

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. TEORI MEDIS

1. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Pengertian persalinan dari berbagai sumber sebagai berikut:

1) Persalinan adalah proses dimana janin, plasenta dan selaput ketuban lahir dari uterus ibu (Depkes, 2008).

2) Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya *servik* dan janin turun ke jalan lahir (Sumarah).

b. Penyebab persalinan

Menurut Manuaba (2008) penyebab terjadinya persalinan belum diketahui secara pasti. Beberapa teori yang di kemukakan antara lain

1) Teori kadar progesteron.

Progesteron yang berfungsi untuk mempertahankan kehamilan yang semakin menurun. Dengan semakin tuanya kehamilan sehingga otot rahim mudah dirangsang oleh oksitosin

2) Teori oksitosin.

Menjelang persalinan hormon oxytosin makin meningkat sehingga merangsang terjadinya persalinan

3) Teori regangan otot rahim.

Meregangnya otot rahim dalam batas tertentu menimbulkan kontraksi persalinan dengan sendirinya.

4) Teori prostaglandin.

Prostaglandin banyak dihasilkan oleh lapisan dalam rahim.

Diduga dapat menyebabkan kontraksi rahim. Pemberian prostaglandin dari luar dapat merangsang kontraksi otot rahim dan terjadi persalinan.

c. Faktor faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Sumarah (2009) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan:

1) *Passage* (jalan lahir)

Terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan lubang luar vagina.

2) *Passaanger* (janin dan plasenta)

Untuk bisa bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin dalam persalinan.

3) *Power* (kekuatan)

Adalah kekuatan atau kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus.

4) Posisi ibu

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan seperti posisi berjalan, duduk dan jongkok.

5) Psikologis ibu

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ibu tidak memahami apa yang terjadi atau yang disampaikan kepadanya.

d. Tahapan persalinan

Dibagi menjadu 4 tahapan :

- 1) Kala I (Pembukaan). Kala I pembukaan dibagi atas 2 fase yaitu :
 - a) Fase Laten: Dimana pembukaan serviks berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm Berlangsung dalam 7-8 jam
 - b) Fase Aktif : berlangsung selama 6 jam dibagi atas 3 subfase, yaitu: 1). Fase akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm. 2). Fase dilatasi maksimal selama 2 jam dan pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm. 3). Fase deselerasi berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm(Prawirohardjo,2009).

2) Kala II (Pengeluaran Janin)

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat dan cepat kira-kira 2-3 menit sekali lama 50 sampai 100 detik. His mengedan mendorong kepala diikuti dengan seluruh badan Kala II pada primi 50 menit dan pada multi 30 menit(Manuaba, 2008).

3) Kala III (Pengeluaran Uri)

Otot *uterus (miometrium)* berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan menjadi semakin kesvil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina. Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal-hal di bawah ini:

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus. Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah peer atau alvokat dan fundus berada diatas pusat
- b) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva.
- c) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabilakumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas

tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas.

- d) kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitasampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (Prawirohardjo, 2010).

4) Kala IV (Pengawasan)

Kala pengawasan terjadi selang 2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum. Hal hal yang perlu dipantau pada kala IV menurut Depkes (2008) adalah:

- a) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua kala empat.
- b) Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.
- c) Massase *uterus* untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua kala empat. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.

- d) Pantau temperatur tubuh setiap jam dalam dua jam pertama pasca persalinan. Jika meningkat, dan tata laksana sesuai dengan apa yang diperlukan.
- e) Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua pada kala empat.
- f) Ajarkan pada ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan massase *uterus* jika uterus menjadi lembek
- g) Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan bayi dan bantu ibu mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering , atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan untuk dipeluk dan diberi Air Susu Ibu (ASI) secara on demand.

2. Ketuban pecah dini

a. Pengertian

Keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan . Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur (Sarwono, 2012)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan. Waktu sejak pecahnya ketuban sampai terjadi kontraksi rahim disebut kejadian ketuban pecah dini (Manuaba, 2008)

Ketuban pecah dini dapat diartikan pecahnya atau ruptur selaput amnion sebelum dimulainya persalinan yang sebenarnya, atau pecahnya selaput amnion sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi (Mitayani, 2011).

Kesimpulan dari ketiga pengertian tersebut ketuban pecah dini adalah pecah /ruptur selaput amnion sebelum mulainya proses persalinan dengan atau tanpa kontraksi.

b. Patofisiologi

Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraseluler matriks. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah (Prawirohardjo, S. 2012).

c. Etiologi

Menjelang usia kehamilan cukup bulan kelemahan terjadi pada selaput janin di atas serviks internal yang memicu robekan di lokasi ini. Beberapa

proses patologis(termasuk perdarahan dan infeksi) dapat menyebabkan terjadinya KPD (Yulianti,2010).

Menurut Anik Maryunani (2013) penyebab KPD masih belum diketahui secara pasti, namun faktor faktor yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah:

- 1) Infeksi : infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun dari vagina
atau infeksi pada cairan ketubanbisa menyebabkan KPD.
- 2) Serviks yang inkompeten karna ada kelainan pada servik uteri.
- 3) Tekanan intra uteri yang meninggi atau peningkatan secara berlebihan (*overdistensi uterus*) misalnya trauma, hidramnion.

d. Diagnosis

Tentukan pecahnya selaput ketuban ditandai dengan adanya cairan ketuban di vagina .Jika tidak ada dapat dicoba dengan menggerakkan sedikit bagian terendah janin.Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes laksmus (kertas laksmus berubah warna)

Tentukan adanya tanda infeksi yaitu bila ditemukan suhu ibu 38°C disertai cairan ketuban keruh dan berbau, janin mengalami takikardi mungkin mengalami infeksi intra uterin.Mekanisme ketuban pecah dini adalah terjadi pembukaan prematur serviks dan membran terkait dengan pembukaan terjadi devaskularisasi dan nekrosis serta dapat diikuti pecah spontan. Jaringan ikat yang menyangga membran ketuban makin berkurang.Melemahnya daya tahan ketuban dipercepat

dengan infeksi yang mengeluarkan enzim (enzim proteolitik, enzim kolagenase). Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten. Makin panjang fase laten, makin tinggi kemungkinan infeksi. Makin muda kehamilan, makin sulit upaya pemecahannya tanpa menimbulkan morbiditas janin (Manuaba, 2008)

e. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah keluarnya cairan ketuban melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes. Cairan ini tidak akan berhenti sampai proses persalinan. Tetapi bila posisi ibu duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya akan mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Manuaba, 2009).

f. Komplikasi

Menurut Prawirohardjo, S (2012) komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini tergantung usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal maupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden SC atau gagalnya persalinan normal:

1) Infeksi

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada Ketuban Pecah Dini. Pada ibu terjadi Korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban Pecah Dini premature, infeksi lebih sering dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi pada KPD meningkat sebanding dengan lamanya periode laten.

2) Hipoksia dan asfiksia

Pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat (Prawirohardjo, S. 2012)

3) Syndrom deformitas janin

KPD yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasi pulmonal.

g. Penanganan

Menurut Prawirohardjo, S (2010) penatalaksanaan ketuban pecah dini meliputi:

1) Konservatif

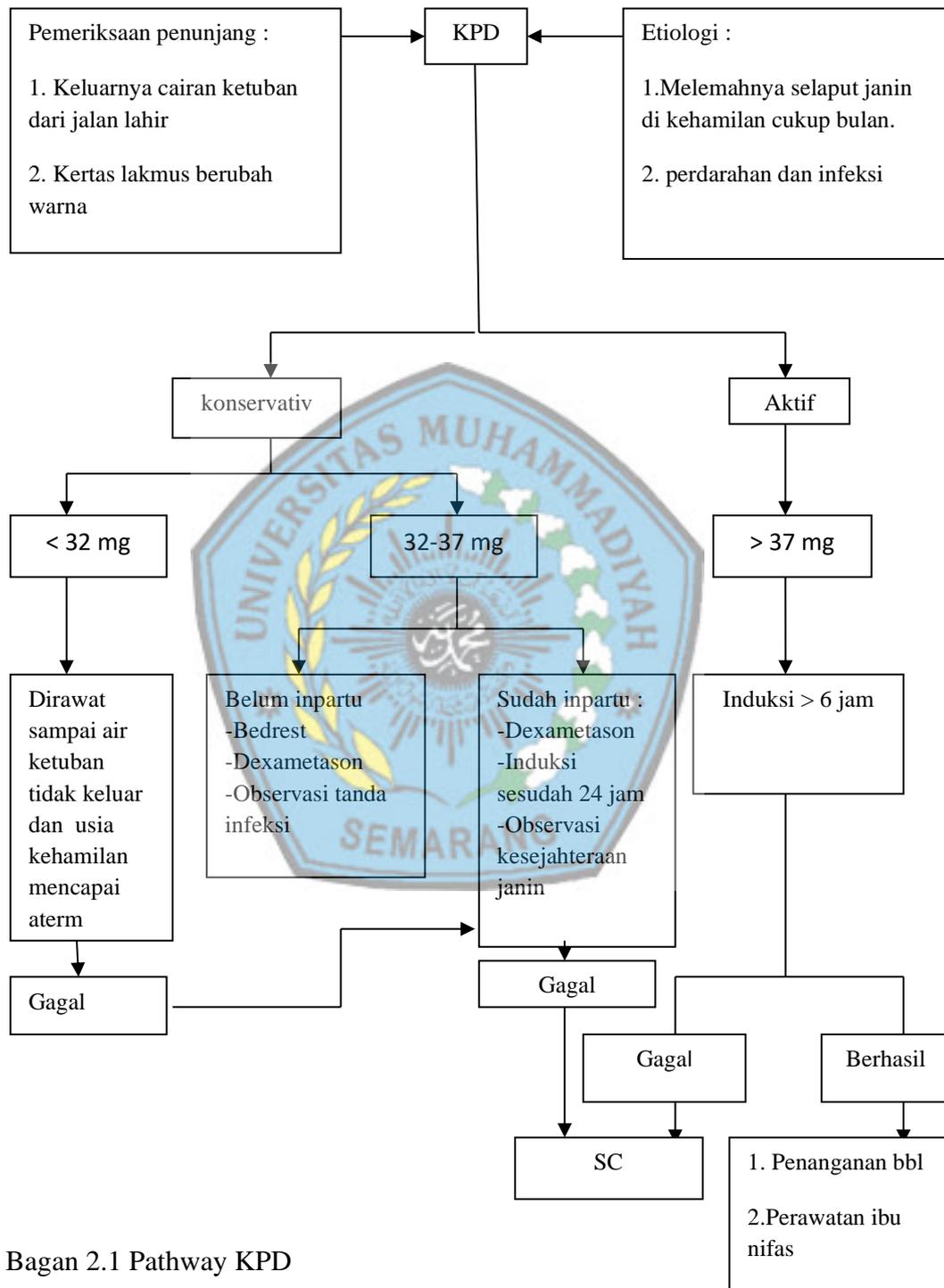
a) Pengelolaan konservatif dilakukan bila tidak ada penyulit baik ibu maupun janin dan harus dirawat di rumah sakit

- b) Jika umur kehamilan <32-34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak lagi keluar.
 - c) Jika usia kehamilan 32-37 minggu belum inpartu, tidak ada infeksi dirawat, diberikan dexametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin.
 - d) Jika usia kehamilan 32-37 minggu sudah inpartu, tidak ada tanda infeksi berikan dexametason dan lakukan induksi sesudah 24 jam.
 - e) Jika usia kehamilan 32-37 minggu ada infeksi berikan antibiotik dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uteri).
 - f) Pada usia kehamilan 32-37 minggu diberikan steroid untuk memacu kematangan paru janin
- 2) Aktif
- a) Kehamilan >37 minggu dilakukan induksi dengan oksitosin, bila gagal dilakukan seksio sesarea, bila ada tanda-tanda infeksi persalinan diakhiri.
 - b) Bila ada tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi dan persalinan diakhiri

Menurut Manuaba (2009) penatalaksanaan Ketuban pecah dini pada aterm meliputi:

- 1) Mempertahankan kehamilan sampai cukup bulan kususnya maturitas paru sehingga mengurangi kejadian kegagalan perkembangan paru yang sehat.
- 2) Terjadi infeksi dalam rahim, yaitu korioamniotis yang menjadi pemicu sepsis, meningitis janin dan persalinan prematuritas.
- 3) Dengan perkiraan janin sudah cukup besar dan persalinan diharapkan berlangsung dalam waktu 72 jam dapat diberikan kortikosteroid sehingga kematangan paru janin dapat terjamin.
- 4) Pada kehamilan 24-32 minggu yang menyebabkan menunggu berat badan janin cukup, perlu dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan dengan kemungkinan janin tidak dapat diselamatkan.
- 5) Menghadapi KPD diperlukan penjelasan kepada ibu dan keluarga sehingga terdapat pengertian bahwa tindakan mendadak mungkin dilakukan dengan pertimbangan untuk menyelamatkan ibu dan harus mengorbankan bayinya.
- 6) Pemeriksaan USG penting untuk mengukur distansia biparietal dan perlu melakukan aspirasi air ketuban untuk pemeriksaan kematangan paru.
- 7) Waktu terminasi pada kehamilan aterm dapat dianjurkan selang waktu 6-24 jam bila tidak terjadi his spontan.

3. PATHWAY KETUBAN PECAH DINI



Bagan 2.1 Pathway KPD

Sumber: Manuaba (2009), Sarwono,(2010), Anik maryunani (2013).

B.TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN

Menurut Muslihatun Wafi Nur (2009) manajemen kebidanan adalah pendekatan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Proses manajemen varney terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dari setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah – langkah yang lebih rinci dan ini berubah sesuai dengan kebutuhan klien. Langkah – langkah tersebut adalah sebagai berikut :

1. Pengumpulan Data Dasar

Merupakan langkah awal dan manajemen kebidanan, langkah yang merupakan kemampuan intelektual dalam mengidentifikasi masalah ibu, Pada tahap ini merupakan dasar langkah selanjutnya. Kegiatan yang dilaksanakan dalam langkah identifikasi data dasar meliputi pengumpulan data, menggali data atau informasi baik ibu, keluarga, maupun tim kesehatan lainnya atau data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan pada pencatatan dokumen medik.

Hal-hal yang dilakukan dalam pengumpulan data :

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk lebih mengenal pasien agar tercipta keakraban yang dapat membantu dalam mengembangkan hubungan interpersonal

b) Umur

Untuk mendeteksi hubungan umur dengan penyulit saat ini. Karna pada usia < 16 tahun dan usia > 30 tahun adalah usia kehamilan yang beresiko sehingga bisa menimbulkan komplikasi (Astuti, 2012).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan serta cara pandang agama yang di anutnya.

d) Suku/ bangsa

Untuk mengetahui sosial budaya dan adat istiadat untuk memperoleh gambaran tentang budaya yang di anut pasien apakah bertentangan atau mendukung pola- pola kesehatan.

e) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat intelektual, karena pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang, serta mempermudah kita untuk berkomunikasi dengan klien.

f) Pekerjaan

Untuk memperoleh gambaran tentang social ekonomi

h) Alamat

Untuk mengetahui daerah lingkungan tempat tinggal ibu, karena lingkungan sangat berpengaruh terhadap kesehatan ibu

g) Identitas penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien termasuk biaya perawatan.

2) Keluhan utama

Tanda dan gejala yang dikeluhkan pasien pada kasus bersalin dengan KPD adalah adanya pengeluaran air ketuban melalui jalan lahir dengan atau tanpa his (Manuaba, 2008).

3) Riwayat kesehatan

a) Keluarga

Berkaitan dengan penyakit keluarga yang dikaji : penyakit jantung, asma, hipertensi, alergi, DM untuk mengetahui apakah keluarga mempunyai riwayat yang berkaitan dengan proses persalinannya nanti.

b) Pasien

Dikaji mengenai kesehatan dahulu dan sekarang. Riwayat kesehatan dahulu ditunjukkan pada pengkajian penyakit yang diderita pasien yang berkaitan dengan partus dengan KPD misalnya infeksi. Dan riwayat sekarang untuk mengetahui apakah ibu menderita penyakit yang bisa menjadi faktor predisposisi KPD.

c) Riwayat obstetri

(1) Riwayat KB

Untuk mengetahui alat kontrasepsi yang digunakan sebelumnya, untuk mengetahui alasan melepas alat

kontrasepsi untuk mengetahui rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan dan untuk mengetahui alasan menggunakan alat kontrasepsi.

(2) Riwayat perkawinan

Dikaji umur ibu dan suami saat menikah, berapa kali, lama dan usia menikah. Hal ini untuk mengetahui infertilitas.

(3) Riwayat haid

Dikaji tentang usia menarche, siklus dan lama haid, jumlah darah haid apakah berbau apa tidak dan HPHT untuk mengetahui usia kehamilan.

(4) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Perlu dikaji untuk mengetahui apakah ada kelainan yang mempengaruhi proses persalinan karna salah satu penyebab dari KPD adalah servik yang inkompeten.

(5) Riwayat kehamilan sekarang

Perlu dikaji keluhan selama hamil, pemeriksaan hamil dimana, apakah sudah mendapat imunisasi TT, obat apa saja yang dikonsumsi selama hamil.

4). Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Nutrisi

Perlu dikaji untuk mengetahui pola makan ibu supaya kita mendapatkan gambaran bagaimana pasien dalam mencukupi asupan gizinya secara kualitas dan kuantitas.

b) Eliminasi

Kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, dan jumlah. Perlu dikaji untuk mengetahui pola eliminasi klien berdasarkan buang air besar melalui frekuensi, jumlah konsistensi dan bau.

c) Istirahat

Perlu dikaji pola istirahat dan tidur klien, berapa jam klien tidur, dan klien dianjurkan cukup istirahat.

d) Personal hygiene

Perlu dikaji karena bagaimanapun juga hal ini akan mempengaruhi kesehatan ibu, terutama kebersihan genetalia.

e) Aktivitas

Dikaji untuk mengetahui aktifitas klien.

f) Data psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap dirinya.

b. Data Objektif

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan pasien secara umum kita cukup untuk mengamati keadaan pasien secara lengkap

2) Kesadaran

Untuk mengetahui seberapa tingkat kesadaran pasien saat dilakukan pemeriksaan ataupun tindakan kita dapat melakukan pengkajian tingkat

kesadaran mulai dari keadaan composmentis sampai dengan koma (Sulistyawati, 2009).

3) Pemeriksaan umum

Untuk mengetahui tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, dan suhu (Astuti, 2009).

a) Tekanan darah

Tekanan darah diukur menggunakan alat tensimeter dan stetoskop.

Tekanan darah normal , sistolik antara 110 sampai 140 mmhg dan diastole antara 70 sampai 90.

b) Nadi

Pemeriksaan nadi dengan cara merab pusasi pada arteri di radialis dan karotis. Frekwensi nadi normal 60 -100 kali/menit,

c) pernafasan

Normal adaah 16-24 kali/menit.

d) Suhu

Normal berkisar 36,5-37°C. Bila keadaan pasien lebih dari itu maka dinamakan febris atau hiperterni.

e) Tinggi badan

Memeriksa tinggi badan untuk mengetahui resiko terjadinya CPD

4) Pemeriksaan fisik

Dikaji dari ujung kepala hingga kaki, untuk mengetahui adanya kelainan yang diderita pasien.

a) kepala

keadaan rambut, kulit kepala

b) Muka

pucat/tidak, udem?

c) Mata

konjungtiva anemis, sklera pucat?

d) Hidung

simetris/tidak, bersih? Tanda infeksi?

e) Telinga

penumpukan sekret?

f) Mulut

bibir pecah-pecah ?, stomatitis?, gigi berlubang?

g) Leher

Pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe?

h) Ketiak

benjolan ? pembesaran kelenjar vena jugularis ?

i) Dada

simetris atau tidak ?

j) Ekstremitas atas

turgor, udem?

k) Ekstremitas bawah

turgor, udem, reflek patela?

l) Anus

hemorrhoid?

5) Pemeriksaan khusus

Untuk mengetahui keadaan bagian dalam tubuh pasien dengan cara inspeksi (melihat), palpasi (meraba), auskultasi (mendengarkan)

a) Inspeksi

(1) Muka

Keadaan muka pucat merupakan salah satu tanda anemis

(2) Mata

Dikaji untuk mengetahui anemi atau tidak dengan melihat konjungtiva

(3) Hidung

Apakah ada polip yang dapat mempengaruhi keefektifan jalan nafas sehingga mempengaruhi jalan persalinan

(4) Perut

Apakah ibu pernah operasi

(5) Genetalia

Apakah ada tanda-tanda penyakit infeksi yang merupakan salah satu penyebab KPD

b) Palpasi :

Untuk mengetahui posisi janin dalam kandungan dilakukan palpasi

Menggunakan cara Leopold:

(1) Leopold 1

untuk mengetahui bagian janin dalam fundus uteri

(2) Leopold 2

untuk mengetahui posisi punggung janin

(3) Leopold 3

untuk mengetahui bagian bawah janin dan sudah masuk panggul atau belum

(4) Leopold 4

untuk mengetahui seberapa banyak bagian bawah janin sudah masuk panggul.

c) Auskultasi :

Auskultasi DJJ sangat diperlukan untuk memantau kondisi janin

Dalam rahim karena KPD dapat menyebabkan fetal distress

d) Pengeluaran pervaginam

Apakah cairan yang keluar berwarna jernih atau keruh dan jumlah

e) His

Pengkajian ini diperlukan untuk menentukan apakah persalinan dengan KPD segera diinduksi atau konservatif.

6) Pemeriksaan Penunjang

Didapat dari hasil pemeriksaan oleh bagian laboratorium, rontgen dan lain-lain.

2. Langkah II. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atau dasar data – data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik.

Diagnosis kebidanan, yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama)diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanantersebut adalah :

- a. Diakui dan telah disyahkan oleh profesi.
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan.
- c. Memiliki cirri khas kebidanan.
- d. Didukung oleh clinical judgement dalam praktek kebidanan.

Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan (Muslihatun Wafi Nur, 2009).

3.Langkah III. Mengidentifikasi Diagnosis atau masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap – siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar – benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman Mufdillah 2012).

4. Langkah IV.Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang membutuhkan tindakan segera

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi segera serta konsultasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya sesuai dengan kondisi klien (Ambarwati, 2010).

5. Langkah V. merencanakan asuhan secara menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil (Wildan Moh dan Hidayat Aziz Alimum, 2008)

6. Langkah VI. Implementasi

Tahap ini merupakan tahap 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, 2007).

7. Langkah VII. Evaluasi

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan, yakni dengan melakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan yaitu meliputi pemenuhan kebutuhan. Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada kondisi pasien setelah dilakukan tindakan (Mufdillah 2012)

C. TEORI HUKUM KEWENANGAN BIDAN

Bidan dalam menjalankan perannya ,fungsi dan tugasnya berdasarkan kemampuan dan kewenangan yang yang diberikan. Kewenangan tersebut diatur dalam peraturan Menteri Kesehatan.Dalam melakukan tugasnya bidan melakukan kolaborasi ,konsultasi dan rujukan sesuai kondisi pasien,kewenangan dan kemampuan .dalam keadan darurat bidan juga diberi kewenangan pelayanan kebidanan untuk menyelamatkan jiwa.

Berdasarkan permenkes No 28 tahun 2017 BAB III Penyelenggaraan keprofesian bagian kedua tentang kewenangan bidan pada

Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik kebidanan Bidan, memiliki kewenangan untuk memberikan :

- a.Pelayanan Kesehatan Ibu
- b.Pelayanan Kesehata
- c .Pelayanan Kesehatan Reproduksi perempuan dan keluarga berencana

Pasal 19

- (1) .Pelayanan Kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada pasal 1 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil,masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan
- (2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi pelayanan
 - a. Konseling pada masa sebelum hamil
 - b. Antenatal pada kehamilan normal

- c. Persalinan normal
- d. Ibu nifas normal
- e. Ibu menyusui
- f. Konseling pada masa antara dua kehamilan

(3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat 2 bidan berwenang melakukan

- a. Episiotomi
- b. Pertolongan persalinan normal
- c. Penjahitan luka perinium derajat 1 dan 2
- d. Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan rujukan
- e. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
- f. Pemberian vit A dosis tinggi pada ibu nifas
- g. Fasilitasi atau bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI eksklusif
- h. Pemberian uterotonika pada manajemen kala III dan post partum
- i. Penyuluhan dan konseling bimbingan pada kelompok ibu hamil
- j. Pemberian surat keterangan kehamilan dan persalinan

Dalam BAB III bagian ketiga tentang Pelimpahan Kewenangan

Pasal 22

Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 ,Bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan ;

- a. penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan dan atau

- b. pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter

Pasal 27

- (1) Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari Dokter sebagaimana dimaksud dalam pasal 22 huruf b diberikan secara tertulis oleh Dokter pada fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama tempat bidan bekerja
- (2) Ayat 2 Tindakan pelayanan kesehatan sbgaimana dimaksud pada ayat 1 hanya dapat diberikan dalam keadaan dimana terdapat kebutuhan pelayanan yang melebihi ketersediaan dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama tersebut.
- (3) Pelimpahan tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dilakukan dengan ketentuan;
- a. Tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kompetensi yang telah dimiliki bidan penerima pelimpahan
 - b. Pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan dokter pemberi pelimpahan
 - c. Tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan dan
 - d. Tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus.
- (4) Tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 menjadi tanggung dokter pemberi mandat, sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan.

Wewenang bidan dalam melakukan Penyelenggaraan Praktik Kebidanan diatur dalam Permenkes 28 tahun 2017 yang didalamnya mencakup wewenang bidan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu (Pasal 18 bagian a) termasuk didalamnya adalah memberikan pertolongan persalinan normal (Pasal 19 ayat 2 bagian c). Kasus bersalin dengan KPD termasuk persalinan patologis yang mana bukan wewenang bidan, karena wewenang bidan adalah memberikan pertolongan persalinan normal. Akan tetapi pada kasus kasus persalinan dengan KPD ada yang bisa lahir spontan dan bisa ditangani oleh fasilitas kesehatan pertama yaitu Puskesmas. Dalam bab III bagian ketiga tentang Pelimpahan Kewenangan dalam Pasal 22 ditulis bahwa bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan pelimpahan wewenang secara mandat dari dokter, dimana didalam pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap dibawah pengawasan dokter (Pasal 27 ayat 3 bagian b), dan yang bertanggung jawab tetap dokter yang memberi mandat (ayat 4).

Disimpulkan bahwa dalam kasus persalinan Dengan KPD yang terjadi di Puskesmas seorang bidan boleh memberikan pertolongan persalinan setelah ada mandat dari dokter Puskesmas. Wewenang bidan adalah melakukan apa yang menjadi perintah dokter dan yang bertanggung jawab adalah dokter yang memberi mandat.