

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Persalinan

1. Definisi

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks. Masa kehamilan di mulai dari konsepsi, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses di mana janin dan ketuban didorong 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 dan Moudy, 2016).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke 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. Persalinan dibagi 4 kala, yaitu:

- a. Kala I : dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini dibagi menjadi 2 fase, fase laten (8 jam) serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka dari 3 sampai 10 cm kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.
- b. Kala II: dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.
- c. Kala III: dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.
- d. Kala IV: dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum (Prawirohardjo, 2018).

2. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan Asuhan Persalinan Bersih dan Aman adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayi, sehingga

melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi minimal maka prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan optimal (JNPK-KR, 2017)

3. Kebijakan Pelayanan Asuhan Persalinan

- a. Semua persalinan harus di hadiri dan dipantau oleh petugas kesehatan terlatih.
- b. Rumah bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawat daruratan obstetri dan neonatal harus tersedia 24 jam.
- c. Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih.

4. Rekomendasi Kebijakan Teknis Asuhan Persalinan dan Kelahiran

- a. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi harus dilakukan sebagai bagian persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang memberi dukungan bagi ibu.
- b. Partograf harus digunakan untuk memantau persalinan dan berfungsi sebagai suatu catatan/ rekam medik untuk untuk persalinan.
- c. Selama persalinan normal, intervensi hanya dilaksanakan jika benar-benar dibutuhkan. Prosedur ini hanya dibutuhkan jika ada infeksi atau penyakit.
- d. Manajemen aktif kala III, termasuk melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat secara dini, memberikan suntikan oksitosin IM, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan segera melakukan masase fundus, harus dilakukan pada semua persalinan normal.
- e. Penolong persalinan harus tinggal bersama ibu dan bayi setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu sudah dalam keadaan stabil. Fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Masase fundus harus

dilakukan sesuai kebutuhan untuk memastikan tonus uterus tetap baik, perdarahan minimal dan pencegahan perdarahan.

- f. Selama 24 jam pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan dimasase sampai tonus baik. Ibu atau anggota keluarga dapat diajarkan untuk melakukan hal ini.
- g. Segera setelah lahir, seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan bayi dikeringkan serta dijaga kehangatannya yang mencegah terjadinya hipotermi.
- h. Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga.
- i. Peralatan, bahan dan obat-obatan yang dibutuhkan untuk asuhan persalinan dasar. Penolong persalinan harus membersihkan, mempersiapkan dan/ atau melengkapi bila ada yang hilang, rusak atau habis setiap selesai menolong persalinan antara lain:
 - j. Alat pertolongan persalinan/ set partus (di dalam wadah sterilis tertutup) 2 buah klem Kelly/ Kocher, gunting tali pusat, pengikat tali pusat DTT, kateter Nelaton, gunting episiotomi, klem 1/2 Kocher, 2 buah sarung tangan DTT kanan, 1 buah sarung tangan DTT kiri, kain kasa DTT, alat suntik sekali pakai 2 1/2 ml berisi oksitosin 10 U, kateter penghisap DeLee.
 - k. Lain-lain
Partograf, kertas kosong atau formulir rujukan, yang digunakan di kabupaten, pena, termometer, pita pengukur, jam yang mempunyai jarum detik, stetoskop, tensimeter, larutan klorin 0.5%, sabun dan deterjen, sikat kuku dan penggunting kuku, celemek (pelindung badan) dari bahan plastik, kain plastik (perlak) untuk alas ibu saat persalinan, kantong plastik.
 - l. Persediaan obat-obat untuk komplikasi
3 botol larutan Ringer Laktat 500 ml, set infus, 2 kateter intravena ukuran 16-18 G, 2 ampul metil ergometrin maleat 0,2 mg, 3 ampul oksitosin 10 U, 10 tablet mesoprostol (Cytotec), 2 vial larutan magnesium sulfat 40% (10 gr dalam 25 ml), 2 buah alat suntik sekali

pakai ukuran 2 ½ ml (total disediakan 3 buah), 2 buah alat suntik sekali pakai ukuran 5 ml, 10 kapsul/ kaplet amoksilin/ ampisilin 500 mg atau penisilin prokain injeksi 3 juta unit/ vial 10 ml.

m. Bahan-bahan untuk penjahitan episiotomi

1 buah alat suntik sekali pakai 10 ml beserta jarumnya, 20 ml larutan lidokain 1%, pemegang jarum, pinset, jarum jahit, benang catgut 3,0, 1 pasang sarung tangan DTT (total disediakan 5 sarung tangan).

5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Persalinan

a. Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina).

1) Bidang-bidang hodge :

Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT), Adapun bidang hodge sebagai berikut:

- a. Hodge I : Bidang yang setinggi dengan Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio-iliaca, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis, tepi atas symfisis pubis
- b. Hodge II : Bidang setinggi pinggir bawah symfisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- c. Hodge III : Bidang setinggi spina ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- d. Hodge IV : Bidang setinggi ujung os soccygis berhimpit dengan PAP (Hodge I)

2) Ukuran-Ukuran Panggul :

a) Panggul luar

- (1) Distansia Spinarum yaitu diameter antara kedua Spina Iliaca anterior superior kanan dan kiri ; 24-26 cm
- (2) Distansia kristarum yaitu diameter terbesar antara kedua crista iliaca kanan dan kiri : 28-30 cm
- (3) Distansia boudeloque atau konjugata eksterna yaitu diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas sympisis pubis : 18-20 cm

- (4) Lingkar panggul yaitu jarak antara tepi atas symphysis pubis ke pertengahan antara trochanter dan spina iliaca anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas symphysis pubis. Diukur dengan metlin normal: 80-90 cm
- b) Panggul dalam
- (1) Pintu atas panggul
- (a) Konjugata Vera atau diameter antero posterior yaitu diameter antara promontorium dan tepi atas symphysis: 11 cm. Konjugata obstetrika adalah jarak antara promontorium dengan pertengahan symphysis pubis.
- (b) Diameter transversa (melintang), yaitu jarak terlebar antara kedua linea inominata: 13 cm
- (c) Diameter oblik (miring) yaitu jarak antara artikulasio sakro iliaca dengan tuberkulum pubicum sisi yang bersebelah : 12 cm
- (2) Bidang tengah panggul
- (a) Bidang luas panggul terbentuk dari titik tengah symphysis, pertengahan acetabulum dan ruas sacrum ke-2 dan ke-3. Merupakan bidang yang mempunyai ukuran paling besar, sehingga tidak menimbulkan masalah dalam mekanisme penurunan kepala. Diameter anteroposterior 12,75 cm, diameter tranversa 12,5 cm.
- (b) Bidang sempit panggul. Merupakan bidang yang berukuran kecil, terbentang dari tepi bawah symphysis, spina ischiadica kanan dan kiri, dan 1-2 cm dari ujung bawah sacrum. Diameter anteroposterior : 11,5 cm ; diameter tranversa : 10 cm
- (3) Pintu bawah panggul
- (a) Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, yaitu diameter tuber ischiadicum. Ujung segitiga belakang pada ujung os sacrum, sedangkan ujung segitiga depan arkus pubis.
- (b) Diameter antero posterior yaitu ukuran dari tepi bawah symphysis ke ujung sacrum : 11,5 cm

(c) Diameter tranversa: jarak antara tuber ischiadicum kanan dan kiri :
10,5 cm

(d) Diameter sagitalis posterior yaitu ukuran dari ujung sacrum ke
pertengahan ukuran tranversa : 7,5 cm

3) Inklinatio pelvis

Adalah kemiringan panggul, sudut yang terbentuk antara bidang semu
pintu atas panggul dengan garis lurus tanah sebesar 55-60 derajat.

Empat jenis panggul dasar dikelompokkan sebagai berikut:

- a) Ginekoid (tipe wanita klasik)
- b) Android (mirip panggul pria)
- c) Antropoid (mirip panggul kera anthropoid)
- d) Platipeloid (panggul pipih)

b. Passenger (Janin dan Plasenta)

Pasenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat
interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan
posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap
juga sebagai bagian dari pasenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang
menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

Ukuran Kepala Janin :

1) Diameter

- a) Diameter Sub Occipito Bregmatika 9,5 cm
- b) Diameter occipitofrontalis. Jarak antara tulang oksiput danfrontal, \pm 12 cm
- c) Diameter vertikomento / supraoksipitomental / mento occipitalis \pm 13,5
cm, merupakan diameter terbesar terjadi pada presentasidahi
- d) Diameter submentobregmatika \pm 9,5 cm/Diameter anteroposteriorpada
presentasi muka

Diameter melintang pada tengkorak janin adalah:

- (1) Diameter Biparietalis 9,5 cm
- (2) Diameter Bitemporalis \pm 8 cm

2) Ukuran Circumferensia (Keliling)

- a) Circumferensial fronto occipitalis \pm 34 cm
- b) Circumferensia mento occipitalis \pm 35 cm

c) Circumferensia sub occipito bregmatika ± 32 cm

Ukuran badan lain :

a) Bahu

(1) Jaraknya ± 12 cm (jarak antara kedua akromion)

(2) Lingkaran bahu ± 34 cm

b) Bokong

(1) Lebar bokong (diameter intertrokanterika) ± 12 cm

(2) Lingkaran bokong ± 27 cm

3) Presentasi Janin

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintuatas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm. Bagian presentasi adalah bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam. Faktor-faktor yang menentukan bagian presentasi adalah letak janin, sikap janin, dan ekstensi atau fleksi kepala janin.

4) Letak Janin

Letak adalah hubungan antarsumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung ibu). Ada dua macam letak :

(1) Memanjang atau vertikal, dimana sumbu panjang janin paralel dengan sumbu panjang ibu

(2) Melintang atau horizontal, dimana sumbu panjang janin membentuk sudut terhadap sumbu panjang ibu. Letak memanjang dapat berupa presentasi kepala atau presentasi sacrum (sungsang). Presentasi ini tergantung pada struktur janin yang pertama memasuki panggul ibu.

5) Posisi Janin

Posisi adalah hubungan antara bagian presentasi (oksiput, sacrum, mentum/dagu, sinsiput/puncak kepala yang defleksi/menengadahkan) terhadap empat kuadran panggul ibu. Yaitu posisi oksipito Anterior Kanan (OAKa). Oksipito tranversal kanan (OTKa), oksipito posterior kanan (OPKa), oksipito posterior kiri (OPKi), oksipito tranversal kiri (OTKi), oksipito anterior kiri (OAKi). Engagement menunjukkan bahwa diameter tranversal terbesar bagian presentasi telah

memasuki pintu atas panggul. Pada presentasi kepala yang fleksi dengan benar, diameter biparietal meruakan diameter terbesar.

c. Power (Kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter.

1) Posisi Ibu

- a) Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan.
- b) Posisi tegak memberikan sejumlah keuntungan yaitu mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok.
- c) Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin.

2) Psikologis

Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanya. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya (Enny dan Istri, 2019 : 28-34).

6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Lamanya Persalinan

Faktor yang mempengaruhi lamanya persalinan adalah :

1. Faktor usia

Usia ibu merupakan salah satu faktor resiko yang berhubungan dengan kualitas kehamilan atau berkaitan dengan kesiapan ibu dalam reproduksi. Faktor ibu yang memperbesar resiko kematian perinatal adalah pada ibu dengan umur lebih tua. Ibu primipara yaitu primigravida yang berumur di atas 35 tahun. Sering ditemui perineum yang kaku dan tidak elastis, hal tersebut akan menghambat persalinan kala II dan dapat meningkatkan resiko terhadap janin. Menurut

Manuba, usia reproduksi sehat adalah 20 sampai 35 tahun. Faktor umur yang disebut-sebut sebagai penyebab dan predisposisi terjadinya berbagai komplikasi yang terjadi pada kehamilan dan persalinan, antara lain penyebab kelainan his, atonia uteri, plasenta previa. (Wiknjastro,2002).

2. Faktor paritas

Menurut Pusdiknakes (2003) paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup di luar janin sedangkan menurut Wiknjastro (2002) Paritas adalah jumlah kehamilan dimana bayi yang dilahirkan mampu hidup di luar kandungan. Partus lama sering dijumpai pada kehamilan pertama dengan umur ibu lebih dari 35 tahun merupakan penyebab dari berbagai komplikasi seperti kelainan his yang berakibat pada terjadinya partus lama. Paritas 2 sampai 3 merupakan paling aman ditinjau dari kematian maternal, paritas 1 dan lebih dari 3 mempunyai angka lebih tinggi. Persalinan lama terutama pada primipara biasanya berkenaan dengan belum atau kurangnya persiapan perhatian dalam menghadapi persalinan (Wiknjastro, 2002).

3. Keadaan his

Faktor kekuatan yang mendorong janin keluar adalah faktor yang sangat penting dalam proses persalinan, his yang tidak normal baik kekuatan maupun sifatnya dapat menghambat kelancaran persalinan.

Proses persalinan dipengaruhi banyak faktor salah satunya power. Power adalah kekuatan-kekuatan yang ada pada ibu seperti kekuatan his dan mengejan yang dapat menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin keluar (Bobak, 2005).

4. Keadaan panggul

Panggul merupakan salah satu bagian yang penting dan mempengaruhi proses persalinan. Berbagai kelainan panggul dapat mengakibatkan persalinan berlangsung lama antara lain: kelainan bentuk panggul seperti jenis panggul sempit, miring, penyakit tulang, sempit melintang serta kelainan ukuran panggul baik panggul luar maupun panggul dalam (Wiknjastro, 2002).

5. Besarnya janin

Besarnya neonatus pada umumnya kurang dari 4.000 gram dan jarang melebihi 5.000 gram. Besar bayi ialah bila berat badan lebih dari 4.000 gram.

Frekuensi berat badan lahir lebih dari 4.000 gram adalah 53% dan yang lebih dari 4.500 gram adalah 0,4%. Pada panggul normal, janin dengan berat 4.000-5.000 gram pada umumnya tidak mengalami kesulitan dalam melahirkan. Pada janin besar faktor keturunan memegang peranan penting selain itu janin besar dijumpai pada wanita hamil dengan diabetes mellitus, pada postmaturitas dan pada grande multipara (Wiknjosastro, 2002).

6. Keadaan letak janin

Letak dan presentasi janin dalam rahim (passanger) merupakan salah satu faktor penting yang sangat berpengaruh terhadap proses persalinan, menurut Fraser (2009) 98% persalinan terjadi dengan letak belakang kepala. Mekanisme persalinan merupakan suatu proses dimana kepala janin berusaha meloloskan diri dari ruang pelviks dengan menyesuaikan ukuran kepala janin dengan ukuran pelviks melalui proses Sinklitismus/ bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul, Asinklitimus / arah sumbu kepala janin miring dengan bidang pintu atas panggul, rotasi internal, ekstensi, ekspulsi total/ pengeluaran total, namun pada beberapa kasus proses ini tidak berlangsung dengan sempurna karena adanya kelainan letak dan presentasi sehingga proses tersebut pada umumnya berlangsung lama akibat ukuran dan posisi ukuran kepala janin. Selain presentasi belakang yang tidak sesuai dengan ukuran panggul (Wiknjosastro, 2002).

7. Derajat Robekan Perineum

- a. Derajat 1, mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum
- b. Derajat 2, mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum
- c. Derajat 3, mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani
- d. Derajat 4, mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dinding depan rectum

B. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah tertahannya plasenta atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Plasenta tersebut harus segera dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya perdarahan dan dapat menyebabkan infeksi karena dianggap benda asing. (Handayani, 2017)

Dalam prakteknya bidan mempunyai kewenangan dan kompetensi untuk melakukan prosedur plasenta manual. Bidan berwenang melakukan tindakan plasenta manual bila terdapat tanda-tanda adanya perdarahan. Bila setelah 30 menit plasenta tidak lepas dan tidak ada perdarahan bidan harus segera merujuknya ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Perdarahan di sini menandakan bahwa plasenta telah mengalami pelepasan baik sudah seutuhnya maupun hanya sebagian yang berarti menggambarkan retensio plasenta ini bukan karena plasenta inkreta dan perkreta. (Hardiana, 2019).

1. Etiologi

a. Sebab fungsional

1) Faktor maternal

- a) Usia lanjut
- b) Multiparitas

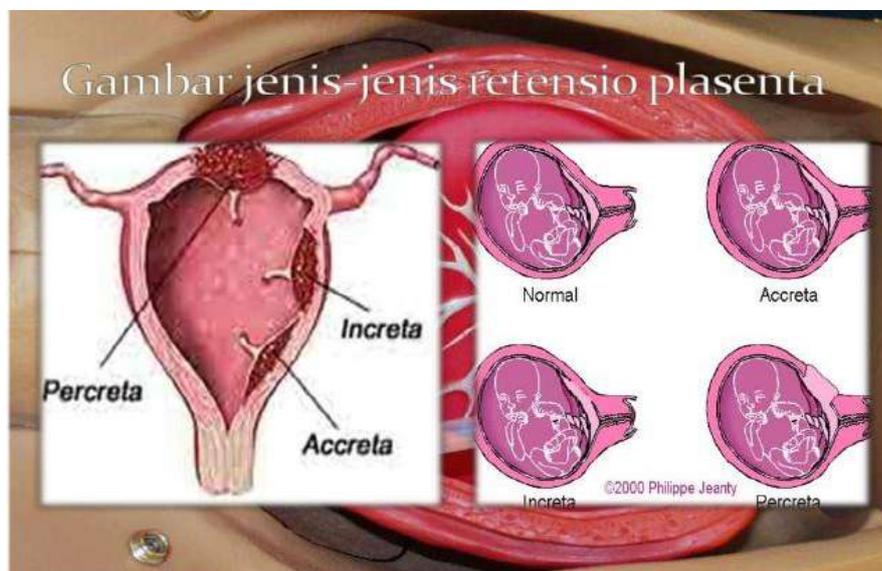
2) Faktor uterus

- a) Bekas SC (sering plasenta tertanam pada jaringan cicatrix uterus)
- b) Bekas pembedahan uterus
- c) Anomali uterus
- d) His yang kurang adekuat (penyebab utama)
- e) Pembentukan contraction ring (lingkaran kontraksi pada bagian bawah perut)
- f) Bekas kuretase (yang terutama dilakukan setelah abortus)
- g) Bekas pengeluaran plasenta secara manual
- h) Bekas endometritis
- i) Tempat melekatnya yang kurang baik/implantasi cornual (contoh: di sudut tuba)

j) Kelainan bentuk plasenta (ukuran plasenta terlalu kecil)
(Hardiana, 2019)

b. Jenis-jenis Retensio Plasenta (perlekatan plasenta yang abnormal)

1. Plasenta Adhesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot karion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologi.
2. Plasenta Akreta adalah Implantasi jonjot karion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
3. Plasenta inkreta adalah Implantasi jonjot karion plasenta hingga mencapai/memasuki miometrium.
4. Plasenta perkreta, Implantasi jonjot karion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
5. Plasenta Inkarserata adalah tertahannya plasenta didalam kavum uteri, disebabkan oleh konstiksi ostium uteri. (Prawirohardjo, 2009)



Gambar 1

Jenis-jenis Retensio Plasenta

Sumber : (Prawirohardjo, 2009)

Tabel 1

Gambaran Penyebab Retensio Plasenta

Gejala	Separasi/Akreta Parsial	Plasenta Inkarserata	Plasenta Akreta
Konsistensi Uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi Fundus	Sepusat	2 Jari Bawah Pusat	Sepusat
Bentuk Uterus	Discoid	Agak Globuler	Discoid
Perdarahan	Sedang-Banyak	Sedang	Sedikit/Tidak Ada
Tali Pusat	Terjulur	SebagianTerjulur	Tidak Terjulur
Ostium Uteri	Terbuka	Konstriksi	Terbuka
Separasi Plasenta	Lepas Sebagian	Sudah Lepas	Melekat Seluruhnya
Syok	Sering	jarang	Jarang sekali, kecuali akibat inversion oleh tarikan kuat pada tali pusat.

Sumber : (Prawirohardjo, 2009)

c. Pencegahan

Untuk mencegah retensio plasenta dapat disuntikkan 10 IU oksitosin IM segera setelah bayi lahir. (Kurniawan, 2016)

d. Plasenta Manual

Plasenta manual adalah tindakan untuk melepas plasenta secara manual (menggunakan tangan) dari tempat implantasi dan kemudian melahirkannya

keluar dari kavum uteri (APN, 2008). 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. (Handayani, 2017)

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

1) Persiapan

- a) Memasang infuse.
- b) 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 infus oksitosin 20 unit dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9 % atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti.
- c) Menjelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan.
- d) Melakukan anestesi verbal/analgesik per rectal.
- e) Menyiapkan dan jalankan prosedur pencegahan infeksi

2) Tindakan penetrasi ke dalam kavum uteri

- a) Memastikan kandung kemih dalam keadaan kosong
- b) Menjepit tali pusat dengan klem pada jarak 5-10 cm dari vulva, tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai
- c) Secara obstetrik, masukkan tangan lainnya (punggung tangan menghadap ke bawah) ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat
- d) Setelah mencapai pembukaan servik, minta seseorang asisten/penolong lain untuk menegangkan klem tali pusat kemudian pindahkan tangan keluar untuk menahan fundus uteri
- e) Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan dalam hingga ke kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta.

Bentangkan tangan obstetrik menjadi datar seperti memberi salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain saling merapat). (Hardiana, 2019)

2. Melepas Plasenta Dari Dinding Uterus

- a. Menentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta paling bawah
 - 1) 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 ke bawah (posterior ibu)
 - 2) Bila di korpus depan maka pindahkan tangan ke sebelah atas tali pusat dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke atas (anterior ibu)
 - 3) Setelah ujung-ujung jari masuk diantara plasenta dan dinding uterus, maka perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan ke kanan dan kiri sambil digeserkan ke atas (kranial) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus. (Maryunani, 2013)

3. Mengeluarkan Plasenta

- a. Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal
- b. 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)
- c. 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. (Maryunani, 2013)

1. Pencegahan Infeksi Pasca Tindakan

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

- c. Cuci tangan Keringkan tangan dengan handuk bersih. (Maryunani, 2013)

2. Pemantauan pasca tindakan

- a. Periksa kembali tanda vital ibu
- b. Catat kondisi ibu dan buat laporan tindakan
- c. Tuliskan rencana pengobatan, tindakan yang masih diperlukan dan asuhan lanjutan
- d. Beritahu pada ibu dan keluarga bahwa tindakan telah selesai
- e. Lanjutkan pemantauan pada ibu hingga 2 jam pasca tindakan. (Maryunani, 2013)

3. Bila retensio plasenta tanpa perdarahan segera berikan rujukan

Yang Perlu Diperhatikan

Tindakan plasenta manual dilakukan bila plasenta tidak lahir setelah 30 menit bayi lahir dan telah dilakukan manajemen aktif kala III (Retensio Plasenta) disertai adanya perdarahan berlanjut. (Kurniawan, 2016)

4. Pasca Plasenta Manual

- a. Berikan oksitosin 10 unit dalam 500 mL cairan IV (NaCl atau Ringer Laktat) 60 tetes/menit + masase fundus uteri untuk perangsangan kontraksi
- b. Bila masih perdarahan banyak:
 - 1) Berikan ergometrin 0,2 mg IM
 - 2) Rujuk ibu ke rumah sakit
 - 3) Selama transportasi, rasakan apakah uterus berkontraksi baik. Bila tidak, tetap lakukan masase dan beri ulang oksitosin 10 unit IM/IV
 - 4) Lakukan kompresi bimanual atau kompresi aorta bila perdarahan lebih hebat berlangsung sebelum dan selama transportasi. (Kurniawan, 2016)

C. Manajemen Asuhan 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 di interpretasi adalah identifikasi Masalah / Diagnosa
- b) Rumusan Masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa, tapi membutuhkan penanganan

Contoh :

Diagnosa: wanita hamil trimester III Masalah: Merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan.

Pada langkah ini bidan menganalisa 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.

Sedangkan Masalah dirumuskan apabila bidan menemukan kesenjangan yang terjadi pada respon ibu terhadap kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Masalah ini terjadi pada ibu tetapi belum termasuk dalam rumusan diagnosa yang ada, karena masalah tersebut membutuhkan penanganan/intervensi bidan, maka dirumuskan setelah diagnosa. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah tersebut juga sering menyertai diagnosa.

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 antisipasif 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.

Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah / kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa / masalah potensial pada step sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency / segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

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)

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).

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 diidentifikasi 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.

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(Handayani R,2017).

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. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X".

Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderitanya tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

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) Analisis

Langkah selanjutnya adalah analisis. 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(Handayani R,2017).

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).