, kaji ulang diagnosis nya kemungkinan ibu belum dalam keadaan inpartu.
- (2) Bila didapatkan perubahan dalam penipisan dan pembukaan serviks, lakukan drips oksi dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat maksimum 40 tetes per menit atau berikan preparat prostaglandin lakukan penilaian 4 jam. Bila didapatkan adanya tanda amnionitis, berikan induksi dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dekstrose mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 15 menit di tambah 4 tetes sampai his yang adekuat (maksimum 40 tetes per menit) atau di berikan preparat prostaglandin serta obati infeksi

dengan ampisilin 2 gr Intra Vena (IV) sebagai dosis awal dan 1 gr Intra vena (IV) setiap 6 jam dan gentamisin 2 X 80 mg (Cunningham, Dkk, 2005).

c) Fase aktif yang memanjang (*prolonged active phase*)

Bila tidak didapatkan adanya chefalo pelvik disproporsi (CPD) atau adanya obstruksi :

(1) Berikan penanganan kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.

(2) Bila ketuban utuh, pecahkan ketuban Bila kecepatan permukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm per jam lakukan penilaian kontraksi uterus.

d) Disproporsi sefalopelvik (CPD)

d) CPD terjadi karena bayi terlalu besar atau pelvis kecil. Bila dalam persalinan terjadi CPD akan didapatkan persalinan yang macet. Cara penilaian pelvis yang baik adalah dengan melakukan partus percobaan (*trial of labor*). Kegunaan pelvimetri klinis terbatas bila diagnosis CPD ditegakkan, lahirkan bayi dengan seksio sesarea, bila bayi mati lakukan kraniotomi atau embriotomi (bila tidak mungkin lakukan seksio sesarea) (David T.Y, 2008).

e) Obstruksi (partus macet)

Bila ditemukan tanda-tanda obstruksi :

(1) Bayi hidup lakukan SC

(2) Bayi meninggalkan lakukan kraniotomi/embriotomi (bila tidak mungkin, lakukan seksio sesarea)

f) Kontraksi uterus tidak adekuat (inersia uteri)

Bila kontraksi uterus tidak adekuat dan disproporsi atau obstruksi bisa disingkirkan, kemungkinan penyebab persalinan lama adalah inersia uteri.

(1) Pecahkan ketuban dan lakukan induksi dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dekstroza (atau NaCl) atau prostaglandin.

(2) Evaluasi kemajuan persalinan dengan pemeriksaan vaginal 2 jam setelah his adekuat jika tidak ada kemajuan, lakukan seksio sesarea, jika ada kemajuan, lanjutkan infuse oksitosin dan evaluasi setiap 2 jam (Oxorn & Forte, 2010).

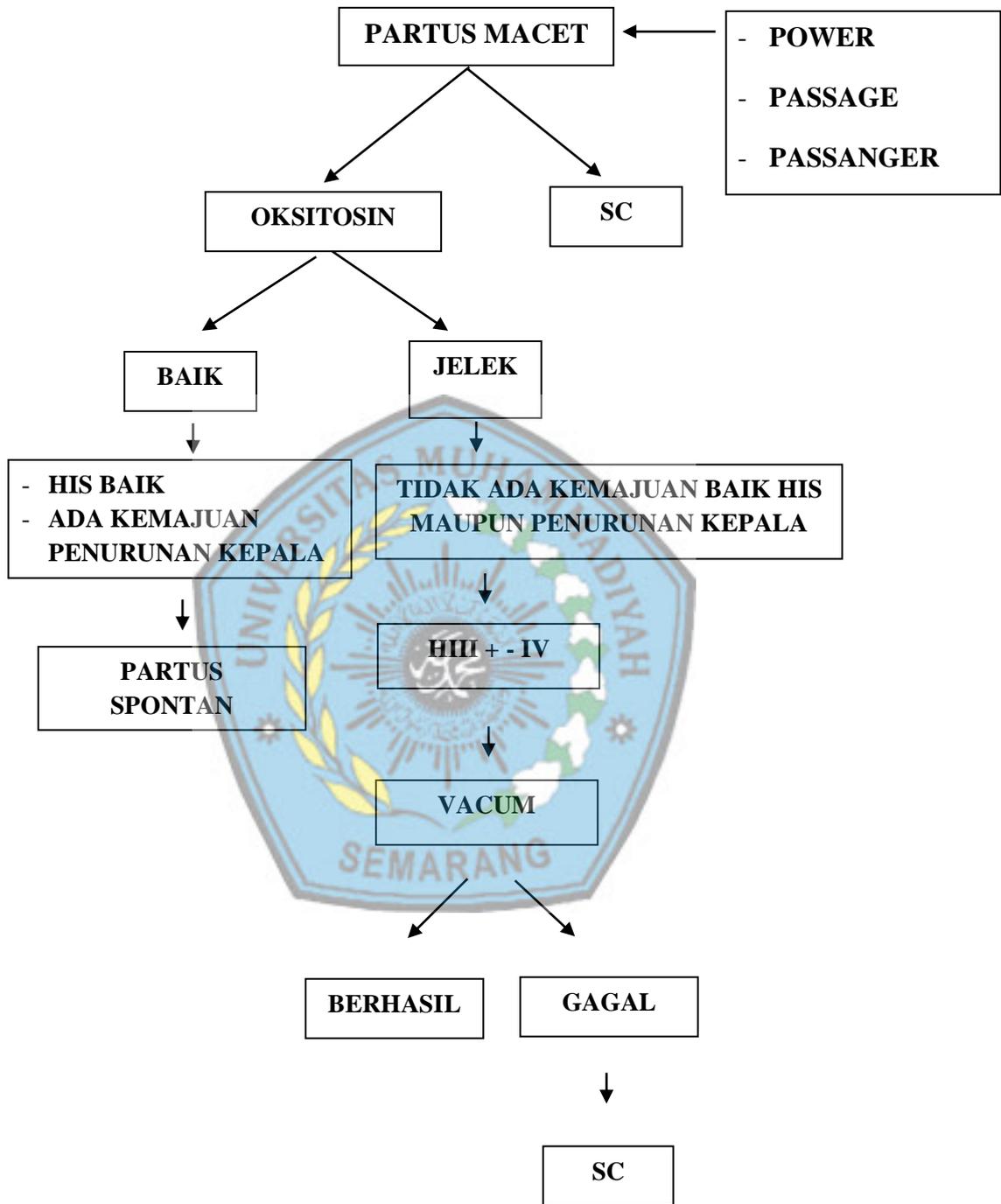
g) Kala II yang memanjang (*prolonged expulsive phase*)

Menghadapi persalinan lama dalam Kala II, dan tidak mungkin untuk merujuk penderita atau terjadi gawat janin diusahakan mengakhiri persalinan dengan episiotomi dan dorongan apabila penurunan kepala dengan pemeriksaan dalam, kepala janin terdapat di hodge III+ - IV dilakukan dengan hati hati tarikan (Ekstraksi) vakum atau tarikan cunam, apabila kepala janin masih di hodge I – III dilakukan sectio sesaria.

Adapun syarat-syarat terpenuhi jika terdapat penyimpangan, dapat di usahakan mengakhiri persalinan.

- (1) Jika malpresentasi dan tanda-tanda obstruksi bisa disingkirkan, berikan infus oksitosin.
 - (2) Jika tidak ada kemajuan penurunan kepala
 - (a) Kepala tidak lebih dari $1/5$ diatas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala di station (0), dilakukan ekstraksi vakum atau cunam.
 - (b) Kepala diantara $1/5-3/5$ diatas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala diantara station (0)-(-2), dilakukan ekstraksi vakum.
 - (c) Kepala lebih dari $3/5$ diatas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala diatas station (-2), lakukan secsio sesarea.
- (Saifuddin, 20011)

g. PATWAY



Bagan 2.1 Pathway Partus Macet

Sumber : Cunningham (2005), Saifuddin (2011), David T.Y (2008),

Oxorn, Harry (2010)

B. TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN

1. PENGERTIAN

Manajemen kebidanan menurut Hellen Varney adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, keterampilan dalam rangkaian/tahap yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien (Asrinah, 2010).

2. LANGKAH-LANGKAH ASUHAN KEBIDANAN

Dalam studi kasus ini mengacu pada pola pikir Varney, karena metode dan pendekatannya sistematis dan analitis sehingga memudahkan dalam pengarahan pemecahan masalah terhadap klien. Proses menurut Hellen Varney ada 7 langkah dimulai dari pengumpulan data dasar dan terakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut:

a. Langkah 1: Pengkajian data

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (Varney, 2004).

Proses pengumpulan data mencakup data subjektif dan data objektif, adalah sebagai berikut:

1) Data subyektif

Adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi data kejadian, informasi tersebut dapat ditentukan dengan informasi atau komunikasi (Asrinah, 2010).

2) Data objektif

Data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnosis lain (Asrinah dkk, 2010)

b. Langkah 2. Merumuskan diagnosa/masalah aktual

Interpretasi data (data dari hasil pengkajian) mencakup diagnosa kebidanan, masalah dan kebutuhan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosa masalah yang spesifik (Varney, 2004).

1) Diagnosa kebidanan

Diagnosa yang ditegakkan dalam ruang lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

2) Masalah

Hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian yang menyertai diagnosa.

3) Kebutuhan

Hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisis data.

c. Langkah 3. Merumuskan diagnosa atau masalah potensial.

Langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnosa yang sudah diidentifikasi, oleh karena itu membutuhkan antisipasi pencegahan serta pengawasan.

d. Langkah 4. Identifikasi Perlunya Tindakan Segera dan Kolaborasi

Menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi kliennya, setelah bidan merumuskan tindakan yang dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial yang sebelumnya (Varney, 2004).

e. Langkah 5. Rencana Tindakan Asuhan Kebidanan

Mengembangkan tindakan komprehensif yang ditentukan pada tahap sebelumnya, juga mengantisipasi diagnosa dan masalah kebidanan secara komprehensif yang didasari atas rasional tindakan yang relevan dan diakui kebenarannya sesuai kondisi dan situasi berdasarkan analisa dan asumsi yang seharusnya boleh dikerjakan atau tidak oleh bidan.

f. Langkah 6. Impelementasi

Langkah ini merupakan pelaksanaan asuhan yang menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima, dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh klien atau tenaga lainnya (Varney, 2004).

g. Langkah 7. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan dan seluruh asuhan yang sudah diberikan, apakah telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah diagnosa. (Varney, 2004).

3. DATA PERKEMBANGAN

Di dalam memberikan asuhan lanjutan digunakan 7 langkah Varney, sebagai catatan perkembangan dilakukan asuhan kebidanan SOAP dalam pendokumentasian. Menurut Varney dalam Asrinah (2010) sistem pondokumentasian asuhan kebidanan dengan menggunakan SOAP yaitu:

a. S (*Subyektif*) : menggambarkan dan mendokumentasikan.

Hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah satu Varney.

b. O (*Objektif*) : menggambarkan dan mendokumentasikan.

Hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium, dan tes diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan langkah satu Varney.

c. A (*Assesment*) : menggambarkan dan mendokumentasikan.

Hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif suatu identifikasi.

- d. P (*Planning*) : menggambarkan dan mendokumentasikan dari tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan pada assesment sebagai langkah V, VI, VII Varney.

C. HUKUM KEWENANGAN BIDAN

Berdasarkan Permenkes No.28 tahun 2017

1. Pasal 19 ayat (1), Bidan dalam menjalankan praktik berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu yang berkaitan dengan masa prahamil, kehamilan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antar dua kehamilan. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud ayat (1) meliputi :
 - b. Konseling pada masa sebelum hamil;
 - c. Antenatal pada kehamilan normal;
 - d. Persalinan normal;
 - e. Ibu nifas normal;
 - f. Ibu menyusui; dan
 - g. Konseling pada masa antara dua kehamilan.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:

- a. Episiotomi;
- b. Pertolongan persalinan normal;

- c. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
 - d. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan;**
 - e. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
 - f. Pemberian vitamin Adosis tinggi pada ibu hamil dan ibu nifas;
 - g. Fasilitasi / bimbingan inisiasi menyusu dini;
 - h. Pemberian uterotonika 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. Pasal 20 ayat (2), Bidan memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan :
- a. Pelayanan neonatal esensial;
 - b. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan**
 - c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah, dan
 - d. Konseling dan penyuluhan.
3. Pasal 23 ayat (1) adalah Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf a, terdiri atas:
- a. Kewenangan berdasarkan program pemerintah; dan
 - b. Kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas.

Menurut hukum kewenangan bidan yang diatur dalam Permenkes No.28 tahun 2017, **Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan partus macet ada pada pasal 19 ayat (2) bagian b yang berbunyi Pertolongan persalinan normal dan bagian d yang berbunyi Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan**

