

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. (JNPK-KR, 2017).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri), yang dapat bertahan hidup di dunia luar (luar uterus), dari uterus melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. (Indrayani,2016).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks. Masa kehamilan di mulai dari konsepsi, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban di dorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran 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. (Indrayani,2016).

2. Tanda persalinan

- a. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak
- b. Kontraksi yang makin pendek
- c. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir campur darah)

d. Dapat disertai ketuban pecah. (JNPK-KR, 2017).

3. Faktor-faktor penting dalam persalinan

Terdapat 3 faktor penting yang perlu diperhatikan dalam persalinan, yaitu passenger, passage dan power.

- a. Passenger (Janin dan plasenta)
- b. Passage
- c. Power (Kekuatan yang dari diri ibu sendiri). (JNPK-KR, 2017).

4. Proses persalinan normal

a. Kala I

1) Pengertian

Pada kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

a) Fase laten

Umumnya berlangsung selama 8 jam, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, berlangsung hingga serviks membuka hingga 3 cm, dimulai sejak awal dimulainya kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

b) Fase aktif

Dibagi dalam 3 fase yakni frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10

menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), bermula dari pembukaan 4 cm hingga lengkap 10 cm, umumnya 1 cm/jam (nulipara/primigravida) atau lebih dari 1-2 cm (multipara), terjadi penurunan bagian terbawah janin. (JNPK-KR, 2017).

b. Kala II

1) Pengertian

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi (JNPK-KR,2017). Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

2) Tanda dan gejala :

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vagina
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka

Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah Tanda pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam, yang hasilnya adalah : Portio tidak teraba dan pembukaan serviks telah lengkap Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

c. Kala III

1) Pengertian

Dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Setelah bayi lahir, his mempunyai amplitudo yang kira-kira sama tingginya, hanya frekuensinya berkurang. Akibat his ini, uterus akan mengecil sehingga perlekatan plasenta dengan dinding uterus akan terlepas. Umumnya kala III berlangsung selama 6 -15 menit. Tinggi fundus uteri setelah kala III kira-kira 2 jari di bawah pusat. (JNPK-KR, 2017).

2) Fisiologi KalaIII

Pada kala III persalinan, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal, kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas (dengan gaya gravitasi) plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau kedalam vagina. (JNPK-KR,2017).

3) Tanda-tanda pelepasan plasenta :

- a) Perubahan bentuk dan tinggi uterus
- b) Tali pusat memanjang
- c) Semburan darah mendadak dan singkat. (JNPK-KR,2017).

4) Manajemen Aktif Kala III

Tujuan MAK III adalah membuat uterus berkontraksi lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah selama kala III persalinan jika dibandingkan dengan pelepasan plasenta secara spontan. Sebagian besar (25-29%) morbiditas dan mortalitas ibu di Indonesia disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri dan separasi parsial/retensio plasenta yang dapat di cegah dengan Manajemen Aktif kala III. (JNPK-KR.2017).

5) Keuntungan MAK III

- a) Persalinan kala tiga yang lebih singkat
- b) Mengurangi jumlah kehilangan darah
- c) Mengurangi kejadian retensio plasenta (JNPK-KR.2017).

6) Manajemen aktif kala III terdiri dari 3 langkah utama :

- a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
- b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali
- c) Masase fundus uteri (JNPK-KR.2017).

d. Kala IV

1) Pengertian

pengawasan hingga 2 jam plasenta lahir guna menilai kondisi ibu secara menyeluruh, baik kondisi uterusnya maupun kemungkinan adanya perdarahan jika ada laserasi ataupun ada hal yang tidak normal. Jika ada laserasi lakukan penjahitan. (JNPK-KR, 2017).

2) Asuhan dan pemantauan kala IV

Setelah plasenta lahir :

- a) Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus dapat membuat uterus berkontraksi secara adekuat dan efektif
- b) Evaluasi tinggi fundus dilakukan dengan cara meletakkan telunjuk sejajar tepi atas fundus. Umumnya fundus uteri terdiri dari 2 jari dibawah pusat.
- c) Estimasi kehilangan darah secara keseluruhan
- d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum
- e) Evaluasi keadaan umum ibu
- f) Dokumentasi semua asuhan/temuan selama persalinan kala empat dihalaman 2 patograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan. (JNPK-KR.2017).

3) Pencegahan infeksi kala IV

Setelah persalinan, dekontaminasi alas plastik, tempat tidur dan dengan larutan klorin 0,5% kemudian cuci dengan deterjen dan bilas dengan air bersih, keringkan dengan kain bersih supaya ibu tidak berbaring di atas matras yang basah. Dekontaminasi linen yang digunakan selama persalinan dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian cuci segera dengan air dan deterjen untuk informasi lebih jauh mengenai pencegahan infeksi.(JNPK-KR.2017).

4) Pemantauan keadaan umum ibu

Sebagian besar kesakitan dan kematian ibu akibat perdarahan pasca persalinan terjadi dalam 4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Karena alasan ini, sangatlah penting untuk memantau ibu secara ketat segera setelah persalinan. Jika tanda-tanda vital dan kontraksi uterus masih dalam batas normal selama dua jam pertama pascapersalinan, mungkin ibu tidak akan mengalami perdarahan pascapersalinan. (JNPK-KR,2017).

B. Retensio Plasenta

1. Pengertian

Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir.(Indryani,2016). Retensio plasenta tersebut disebabkan oleh sisa plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal. Diagnosa ini ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan plasenta dan selaputnya. Tanda-tanda retensio plasenta apabila pada pemeriksaan tersebut terdapat area robekkan plasenta tidak lengkap dan tercabik-cabik.

Bila plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir disebut sebagai retensio plasenta. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. (Prawirohardjo,2014).

Retensio sebagian atau seluruh plasenta dalam rahim akan mengganggu kontraksi dan retraksi, menyebabkan sinus-sinus darah tetap terbuka dan menimbulkan perdarahan postpartum. Begitu bagian plasenta terlepas dari dinding uterus, perdarahan terjadi dari daerah itu. Bagian plasenta yang masih

melekat merintanginya retraksi myometrium dan perdarahan berlangsung terus sampai sisa organ tersebut terlepas serta dikeluarkan. (Hakimi,2010).

2. Etiologi dan Patofisiologi

Kegagalan plasenta untuk lahir dapat terjadi karena ketidak normalan perlekatan plasenta pada miometrium, atau karena plasenta telah berhasil terlepas namun tetap berada dalam uterus karena sebagian serviks tertutup. Kegagalan pelepasan plasenta jauh lebih mengkhawatirkan dari pada terperangkapnya plasenta di dalam uterus. Sudah lama diketahui bahwa istilah retensio plasenta mencakup sejumlah patologi. Beberapa plasenta hanya terjebak di belakang serviks yang tertutup, ada pula yang patuh pada dinding rahim namun mudah dipisahkan secara manual (*placenta adherens*) sedangkan yang lainnya

secara patologis menyerang miometrium (*placenta accreta*). Terdapat 3 mekanisme utama penyebab dari retensio plasenta, yaitu:

a. *Invasive Plasenta*

Perlekatan plasenta yang tidak normal yang disebabkan karena trauma pada endometrium karena prosedur operasi sebelumnya. Hal ini menyebabkan kelainan pada perlekatan plasenta mulai dari plasenta *adherent*, *akreta* hingga *perkreta*. Proses ini menghambat pelepasan plasenta yang mengarah ke retensio plasenta. Mekanisme ini terdapat pada karakteristik pasien dan riwayat obstetrik.

b. Hipoperfusi Plasenta

Hubungan antara hipoperfusi plasenta dengan retensio plasenta adalah adanya *oxidative stress*, yang diakibatkan oleh *remodelling* arteri spiral yang

tidak lengkap dan plasentasi yang dangkal, hal ini umum pada hipoperfusi plasenta dengan retensio plasenta. Pada model kedua initerdapat pada hipoperfusi plasenta, berkaitan dengan komplikasi kehamilan terkait plasenta.

c. Kontraktilitas yang tidak Adekuat

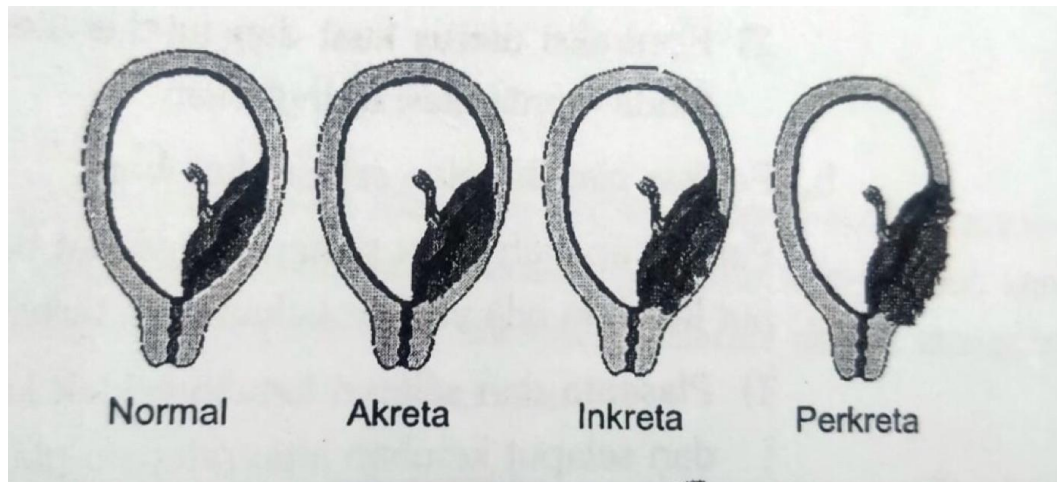
Tidak adekuatnya kontraksi pada retro-placental myometrium adalah mekanisme ke tiga yang menyebabkan retensio plasenta. Pada model ketiga berkaitan dengan persalinan itu sendiri. (Salma,2018).

3. Jenis-jenis Retensio Plasenta

- a. Plasenta adhesiva, yaitu kegagalan mekanisme separasi fisiologis akibat tertanamnya plasenta dalam rahim.
- b. Plasenta akreta, yaitu plasenta yang tertanam hingga sebagian lapisan otot rahim. Plasenta akreta yang komplemeta, yaitu jika seluruh permukaannya melekat erat pada dinding uterus. Plasenta akreta yang parsialis, yaitu jika hanya beberapa bagian dari permukaannya lebih erat berhubungan dengan dinding rahim dari biasanya.
- c. Plasenta inkreta, yaitu plasenta yang tertanam hingga keseluruhan lapisan otot rahim.
- d. Plasenta perkereta, yaitu implantasi jojol korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- e. Plasenta inkarserata, yaitu tertahannya plasenta akibat mulut rahim yan menyempit. (Rahyani,2020).

Gambar 1

Jenis-jenis Retensio Plasenta



Sumber : Indrayani, 2016, halaman 418

4. Bentuk Pelepasan Plasenta

Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah lepas dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan kala tiga. Ada dua mekanisme pelepasan plasenta, yaitu :

a. Mekanisme Duncan (Mathews-duncan mechanism)

plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah plasenta. Hal ini mengakibatkan terjadi semburan darah sebelum plasenta lahir. (Indrayani,2016).Duncan ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas.Umumnya perdarahan sudah ada sejak sebagian plasenta lepas sampai seluruhnya. Biasanya terjadi pada plasenta letak rendah. (Tanjung,2019).

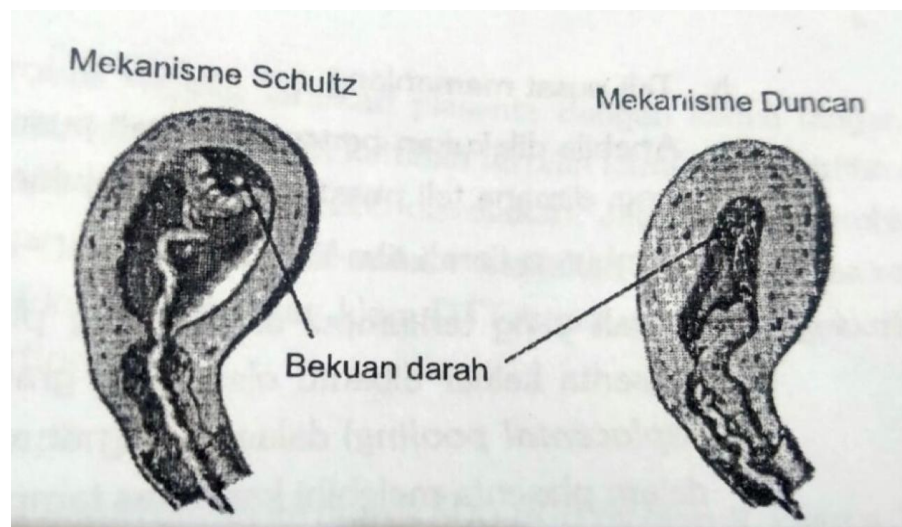
b. Mekanisme Schultz

Pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral/bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Cara pelepasan ini paling sering terjadi.

Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir. Perdarahan banyak terjadi segera setelah plasenta lahir. (Indrayani,2016). Lepasnya plasenta seperti kita menutup payung (80%) sering terjadi. Yang lepas dahulu dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina. Tanpa adanya perdarahan pervaginam. Perdarahan biasanya terjadi setelah plasenta lahir. (Tanjung,2019).

Gambar 2

M



k

spulsi Schultz dan Metode ekspulsi Matthew-Dun

Sumber:Indrayani, 2016, halaman 399

5. Tanda dan Gejala Retensio Plasenta

Gejala yang selalu ada adalah plasenta belum lahir 30 menit, perdarahan segera, kontraksi uterus baik. Gejala yang kadang-kadang timbul yaitu tali pusat putus akibat traksi berlebihan, inversi uteri akibat tarikan, perdarahan lanjutan. Tertinggalnya plasenta (sisa plasenta), gejala yang selalu ada yaitu plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap dan perdarahan segera. Gejala yang kadang-kadang timbul uterus berkontraksi baik, tetapi tinggi fundus tidak berkurang. (Rahyani,2020).

Tabel 1

Klasifikasi Retensio Plasenta

Gejala	Separasi/akreta parsial	Plasenta insakreta	Plasenta akreta
Konsistensi uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi fundus	Sepusat	2 jari dibawah pusat	Sepusat
Bentuk uterus	Discooid	Agak globuler	Discooid
Perdarahan	Sedang-banyak	Sedang	Sedikit/tidak ada
Tali pusat	Terjulur sebagian	Terjulur	Tidak terjulur
Ostium uteri	Terbuka	Konstriksi	Terbuka
Separasi plasenta	Lepas sebagian	Sudah lepas	Melekat
Syok	Sering	Jarang	Jarang sekali, kecuali akibat inversion oleh tarikan yang kuat pada tali pusat.

Sumber : Prawirohardjo,2009,halaman 178

6. Dampak Retensio Plasenta

Dampak terjadinya retensio plasenta adalah dapat menimbulkan infeksi atau kehilangan darah dalam jumlah yang banyak sehingga akan berdampak pada kematian ibu. Berbagai faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kejadian retensio plasenta diantaranya usia, paritas dan jarak kehamilan (Apriyanti, 2020).

7. Faktor Risiko Retensio Plasenta

- a. Plasenta akreta : plasenta previa, bekas SC, pernah kuret berulang, dan multiparitas
- b. Kelainan dari uterus sendiri, yaitu abnormaly dari uterus atau serviks, kelemahan dan tidak efektifnya kontraksi uterus, kontraksi yang tetanik dari uterus, dan pembentukan constriction ring.
- c. Kelainan dari plasenta, misalnya plasenta terletak rendah atau plasenta previa, implantasi di cornu, dan adanya plasenta akreta
- d. Kesalahan manajemen kala III persalinan seperti manipulasi dari uterus yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak ritmik, pemberian uterotonik yang tidak tepat waktunya yang juga dapat menyebabkan serviks kontraksi dan menahan plasenta, serta pemberian anastesi terutama yang melemahnya kontraksi uterus. (Rahyani, 2020).
- e. Kadar Haemoglobin

Anemia didefinisikan sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin di dalam sirkulasi darah. Kadar haemoglobin merupakan faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta.

Bahaya anemia saat persalinan adalah gangguan his(kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama, dan terjadi partus terlantar, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atoniauteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Riyanto menyatakan bahwa ada hubungan anemia dengan kejadian retensio plasenta. Ibu dengan anemia dapat menimbulkan gangguan pada kala uri yang dikuti retensio plasenta. Ibu yang memasuki persalinan dengan konsentrasi haemoglobin yang rendah dibawah 10g/dl dapat mengalami penurunan yang cepat lagi jika terjadi perdarahan. (Salma,2018).

8. Komplikasi Retensio Plasenta

Retensio plasenta memiliki makna klinis yang cukup penting karena morbiditas dan mortalitas yang timbulkannya. Komplikasinya meliputi:

a. Perdarahan postpartum

Retensio plasenta menjadi salah satu penyebab terjadinya perdarahan postpartum. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Endleret al menyatakan bahwa retensio plasenta berhubungan dengan kehilangan darah sebesar ≥ 500 ml dengan OR 33,07 kali, ≥ 1000 ml dengan OR43,44 kali, dan sebesar ≥ 2000 ml dengan OR sebesar 111,24 kali.

b. Infeksi

Penatalaksanaan retensio plasenta dengan manual plasenta meningkatkan risiko terjadinya endometritis.(Salma,2018).

9. Pencegahan

Untuk mencegah retensio plasenta dapat disuntikkan 10 IU oksitosin IM segera setelah bayi lahir.(JNPK-KR,2017).

10. Penatalaksanaan

Plasenta manual adalah tindakan untuk melepas plasenta secara manual (menggunakan tangan) dari tempat implantasi dan kemudian melahirkannya keluar dari kavum uteri (JNPK-KR.2017). Plasenta manual adalah prosedur pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding uterus dan mengeluarkannya dari kavum uteri secara manual. Arti dari manual disini adalah dengan menggunakan tangan, dimana tangan dari penolong persalinan akan dimasukkan langsung ke dalam kavum uteri. Dalam melakukan prosedur plasenta manual harus diperhatikan tekniknya sehingga tidak menimbulkan komplikasi seperti perforasi dinding uterus, infeksi dan inversio uteri.

Penatalaksanaan bagi bidan (APN, 2008) Pada kondisi Retensio plasenta dengan perdarahan > 500 cc, maka perlu langsung melakukan plasenta manual.

a. Persiapan

- 1) Memasang infuse.
- 2) Berikan 20-40 unit oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9 % atau Ringer Laktat dengan kecepatan tetesan 60 tetes/menit dan 10 unit oksitosin IM. Lanjutkan infuse oksitosin 20 unit dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9 % atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti.
- 3) Menjelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan.
- 4) Melakukan anastesi verbal/analgesik per rectal.

- 5) Menyiapkan dan jalankan prosedur pencegahan infeksi (Kurniarum,2016).

b. Tindakan penetrasi ke dalam kavum uteri

- 1) Memastikan kandung kemih dalam keadaan kosong
- 2) Menjepit tali pusat dengan klemp ada jarak 5-10 cm dari vulva, tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai
- 3) Secara obstetrik, masukkan tangan lainnya (punggung tangan menghadap kebawah) kedalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat
- 4) Setelah mencapai pembukaan servik, minta seseorang asisten/penolong lain untuk menegangkan klem tali pusat kemudian pindahkan tangan keluar untuk menahan fundus uteri
- 5) Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan dalam hingga ke kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta. Bentangkan tangan obstetric menjadi datar seperti memberi salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain saling merapat) (Kurniarum,2016).

c. Melepas plasenta dari dinding uterus

- 1) Menentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta paling bawah
 - a) Bila plasenta berimplantasi di korpus belakang, tali pusat tetap di sebelah atas dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap kebawah (posterior ibu)

b) Bila di korpus depan maka pindahkan tangan sebelah atas tali pusat dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap keatas (anterior ibu). Setelah ujung-ujung jari masuk diantara plasenta dan dinding uterus, maka perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan ke kanan dan kiri sambil di geserkan keatas (kranial) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus.

d. Mengeluarkan plasenta

Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal. Pindahkan tangan luar dari fundus ke supra simpisis (tahan segmen bawah uterus). Kemudian instruksikan asisten/penolong untuk menarik tali pusat. Sambil tangan dalam membawa plasenta keluar (hindari terjadinya percikan darah) Lakukan penekanan (dengan tangan yang menahan supra simpisis) uterus ke arah dorso kranial setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta di dalam wadah yang telah disediakan. (Kurniarum,2016).

e. Pencegahan infeksi pasca tindakan

- 1) Dekontaminasi sarung tangan (sebelum dilepaskan) dan peralatan lain yang digunakan
- 2) Lepaskan dan rendam sarung tangan serta peralatan lainnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

- 3) Cuci tangan keringkan tangan dengan handuk bersih
(Kurniarum,2016).

f. Pemantauan pasca tindakan

- 1) Periksa kembali tanda vital ibu
- 2) Catat kondisi ibu dan buat laporan tindakan
- 3) Tuliskan rencana pengobatan, tindakan yang masih diperlukan dan asuhan lanjutan
- 4) Beritahu pada ibu dan keluarga bahwa tindakan telah selesai
- 5) Lanjutkan pemantauan pada ibu hingga 2 jam pasca tindakan
(Kurniarum,2016).

g. Pasca Plasenta Manual

Berikan oksitosin 10 unit dalam 500 mL cairan IV (NaCl atau Ringer Laktat) 60 tetes/menit + masase fundus uteri untuk perangsangan kontraksi. Bila masih perdarahan banyak berikan ergometrin 0,2 mg IM dan rujuk ibu kerumah sakit (Kurniarum,2016).

C. Teori Manajemen Kebidanan

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

a. Menurut 50 tahun IBI :

- 1) Pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan
- 2) masalah secara sistematis, mulai dari
- 3) pengkajian analisa data, diagnosa
- 4) kebidanan, perencanaan, pelaksanaan
- 5) dan evaluasi. (Handayani,2017).

b. Depkes RI

Metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat.(Handayani,2017).

c. Hellen Varney

Proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Manajemen Kebidanan adalah proses pelaksanaan pelayanan kebidanan untuk memberikan asuhan kebidanan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien.,keluarga dan masyarakat.(Handayani R,2017).

2. Tahap Manajemen Kebidanan Meliputi:

- a. Perencanaan
- b. Pengorganisasian
- c. Pengarahan
- d. Koordinasi
- e. Supervisi dan Evaluasi (Handayani,2017).

3. Prinsip proses manajemen:

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yg lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensi terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan pemeriksaan fisik.
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan data dasar

- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual
- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mrendapatkan asuhan selanjutnya
- h. Merencanakan terhadap komplikasi tertentu dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dari rencana asuhan yang sudah dilakukan. (Handayani,2017).

4. Proses Manajemen Kebidanan

Penerapan manajemen Kebidanan dalam bentuk kegiatan praktek dilakukan melalui suatu proses yaitu langkah-langkah/proses manajemen kebidanan.

a. Tujuh langkah varney

1) Langkah 1: Mengumpulkan data klien

- a) Jenis data
- b) Sumber data
- c) Cara pengumpulan data

d) lengkap, tepat, akurat

2) Langkah 2: Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa/ masalah

- a) Data diinterpretasi adalah identifikasi Masalah / Diagnosa
- b) Rumusan Masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa, tapi membutuhkan penanganan

(1) Contoh :

Diagnosa: wanita hamil trimester III Masalah: Merasa takut terhadap proses data dasar yang didapat pada langkah pertama, menginterpretasikannya secara akurat dan logis, sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah kebidanan. Rumusan DIAGNOSA merupakan kesimpulan dari kondisi klien, apakah klien dalam kondisi hamil, inpartu, nifas, bayi baru lahir? Apakah kondisinya dalam keadaan normal? Diagnosa ini dirumuskan menggunakan Nomenklatur Kebidanan.

3) Langkah 3: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

- a) *Identifikasi diagnosa* atau masalah potensial berdasarkan diagnosa/masalah yg telah diidentifikasi (pada langkah 2).
- b) Langkah ini merupakan langkah *antisipasi*, sehingga dalam melakukan asuhan kebidanan, bidan dituntut untuk mengantisipasi permasalahan yang akan timbul dari kondisi yang ada/sudah terjadi.

- c) Pada langkah antisipatif ini diharapkan Bidan selalu *waspada* dan bersiap-siap *mencegah* diagnosa/masalah potensial ini menjadi benar-benar tidak terjadi.
- d) Langkah ini, penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman, dan langkah ini perlu dilakukan *secara cepat*, karena sering terjadi dalam kondisi emergensi.
- e) Dengan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial yang akan terjadi berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah ada, bidan dapat *merumuskan tindakan* apa yang perlu diberikan untuk mencegah atau menghindari masalah /diagnosa potensial yang akan terjadi.

4) Langkah 4: Mengidentifikasi & Menetapkan Kebutuhan Penanganan Segera/Tindakan Emergensi.

- a) Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lainnya yang sesuai dengan kondisi klien.
- b) Pada saat ini bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera, baik tindakan intervensi , tindakan konsultasi, kolaborasi dengan *dokter* lain, atau rujukan berdasarkan Kondisi Klien.
- c) Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan yang terjadi dalam kondisi emergensi. Berdasarkan hasil analisa data, ternyata kondisi klien membutuhkan tindakan segera untuk menangani/mengatasi diagnosa/masalah yang terjadi.

Pada langkah ini mungkin saja diperlukan data baru yang lebih spesifik sehingga mengetahui penyebab langsung masalah yang ada, sehingga diperlukan tindakan segera untuk mengetahui penyebab masalah. Jadi tindakan segera bisa juga berupa observasi/pemeriksaan. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya menghentikan perdarahan kala III, atau mengatasi distosia bahu pada kala II).

Pada tahap ini mungkin juga klien memerlukan tindakan dari seorang dokter, misalnya terjadi prolaps tali pusat, sehingga perlu tindakan rujukan dengan segera. Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre-eklamsi, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medik yang serius, maka bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang tepat dalam penatalaksanaan asuhan klien.

(1) Contoh I > Dari kasus perdarahan antepartum tindakan segera yang harus dilakukan adalah :

- (a) Observasi perdarahan, tanda-tanda vital
- (b) Periksa / cek kadar hb

(c) Observasi DJA

(d) Rujuk ke RS (bila di masyarakat) atau kolaborasi dengan dokter (bila di Rumah Sakit)

(2) Contoh II >Tindakan segera yang dilakukan pada kasus manual plasenta pada ibu dengan retensio plasenta :

(a) Periksa perdarahan

(b) Masase uterus untuk merangsang kontraksi

(c) Periksa TFU

5) Langkah V : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

- a) Merencanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Pada langkah ini data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah teridentifikasi, apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apa yang dibutuhkan dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah.
- b) 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, baik yang sifatnya segera ataupun rutin.
- c) Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi dengan merumuskan tindakan yang sifatnya mengevaluasi/memeriksa kembali. Atau perlu tindakan yang sifatnya follow up.
- d) Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi penanganan masalah yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap

masalah yang berkaitan, tetapi juga tindakan yang bentuknya antisipasi (dibutuhkan penyuluhan, konseling).

- e) Begitu pula tindakan rujukan yang dibutuhkan klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan.
- f) Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut (Informed Consent).
- g) Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya, baik lisan ataupun tertulis.
- h) Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar *nyata* berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta telah dibuktikan bahwa tindakan tersebut bermanfaat/efektif berdasarkan penelitian (Evidence Based).

(3) Contoh Rencana komprehensif pada kasus dengan perdarahan ante partum :

- (a) Beri tahu kondisi klien dan hasil pemeriksaan
- (b) Berikan dukungan bagi ibu dan keluarga
- (c) Berikan infus RL

- (d) Observasi tanda-tanda vital , perdarahan, DJA dan tanda-tanda syok
- (e) Chek kadar HB
- (f) Siapkan darah
- (g) Rujuk klien ke RS / kolaborasi dengan dokter
- (h) Follow up ke rumah (kunjungan rumah)
- (i) Kaji ulang apakah rencana asuhan sudah meliputi semua aspek asuhan kesehatan terhadap klien.

6) Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

- a) Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman.
- b) Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya.
- c) Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan oleh bidan tetapi dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan yang lain, bidan tetap *memegang tanggung jawab* untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya.(misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana, dan sesuai dengan kebutuhan klien).
- d) Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung

jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut.

- e) Penatalaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.
- f) Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

7) Langkah VII: Evaluasi

- a) Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa.
- b) Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasikan didalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.
- c) Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses penatalaksanaan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui pengkajian ulang (memeriksa kondisi klien).

d) Proses evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai apakah proses penatalaksanaan efektif/tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

(1) **Contoh Evaluasi**

(a) Evaluasi perdarahan ; berhenti atau tidak, jika belum berhentijumlahnya berapa banyak ?

(b) Kondisi janin dan ibu ?

(c) Kadar Hb ? (Handayani R,2017).

b. Data fokus SOAP

Saat ini kita memasuki metode dokumentasi yang terakhir yang akan kita pelajari yaitu metode SOAP. Mungkin sebagian besar dari Anda sudah familiar dengan metode dokumentasi ini karena metode ini lebih umum dan lebih sering digunakan dalam pendokumentasian layanan kebidanan. Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumentasi yang lain seperti yang telah dijelaskan diatas. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAP.

1) Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan

keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

2) Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3) Analysis

Langkah selanjutnya adalah analysis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. (Handayani R,2017).