# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

## A. TEORI MEDIS

### 1. Kehamilan Normal

#### a. Pengertian kehamilan

Menurut federasi obstetri Ginekologi Internasional dalam ilmu kebidanan, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau sembilan bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2010).

#### b. Lama kehamilan

Menurut Mochtar (2011), lamanya kehamilan yaitu 280 hari atau 40 pekan (minggu) atau 10 bulan (*lunar months*). Kehamilan dibagi atas 3 triwulan (trimester), yaitu:

1) Kehamilan triwulan I antara minggu 0-12
2) Kehamilan triwulan II antara minggu 12-28
3) Kehamilan triwulan III antara minggu 28-40


http://repository.unimus.ac.id

**c. Tanda-Tanda Kehamilan**

Menurut Sulistyawati (2011) tanda kehamilan di bagi menjadi dua, yaitu:

1) Tanda pasti hamil

a) Terdengar detak jantung janin (DJJ)

(1) Didengar dengan stetoskop –monoaural laennec

(2) Dicatat dan didengar dengan alat dopler

(3) Dicatat dengan feto-elektrokardiogram

(Mochtar, 2011:38)

b) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, adanya gambaran embrio

c) Pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya rangka janin. Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen (Mochtar, 2011:38)

2) Tanda tidak pasti hamil

Menurut Mochtar (2011), tanda tidak pasti hamil antara lain sebagai berikut:

a) Rahim membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi rahim.

http://repository.unimus.ac.id

b) Tanda hegar

Ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu.

c) Tanda chadwick, yaitu warna kebiruan pada serviks, vagina dan vulva

d) Tanda piskacek, yaitu pembesaran uterus ke salah satu arah sehingga menonjol jelas ke arah pembesaran tersebut.

**d. Dugaan Hamil**

Menurut Mochtar (2011) dugaan kehamilan ada beberapa, yaitu:

1) Amenore (tidak mendapat haid)

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HT) supaya dapat di taksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang di hitung dengan rumus dar Naegele:

TTP = (Hari HT +7) dan (bulan HT-3) dan (tahun HT+1)

2) Mual muntah (*nausea dan vomiting*)

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Karena sering terjadi pada pagi hari, disebut *morning sickness* (sakit pagi). Apabila timbul mual dan muntah berlebihan karena kehamilan, disebut *hiperemesis gravidarum.*

http://repository.unimus.ac.id

3) Mengidam (ingin makanan khusus)

Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama. Mereka juga tidak tahan suatu bau-bauan.

4) Tidak ada selera makan (anoreksia)

Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, kemudian nafsu makan akan timbul kembali.

5) Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri, di sebabkan pengaruh estrogen dan progresteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

6) Miksi / sering buang air kecil, karena kandung kemh tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala itu akan menghilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala tersebut muncul kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

7) Konstipasi / Obstipasi karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid.

**e. Perubahan Anatomi dan Adaptasi Fisiologis dalam Kehamilan pada trimester I, II dan III**

Menurut Astuti (2012), perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis dalam kehamilan pada trimester I, II dan III adalah sebagai berikut:

http://repository.unimus.ac.id

1) Sistem reproduksi

a) Uterus

(1) Trimester I

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima konsepsi sampa persalinan. Uterus memiliki kekuatan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali semula dalam beberapa minggu setelah persalinan.Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih bentuk aslinya seperti buah avokad. Ukuran uterus pada trimester ini yaitu pada usia kehamilan 1 bulan uterus sebesar telur ayam, pada kehamilan 2 bulan uterus sebesar telur angsa, dan pada usia kehamilan 3 bulan setinggi sympisis pubis.

(2) Trimester II

Pada trimester ini uterus akan terlalu besar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya, uterus akan menyentuh hati, mendorong usus ke samping dan ke atas.

(3) Trimester III

Pada akhir kehamilan biasanya kontraksi sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan.Peningkatan kontraksi miometrum ini

http://repository.unimus.ac.id

menyebabkan otot fundus tertarik ke atas.Segmen atas uterus yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal dan memendek serta memberikan tarikan yang lambat dan stabil terhadap serviks yang relatif terfiksasi yang menyebabkan di mulainya peregangan dan pematangan serviks yang di sebut dengan pembukaan serviks.

Tabel 2.1 TFU menurut penambahan per Tiga Jari

| Usia kehamilan (minggu) | Tinggi Fundus Uteri (TFU) |
|---|---|
| 12 | 3 jari di atas simfisis |
| 16 | Pertengahan pusat-simfisis |
| 20 | 3 jari di bawah pusat |
| 24 | Setinggi pusat |
| 28 | 3 jari di atas pusat |
| 32 | Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px) |
| 36 | 3 jari di bawah prosesus xiphoideus (px) |
| 40 | Pertengahan pusat- prosesus xiphoideus (px) |

Sumber: Sulistyawati, A, 2011

b) Serviks

(1) Trimester I

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunakdan kebiruan. Serviks bersikap seperti katub yang bertanggung jawab menjaga janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama persalinan.

(2) Trimester II

Serviks menjadi lebih lunak tetapi tetap mampu memertahankan kehamilannya.

http://repository.unimus.ac.id

(3) Trimester III

Akibat bertambah aktivitas uterus selama kehamilan, serviks mengalami pematangan secara bertahap dan kanal mengalami dilatasi.

c) Vagina

(1) Trimester I

Selama kehamilan, lapisan otot mengalami hipertrofi, dan setrogen menyebabkan epithelium vagina menjadi lebih tebal dan vaskular.Pada trimester pertama ini terjadi peningkatan pengeluaran cairan dari vagina yang bening, putih dan tidak berbau dan merembes keluar.

(2) Trimester II

Pada trimester II terjadi peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal.

(3) Trimester III

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan kekebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertrofi otot polos.

2) Payudara

Selama kehamilan payudara bertambah besar, tegang dan berat. Hiperpigmentasi pada puting susu dan aerola payudara.

http://repository.unimus.ac.id

Perubahan kronologi payudara dari 3-4 minggu sensasi gatal dan kesemutan karena penngkatan suplai darah terutama di sekitar puting susu dan 6-8 minggu peningkatan ukuran, nyeri ketegangan dan nodular akibat hipertrofi alveoli, permukaan halus dan kebiruan, vena tampak tepat terlihat di bawah kulit.

Pada trimester kedua payudara akan semakin membesar dan mengeluarkan cairan yang kekuningan yang di sebut dengan kolostrum.Di akhir kehamilankolostrum dapat keluar dari payudara, progesteron menyebabkan puting lebih menonjol dan dapat di gerakan. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Pada bulan yang sama aerola akan lebih besar dan kehitaman.

**2. Perdarahan Antepartum**

**a. Definisi Perdarahan Antepartum**

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu.Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu (Mochtar, 2011: 187).

http://repository.unimus.ac.id

**b. Klasifikasi Perdarahan Antepartum**

1) Plasenta previa

a) Pengertian Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sedemikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagaian dari ostium uteri internum sehingga plasenta berada di depan jalan lahir (Maryunani dan Eka, 2013:136).

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum (Sastrawinata, et al, 2005:83).

Sejalan dengan bertambah membesarnya rahim dan meluasnya segmen bawah rahim kearah proksimal memungkinkan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim ikut berpindah mengikuti perluasan segmen bawah rahim seolah plasenta tersebut berimigrasi.Ostium uteri yang secara dinamik mendatar dan meluas dalam persalinan kala 1 bisa mengubah luas pembukaan serviks yang tertutup oleh plasenta.Fenomena ini berpengaruh pada derajat atau klasifikasi dari plasenta previa ketika pemeriksaan dilakukan baik dalam masa antenatal maupun dalam masa intranatal, baik dengan ultrasonografi maupun pemeriksaan digital.Oleh karena itu, pemeriksaan

http://repository.unimus.ac.id

ultrasonografi perlu diulang secara berkala dalam asuhan antenatal maupun intranatal (Prawirohardjo, 2010:495).

b) Klasifikasi Plasenta Previa

Menurut Prawirohardjo (2010), klasifikasi plasenta previa adalah sebagai berikut:

(1) Plasenta previa totalis

Plasenta previa totalis atau komplit adalah plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum.

(2) Plasenta previa parsialis

Plasenta previa parsialis adalah plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum.

(3) Plasenta previa margnalis

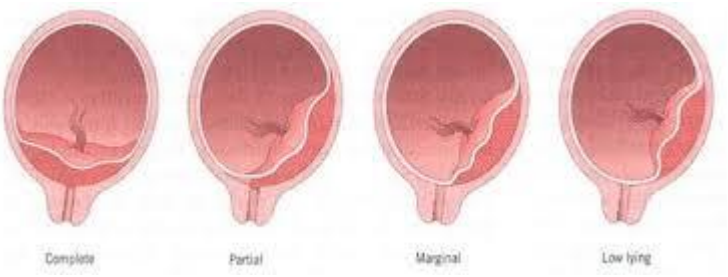
Plasenta previa margnalis adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum.

(4) Plasenta previa letak rendah

Plasenta previa letak rendah adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum.Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap plasenta letak normal.

http://repository.unimus.ac.id

Gambar 2.1 Klasifikasi Plasenta Previa




(1) (2) (3) (4)

Sumber: Mochtar, 2011

c) Insiden Plasenta Previa

Plasenta previa lebih banyak pada kehamilan dengan paritas tinggi dan pada usia diatas 30 tahun. Juga lebih sering terjadi pada kehamilan ganda daripada kehamilan tunggal.Uterus bercacat ikut mempertinggi angka kejadiannya. Pada Rumah Sakit Umum Pemerintah dilaporkan insidennya berkisar 1,7 % sampai dengan 2,9%. Di negara maju insidensinya lebih rendah yaitu kurang dari 1% mungkin disebabkan berkurangnya perempuan hamil paritas tinggi. Dengan meluasnya penggunaan ultrasonografi dalam obstetrik yang memungkinkan deteksi lebih dini, insiden plasenta previa bisa lebih tinggi (Prawirohardjo, 2010:496)

d) Etiologi Plasenta Previa

Faktor-faktor etiologi plasenta previa menurut beberapa sumber, adalah sebagai berikut:

http://repository.unimus.ac.id

(1) Umur dan paritas

(a) Pada primigravida, umur di atas 35 tahun lebih sering daripada umur dibawah 25 tahun.

Usia optimal yang aman bagi ibu untuk hamil dan melahirkan adalah diantara 20-35 tahun. Pada usia <20 tahun organ reproduksi seorang wanita belum siap untuk menerima kehamilan demikian juga dengan jaringan endometriumnya. Ketidaksiapan jaringan endometrium inilah yang dapat mengakibatkan jaringan plasenta akan melebar diri untuk memenuhi kebutuhan nutrisi janin, sehingga menutupi seluruh atau sebagian ostium uteri internum (Trianingsih, I, dkk, 2015).

Sementara itu pada usia >35 tahun ibu hamil beresiko terjadinya plasenta previa karena adanya penuaan uterus, sehingga terjadi seklerosis pembuluh darah arteri kecil dan arteriole mometrium yang menyebabkan aliran darah ke endometrium tidak merata sehingga endometrium menjadi kurang subur dan plasenta tumbuh dengan luas permukaan yang lebih besar, untuk mendapatkan aliran darah yang adekuat, yang

http://repository.unimus.ac.id

akhirnya menyebabkan terjadinya plasenta previa (Hartono, F, dkk, 2011).

(b) Lebih sering paritas tinggi dari pada paritas rendah. Hipoplasia endometrium: bila menikah dan hamil pada umur muda.

Paritas lebih dari satu mempertinggi resiko terjadinya plasenta previa karena dalam kehamilan plasenta mencari tempat yang paling subur untuk berimplantasi. Pada kehamilan pertama fundus merupakan tempat yang subur dan tempat favorit untuk plasenta berimplantasi, tetapi seiring bertambahnya frekuensi kehamilan kesuburan pada fundus akan semakin berkurang (Trianingsih, I, dkk, 2015).

Paritas 1-3 merupakan paritas paling aman bila di tinjau dari kasus kematian ibu. Paritas lebih dari 3 dapat menyebabkan angka kematian ibu tinggi (Herawati, T, dkk, 2009)

(2) Endometrium cacat dan bekas persalinan berulang-ulang, bekas operasi, bekas kuretase, dan manual plasenta.

Pada operasi seksio caesarea dilakukan sayatan pada dinding uterus sehingga dapat mengakibatkan

http://repository.unimus.ac.id

perubahan atropi pada desidua dan berkurangnya vaskularisasi. Kedua hal tersebut dapat mengakibatkan aliran darah ke janin tidak cukup dan mengakibatkan plasenta mencari tempat yang lebih luas dan endometrium yang masih baik untuk berimplantasi yaitu di segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum, demikian pula dengan bekas operasi, kuretase dan manual plasenta (Trianingsih, I, dkk, 2015).

(3) Korpus leteum bereaksi lambat, dimana endometrium belum siap menerima hasil konsepsi

(4) Tumor, seperti tumor mioma uteri, polip dan endometrium

Plasenta previa dapat disebabkan oleh tumor dalam hal ini mioma uteri dan polip endometrium karena basanya mioma dan polip tersebut tumbuh pada fundus uteri sehingga dalam kehamilan plasenta akan mencari tempat yang masih tersedia untuk berimplantasi yaitu di segmen bawah rahim sehingga menutupi ostium uteri internum. Di samping itu tumor yang membesar dalam uterus dapat menekan plasenta sehingga bergeser dan menutupi ostium uteri internum (Trianingsih, I, dkk, 2015).

http://repository.unimus.ac.id

e) Patofisiologi Plasenta Previa

Perdarahan antepartum akibat plasenta previa terjadi sejak kehamilan 20 minggu saat segmen bawah uterus membentuk dari mulai melebar serta menipis, umumnya terjadi pada trimester ketiga karena segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan.Pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan servik menyebabkan sinus uterus robek karena lepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Pendarahan tidak dapat di hindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi seperti pada plasenta letak normal (Nugroho, 2010: 126).

f) Gejala dan Dampak pada Ibu dan Janin

Gejala dan dampak yang dapat terjadi pada ibu dan janin dengan kasus plasenta previa adalah sebagai berikut:

(1) Gejala

Gejala-gejala plasenta previa ialah perdarahan tanpa nyeri, sering terjadi pada malam hari saat pembentukan segmen bawah rahim, bagian terendah masih tinggi diatas pintu atas panggul (kelainan letak). Perdarahan dapat sedikit atau banyak sehingga timbul gejala. Biasa perdarahan sebelum bulan ketujuh memberi gambaran

http://repository.unimus.ac.id

yang tidak berbeda dari abortus, perdarahan pada plasenta previa di sebabkan karena pergerakan antara plasenta dengan dinding rahim.Biasanya kepala anak sangat tinggi karena plasenta terletak pada kutub bawah rahim, kepala tidak dapat mendekati pintu atas panggul, karena hal tersebut di atas, juga ukuran panjang rahim berkurang maka plasenta previa lebih sering terdapat kelainan letak(Rukiyah, 2010:205-206).

(2) Dampak

(a) Bahaya pada ibu dengan plasenta previa jika terjadi, yaitu perdarahan yang hebat, Infeksi sepsis dan emboli udara

(b) Sementara bahaya untuk janinnya antara lain yaitu Hipoksia, Perdarahan dan syok

(Maryunani, 2013:138)

g) Penegakan diagnosis

Penegakan diagnosis plasenta previa adalah sebagai berikut:

(1) Gejala klinis

Pertama ialah kita mengetahui gejala klinisnya terlebih dahulu, gejala diantaranya yaitu:

http://repository.unimus.ac.id

(a) Gejala utama plasenta previa adalah pendarahan tanpa sebab tanpa rasa nyeri dari biasanya, berulang, darah biasanya berwarna merah segar.

(b) Bagian terdepan janin tinggi (floating) sering di jumpai kelainan letak janin.

(c) Pendarahan pertama *(first bleeding)* biasanya tidak banyak dan tidak fatal, kecuali bila dilakukan periksa dalam sebelumnya, sehingga pasien sempat dikirim ke rumah sakit. Tetapi perdarahan berikutnya *(reccurent bleeding)* biasanya lebih banyak. Janin biasanya masih baik.

(Maryunani, 2013:138).

(2) Pemeriksaan fisik

(a) Pemeriksaan luar bagian terbawah janin biasanya belum masuk pintu atas panggul (Nugroho, 2010:126)

(b) Pemerksaan inspekulo : pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah perdarahan berasal dari ostium uteri internum atau dari kelainan serviks dan vagina. Apabila perdarahan berasal dari ostium uteri internum, adanya plasenta previa harus di curigai (Fauziyah, Y, 2012:74)

http://repository.unimus.ac.id

(3) Pemeriksaan penunjang

(a) USG untuk diagnosis pasti, yaitu menentukan letak plasenta.

(b) Pemeriksaan darah: hemoglobin, hematokrit

(Nugroho, 2010:127)

h) Penatalaksanaan Plasenta Previa

Menurut Sukarni. I,. Sudarti (2014), penatalaksanaan plasenta previa yaitu:

(1) Konservatif

Dilakukan perawatan konservatif bila kehamilan kurang 37 minggu, perdarahan tidak ada atau tidak banyak (Hb masih dalam batas normal), tempat tinggal pasien dekat dengan rumah sakit (dapat menempuh perjalanan dalam 1 menit). Perawatan konservatif berupa:

(a) Istirahat

(b) Pemberian hematinik dan spasmolitik untuk mengatasi anemia

(c) Memberikan antibotik bila ada indikasi

(d) Pemeriksaan USG, Hb, dan hematokrit.

Bila selama 3 hari tidak terjadi perdarahan setelah melakukan perawatan konservatif maka lakukan mobilisasi bertahap. Pasien dipulangkan bila tetap tidak

http://repository.unimus.ac.id

ada perdarahan. Bila timbul perdarahan segera bawa ke rumah sakit dan tidak boleh melakukan senggama.

(2) Penanganan aktif

Penanganan aktif bila perdarahan banyak tanpa memandang usia kehamilan, umur kehamilan 37 minggu atau lebih, anak mati. Penanganan aktif berupa persalinan pervaginam dan persalinan per abdominal.

Penderita di persiapkan untuk pemeriksaan dalam diatas meja operasi. *(double set up)* yakni dalam keadaan siap operasi. Bila pemeriksaan dalam didapatkan:

(a) Plasenta previa margnalis,

(b) Plasenta previa letak rendah

(c) Plasenta previa lateralis atau marginalis dimana janin mati dan serviks sudah matang, kepala sudah masuk pintu atas panggul dan tidak ada perdarahan atau hanya sedikit maka lakukan amniotomi yang diikuti dengan drips oksitosin pada partus pervaginam, bila gagal drips (sesuai dengan protap terminasi kehamilan). Bila terjadi perdarahan banyak lakukan seksio caesarea.

http://repository.unimus.ac.id

Indikasi untuk melakukan seksio caesarea adalah:

(a) Plasenta previa totalis

(b) Perdarahan banyak tanpa henti

(c) Presentase abnormal

(d) Panggul sempit

(e) Keadaan serviks tidak menguntungkan (belum matang)

(f) Gawat janin

i) Cara Menyelesaikan Persalinan pada Kehamilan dengan Plasenta Previa

Menurut Prawirohardjo (2010), cara menyelesaikan persalinan pada kehamilan dengan plasenta previa adalah sebagai berikut:

(a) Seksio caesarea

Prinsip utama dalam melakukan seksio caesarea (adalah untuk menyelamatkan ibu, sehingga walaupun janin meninggal atau tak punya harapan untuk hidup, tindakan ini tetap di laksanakan).

Tujuan seksio caesarea yaitu melahirkan janin dengan segera sehingga uterus dapat segera berkontraksi dan menghentikan perdarahan dan menghindarkan kemungkinan terjadinya robekan pada servik uteri, jika janin di lahirkan pervaginam.

http://repository.unimus.ac.id

Tempat implantasi plasenta previa terdapat banyak vaskularisasi sehingga serviks uteri dan segmen bawah rahim menjadi tipis dan mudah robek, selain itu, bekas tempat implantasi plasenta sering menjadi sumber perdarahan karena adanya perbedaan vaskularisasi dan susunan serabut otot dengan korpus uteri.

Siapkan darah pengganti untuk stabilisasi dan pemulihan kondisi ibu.Lakukan perawatan lanjut pasca bedah termasuk pemantauan perdarahan, infeksi dan keseimbangan cairan masuk dan cairan keluar.

(b) Melahirkan pervaginam

Perdarahan akan berhenti jika ada penekanan pada plasenta. Penekanan tersebut dapat dilakukan dengan cara-cara sebagai berikut:

1)) Amniotomi dan akselerasi

Umunya dilakukan pada plasenta previa lateralis / marginalis dengan pembukaan lebih dari 3 cm serta presentasi kepala. Dengan memecah ketuban, plasenta akan mengikuti segmen bawah rahim dan di tekan oleh kepala

http://repository.unimus.ac.id

janin. Jika kontraksi uterus belum ada atau masih lemah, akselerasi dengan infus oksitosin.

2)) Versi baxton hicks

Tujuan melakukan versi braxton hicks ialah mengadakan temponade plasenta dengan bokong (dan kaki) janin. Versi braxton hicks tidak dilakukan pada pada janin yang masih hidup.

2) Solusio plasenta

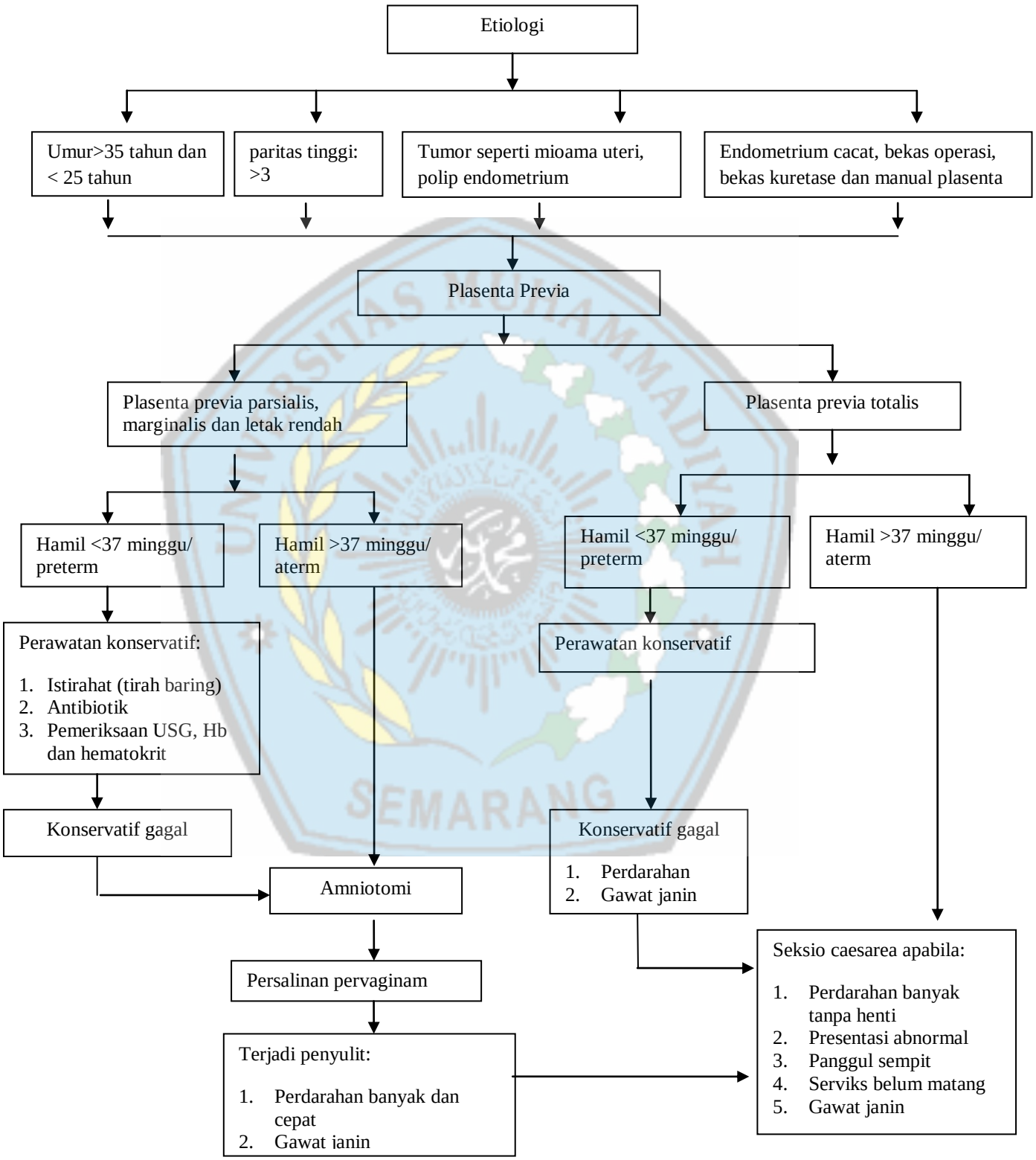
Solusio plasenta adalah suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir. Biasanya di hitung sejak kehamilan 28 minggu (Mochtar, 2011:194)

3) Vasa previa

Vasa previa adalah keadaan dimana pembuluh darah janin berada didalam selaput ketuban dan melewati ostium uteri internum untuk kemudian sampai ke dalam insersinya di tali pusat.Perdarahan terjadi bila selaput ketuban yang melewati pembukaan serviks robek atau pecah dan vaskular janinpun ikut terputus (Prawirohardjo, 2009:502).

http://repository.unimus.ac.id

### 3. Pathway Plasenta Previa




Bagan 2.1 Pathway Plasenta Previa

Sumber: Modifikasi dari Sukarni, I, Sudarti. 2014 dan Mochtar. 2011

http://repository.unimus.ac.id

## B. TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN

### 1. Pengertian Menejemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Mufdillah, 2012:110).

### 2. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

a. Langkah I (Pertama) Pengkajian

Pada langkah pertama ini di kumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari berbagai sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.Pengumpulan data dilakukan melalui anamnesis.Anamnesis adalah pengkajian dalam rangka mendapatkan data tentang pasien melalui pengajuan pertanyaan-pertanyaan (Sulistyawati, 2012:166).

Pengumpulan data ini meliputi:

1) Data Subyektif

Data subyektif diperoleh dari informasi langsung yang diterima dari masyarakat dengan jalan bertanya untuk mengetahui biodata, keluhan dan riwayat pasien. Pengumpulan data subyektif ini dilakukan melalui wawancara (Heryani, 2011: 120-121)

http://repository.unimus.ac.id

a) Identitas pasien dan identitas penanggungjawab

Menurut Astuti (2012), Identitas pasien dan identitas penanggungjawabmeliputi:

(1) Nama Pasien atau Suami

Mengetahui nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan akrab.

(2) Umur

Umur perlu diketahui guna mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang beresiko atau tidak. Usia di bawah 16 tahun dan di atas 35 tahun merupakan umur-umur yang beresiko tinggi untuk hamil.Umur yang baik untuk kehamilan maupun persalinan adalah 19-25 tahun.

(3) Agama

Tanyakan pilihan klien dan berbagai praktik terkait agama yang harus di observasi.Informasi ini dapat menuntun kesuatu diskusi tentang pentingnya agama dalam kehidupan klien, tradisi keagamaan dalam kehamilan dan kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin tenaga kesehatan, dan pada beberapa kasus, pengguanaan produk darah.

http://repository.unimus.ac.id

(4) Pendidikan

Tanyakan pendidikan tertinggi yang klien tamatkan, informasi ini membantu klinisis memahamai klien sebagai individu, dan memberi gambaran kemampuan baca-tulisnya.

(5) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan dan untuk mengkaji potensi kelahiran, prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin.

(6) Suku/ Bangsa

Ras, etnis, dan keturunan harus di identifikasi dalam rangka memberikan perawatan yang peka budaya kepada klien dan mengidentifkasi wanita atau keluarga yang memiliki kondisi resesif otosom dengan insiden yang tinggi pada populasi tetentu.Jika kondisi yang demikian diidentifikasi, wanita tersebut di wajibkan menjalani skrining ginetik.

(7) Alamat

Alamat rumah klien perlu di ketahui bidan untuk lebih memudahkan pada saat pertolongan persalinan dan untuk mengetahui jarak rumah dengan tempat rujukan.

http://repository.unimus.ac.id

b) Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan (Sulistyawati, 2012: 167).

Keluahan utama plasenta previa adalah pendarahan tanpa sebab tanpa rasa nyeri dari biasanya berulang darah biasanya berwarna merah segar (Maryunani, 2013: 138).

c) Riwayat Kesehatan

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanda (warning) akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan fisiologis pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh (Sulistyawati, 2012: 167).

Menurut Astuti (2012), riwayat kesehatan yang perlu ditanyakan pada pasien diantaranya adalah sebagai berikut:

(1) Riwayat Kesehatan Pasien

(a) Penyakit yang Pernah di Derita

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah di derita klien. Apabila klien pernah menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada di dalam kandungan tersebut beresiko menderita penyakit yang sama.

http://repository.unimus.ac.id

(b) Penyakit yang Sedang di Derita

Tanyakan pada klien penyakit apa yang sedang di derita sekarang. Misal pasien mengatakan bahwa menderita sakit DM, maka bidan harus terlatih memberikan asuhan kehamilan pasien dengan DM.

(c) Apakah Pernah di Rawat

Tanyakan kepada klien apakah pernah di rawat di rumah sakit.Hal ini di tanyakan untuk melengkapi anamnesa.

(d) Berapa Lama di Rawat

Kalau pasien menjawab pernah, tanyakan berapa lama ia di rawat. Hal ini di tanyakan untuk melengkapi anamnesa.

(2) Riwayat Kesehatan Keluarga

(a) Penyakit Menular

Tanyakan pada klien apakah mempunyai keluarga yang saat ini sedang menderita penyakit menular atau tidak.Apabila klien mempunyai keluarga yang sedang menderita penyakit menular, sebaiknya bidan menyarankan kepada kliennya untuk menghindari secara langsung atau tidak langsung bersentuhan fisik atau mendekat keluarga tersebut untuk sementara waktu agar tidak menular pada ibu

http://repository.unimus.ac.id

hamil dan janinnya.Berikan pengertian terhadap keluarga yang sedang sakit tersebut agar tidak terjadi kesalahpahaman Hal ini di tanyakan untuk melengkapi anamnesa.

(b) Penyakit Menurun / Genetic

Tanyakan pada klien apakah mempunyai penyakit keturunan atau tidak. Hal ini di perlukan untuk mendiagnosa apakah si janin berkemungkinan akan menderita penyakit tersebut atau tidak.

d) Riwayat Menstruasi

(1) Menarche

Menarche adalah usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita Indonesia umumnya mengalami menarche sekitar umur 12 sampai 16 tahun (Sulistyawati, 2012: 167).

(2) Siklus

Siklus menstruasi adalah jarak antara menstruasi yang di alami dengan menstruasi berikutnya, dalam hitungan hari.Biasanya 23 sampai 32 hari (Sulistyawati, 2012: 167).

(3) Lamanya

Lamanya haid yang normal adalah kurang lebih 7 hari. Apabila sudah mencapai 15 hari berarti sudah abnormal

http://repository.unimus.ac.id

dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhinya (Astuti, 2012:208)

(4) Volume / Banyaknya Darah

Data ini menjelaskan seberapa banyak darahmenstruasi yang dikeluarkan. Kadang kita akan kesulitan untuk mendapatkan data yang valid. Sebagai acuan biasanya kita gunakan acuan kriteria banyak, sedang, dan sedikit.Jawaban yang diberikan pasien biasanya bersifat subjektif, namun dapat kita kaji lebh dalam lagi dengan beberapa pertanyaan pendukung, misalnya sampai berapa kali mengganti pembalut dalam sehari (Sulistyawati, 2012: 167).

Normalnya banyaknya darah/ berapa kali ganti pembalut yaitu 2 kali dalam sehari.Apabila darahnya berlebih itu berarti telah menunjukan gejala kelainan banyaknya darah haid (Astuti, 2012:208).

(5) Keluhan

Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi, misalnya nyeri hebat, sakit kepala sampai pingsan, atau jumlah darah yang banyak.Ada beberapa keluhan yang di sampaikan oleh pasien dapat menunjuk kepada diagnosis tertentu (Sulistyawati, 2012: 167).

http://repository.unimus.ac.id

e) Riwayat Pernikahan

Menurut Astuti (2012), hal yang perlu di tanyakan untuk memenuhi data riwayat pernikahan antara lain sebagai berikut:

(1) Menikah

Tanyakan status klien, apakah ia sekarang sudah menikah atau belum menikah. Hal ini penting untuk mengetahui status kehamilan tersebut dari hasil pernikahan yang resmi atau hasil dari kehamilan yang tidak diingnkan.Status pernikahan bisa berpengaruh pada psikologisnya ibu pada saat hamil.

(2) Usia Saat Menikah

Tanyakan pada klien pada saat usia berapa ia menikah. Hal ini diperlukan karena apabila klien mengatakan bahwa ia menikah di usia muda sedangkan klien pada saat kunjungan awal ke tenaga kesehatan atau bidan tersebut sudah tidak lagi muda dan kehamilannya adalah yang pertama, ada kemungkinan bahwa kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat di harapkan. Hal ini berpengaruh bagaimana asuhan kehamilannya.

http://repository.unimus.ac.id

(3) Lama Pernikahan

Tanyakan kepada klien sudah berapa lama ia menikah. Apabila klien mengatakan bahwa telah lama menikah dan baru saja bisa mempunyai keturunan, maka kemungkinan bahwa kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat di harapkan.

(4) Dengan Suami Sekarang

Tanyakan pada klien sudah berapa lama menikah dengan suami sekarang, apabila mereka tergolong pasangan usia muda, maka dapat di pastikan dukungan suami akan berpengaruh sangat besar terhadap kehamilannya.

f) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Ditanyakan untuk mengetahui riwayat kehamilan sebelumnya, misalnyaadanya komplikasi pada kehamilan dan kelahiran(Mufdillah, 2009:12).

Menurut Mochtar (2011) yang mempengaruhi plasenta previa adalah:

(1) Umur dan paritas

(a) Pada primigravida, umur di atas 35 tahun lebih sering daripada umur dibawah 25 tahun

http://repository.unimus.ac.id

(b) Lebih sering paritas tinggi daripada paritas rendah.Hipoplasia endometrium: bila menikah dan hamil pada umur muda

(2) Endometrium cacat dan bekas persalinan berulang-ulang, bekas operasi, bekas kuretase, dan manual plasenta

(3) Korpus leteum bereaksi lambat, dimana endometrium belum siap menerima hasil konsepsi

(4) Tumor, seperti tumor mioma uteri, polip dan endometrium

(5) Kadang-kadang pada malnutrisi.

g) Riwayat Kehamilan Sekarang

Menurut Mufdillah (2009), yang perlu ditanyakan pada riwayat kehamilan sekarang meliputi:

(1) Paritas klien, dituliskan dengan G.....P.....A..... dimana G adalah gravida (jumlah kehamilan sampai dengan kehamilan saat ini) P adalah paritas (jumlah kelahiran), dan A abortus yaitu berapa kali ibu mengalami abortus pada kehamilan sebelumnya.

(2) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) ditanyakan untuk memperkirakan tanggal persalinan. Apabila siklus menstruasi 28 hari HPL (Hari Perkiraan Lahir) dapat dihitung dengan menambahkan 7 pada tanggal,

http://repository.unimus.ac.id

mengurangi 3 atau menambah 9 pada bulan dan menambah 1 atau tetap pada tahun (+7, -3, +1 / +7, +9, +1), semntara kalau siklus menstruasi 35 hari maka tanggal d tambah 14 (+14, -3, +1 ) tahun atau tetap.

(3) Usia kehamilan di tulis dalam minggu.

(4) Gerak janin pertama kali di tanyakan untuk mengetahui gerak janin yang pertama dirasakan ibu pada umur kehamilan berapa minggu dan mengetahui masalah yang mungkin terjadi pada janin yang di kandung.

(5) Keluhan yang dialami selama kehamilan, misal nause (mual), frekuensi BAK, nyeri kepala, keputihan, oedema, konstipasi, perdarahan, nyeri abdomen.

(6) Pengobatan atau obat-obatan yang digunakan sejak kehamilan, paparan terhadap penyakit khususnya rubella dan penyakit imun, sakit yang di alami selama atau sejak kehamilan, paparan terhadap toksin di tempat kerja (bila bekerja atau d tempat tinggal) di perlukan untuk mengetahui efek yang dapat di timbulkan dari masalah tersebut pada kehamilan.

(7) Imunisasi TT

(a) TT (Tetanus Toxoid) I

(b) TT (Tetanus Toxoid) II

http://repository.unimus.ac.id

Tanyakan kepada klien apakah sudah pernah mendapatkan imunsas TT atau belum.Apabila belum, bidan bisa memberikannya. Imunisasi tetanus toxoid di perlukan untuk melindungi bayi terhadap penyakit tetanus neonatorum, imunisasi dapat dilakukan pada TM I/ II pada kehamilan 3-5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Lakukan penyuntikan secara IM (intramuscular) dengan dosis 0,5 ml (Astuti, 2012:212)

Pada plasenta previa, kehamilannya dapat mengalami keluhan atau gejala-gejala seperti perdarahan tanpa nyeri, sering terjadi pada malam hari saat pembentukan segmen bawah rahim, bagian terendah masih tinggi diatas pintu atas panggul (kelainan letak). Perdarahan dapat sedikit atau banyak sehingga timbul gejala. Biasa perdarahan sebelum bulan ketujuh memberi gambaran yang tidak berbeda dari abortus, perdarahan pada plasenta previa di sebabkan karena pergerakan antara plasenta dengan dinding rahim(Rukiyah, 2010:205-206).

h) Riwayat KB

Menurut Astuti (2012), pertanyaan untuk riwayat KB meliputi:

http://repository.unimus.ac.id

(1) Metode: tanyakan pada klien metodeapa yang selama ini ia gunakan.

(2) Lama: tanyakan pada klien berapa lama ia menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

(3) Masalah: tanyakan pada klien apakah ia mempunyai masalah saat menggunakan alat kontrasepsi tersebut. Apabila klien mengatakan bahwa kehamlannya saat ini dikarenakan kegagalan kerja alat kontrasepsi, berikanpandangan- pandangan klien terhadap kontrasepsi lain.

i) Pola Kebutuhan Sehari-hari

(1) Kebutuhan Nutrisi

Nutrisi di tanyakan pada klien jenis, kesukaan, pantangan, intake untuk mengetahui pemenuhan nutrisi selama hamil (Mufdillah, 2009:13)

(2) Eliminasi

Eliminasi ditanyakan pada klien mengenai perubahan yang terjadi baik BAB maupun BAK selama hamil (Mufdillah, 2009:13)

(3) Aktivitas dan latihan

Tanyakan bagaimana pola aktivitas klien.Beri anjuran kepada klien untuk menghindari mengangkat beban berat, kelelahan, latihan yang berlebihan dan olah raga

http://repository.unimus.ac.id

berat.Anjurkan klien untuk melakukan senam klien.Aktvitas harus dibatasi bila di dapatkan penyulit karena dapat mengakibatkan persalinan prematur, KPD, dan sebagianya (Astuti, 2012:220). Tanyakan ada gangguan atau tidak (Mufdillah, 2009:13)

(4) Istirahat – tidur

Tanyakan tentang pola, lama dan gangguan tidur baik pada waktu siang maupun malam (Mufdillah, 2009:13)

(a) Tidur siang

Kebiasaan tidur siang perlu di tanyakan karena tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan.Apabila ternyata klien tidak terbiasa tidur siang, anjurkan klien untuk mencoba dan membiasakannya (Astuti, 2012:222).

(b) Tidur malam

Pola tidur malam perlu ditanyakan karena wanita hamil tidak boleh kurang tidur, apalagi tidur malam.Jangan kurang dari 8 jam. Tidur malam waktu dimana proses pertumbuhan janin berlangsung. Apabila klien tidak mempunyai pola tidur malam yang tidak mencapai 8 jam, anjurkan klien untuk mencoba dan membiasakan tidur malam dengan pola 8 jam (Astuti, 2012:222-223).

http://repository.unimus.ac.id

(5) Personal Hygiene

(a) Mandi

Kita dapat menanyakan pada pasien berapa kali ia mandi dalam sehari dan kapan waktunya (Sulistyawati, 2012:171)

(b) Gosok gigi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia menyikat giginya. Kebersihan gigi sangat penting karena saat hamil sering terjadi karies yang berkaitan dengan emesis- hiperemesis gravidarum, hipersalivadapat menimbulkan timbunan kalsium di sekitar gigi (Astuti, 2012:219).

(c) Keramas

Pada beberapa wanita ada yang kurang peduli dengan kebersihan rambutnya karena mereka beranggapan keramas tidak begitu berpengaruh terhadap kesehatan. Jika kita menemukan pasien yang sepert ini, maka kita harus memberikan pengertian kepadanya bahwa keramas harus selalu dilakukan ketika rambut kotor karena bagian kepala yang kotor merupakan tempat yang mudah menjadi sumber infeksi (Sulistyawati, 2012:171)

http://repository.unimus.ac.id

(d) Ganti baju dan celana dalam

Ganti baju minimal sekali dalam sehari, sedangkan celana dalam minimal dua kali. Namun jika sewaktu-waktu baju dan celana dalam sudah kotor, sebaiknya segera diganti tanpa harus menunggu waktu untuk ganti berikutnya (Sulistyawati, 2012:171)

(6) Aktivitas Seksual

Menurut Sulistyawati (2012), walaupun hal ini adalah hal yang cukup privasi bagi pasien, namun bidan harus menggali data dari kebiasaan ini. Bidan menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan aktivitas seksual, melalui pertanyaan berikut:

(a) Frekuensi

Kita tanyakan berapa kali melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

(b) Gangguan

Kita tanyakan apakah pasien mengalami gangguan ketika melakukan hubungan seksual, misalnya nyeri saat berhubungan, adanya ketidakpuasan dengan suami, kurangnya keinginan untuk melakukan hubungan, dan lain sebagainya.Jika mendapatkan data-data tersebut di atas maka

http://repository.unimus.ac.id

sebaiknya kita membantu pasien untuk mengatasi permasalahannya dengan konseling lebih intensif mengenai hal ini.

j) Psikososial Budaya

(1) Respon keluarga terhadap kehamilannya

Bagaimanapun juga hal ini sangat penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap kehamilan akanmempercepat proses adaptasi ibu dalam menerima perannya (Sulistyawati, 2012:173).

(2) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa hamil

Untuk mendapatkan data ini bidan sangat perlu melakukan pendekatan terhadap keluarga pasien, terutama orang tua (Sulistyawati, 2012:174)

(3) Letak tempat tinggal dekat dengan kandang ternak atau tidak

Kandang ternak yang dekat dengan tempat tinggal sangat memungkinkan menjadi sumber penularan berbagai macam penyakit (Sulistyawati, 2012:172).

(4) Pengambil keputusan dalam keluarga

Perlu ditanyakan karena untuk mengetahui siapa yang diberi kewenangan klien mengambil keputusan apabila

http://repository.unimus.ac.id

ternyata bidan mendiagnosa adanya keadaan patologis bagi kondisi kehamilan klien yang memerlukan adanya penanganan serius (Astuti, 2012:226).

2) Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

Setelah data subyektif kita dapatkan, untuk melengkapi data kita dalam menegakan diagnosis, maka kita harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan umum, seperti keadaan umu, TTV, berat badan tinggi badan dan lain-lain yang dilakukan secara berurutan.

Langkah-langkah pemeriksaannya menurut Sulistyawati (2011), adalah sebagai berikut:

(1) Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan ini kita laporkan dengan kriteria sebagai berikut:

(a) Baik

Jika pasien memperlihatkan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

http://repository.unimus.ac.id

(b) Lemah

Pasien dimasukan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.

(2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma pasien tidak dalam keadaan sadar)

(3) Tanda vital

(a) Tekanan darah

(b) Nadi

(c) Pernafasan

(d) Suhu

(4) Berat badan, tinggi badan dan lingkar lengan atas

Penimbangan berat badan dilakukan setiap kali kunjungan, selama kehamilan berat badan akan naik 9-12 Kg yang diperoleh terutama pada trimester II dan III kehamilan. Bila berat badan ibu kurang dari 5 kg pada kehamilan 28 minggu, maka perlu di rujuk. Tinggi badan diukur pada saat kunjungan pertama.

http://repository.unimus.ac.id

Perhatikan kemungkinan adanya panggul sempit (terutama pada ibu yang pendek) dan melakukan pemeriksaan lingkar lengan kiri dnyatakan kurang gzi bila kurang sama dengan 23,5 cm (Mufdillah, 2009:15).

b) Pemeriksaan fisik

Menurut Hani (2010), untuk pemeriksaan fisik yang dilakukan adalah sebagai berikut:

(1) Kepala dan leher

(a) Apakah ada oedema pada wajah, adakah cloasma gravidarum

(b) Pada mata: adakah pucat pada kelopak mata bawah, adakah kuning / ikterus pada sklera

(c) Hidung: adakah pernafasan cuping hidung, adakah pengeluaran sekret

(d) Apakah wajah pucat, keadaan lidah adakah gigi yang berlubang

(e) Telinga: ketajaman pendengaran secara umum, luka dan pengeluaran dari saluran telinga (bentuk dan warna)

(f) Leher: adakah pembesaran kelenjar tyroid, adakah pembesaran pembuluh limfe.

http://repository.unimus.ac.id

(2) Payudara

(a) Memeriksa bentuk, ukuran dan simetris atau tidak

(b) Puting payudara menonjol, datar atau masuk ke dalam

(c) Adakah kolostrum atau cairan lain dari puting susu

(d) Pada saat klien mengangkat tangan ke atas kepala, periksa mengetahui adanya retraksi atau dimpling

(e) Pada saat klien berbaring, lakukan palpasi secara sistematis dari arah payudara dan aksila, kemungkinan terdapat: massa atau pembesaran pembuluh limfe.

(3) Abdomen

(a) Bentuk dan pembesaran perut (perut membesar ke depan atau ke samping, keadaan pusat, tampakah gerakan janin atau kontraksi rahim)

(b) Adakah bekas operasi

(c) Linea nigra, striae abdomen

(d) Ukur TFU, hitung TBJ

(e) Letak, presentasi, posis dan penurunan kepala janin

(f) DJJ dan gerakan janin

http://repository.unimus.ac.id

(4) Ekstremitas

Periksa adanya oedema yang paling mudah dlakukan pretibia dan mata kaki dengan cara menekan jar beberapa detik. Apabila terjadi cekung yang tidak lekas pulih kembali, berarti oedema positif.

(5) Genetalia

Lihat adanya tukak/ luka, varises, cairan (warna, konsistensi, jumlah dan bau)

c) Pemeriksaan penunjang

Menurut Asrinah, dkk (2010) pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada ibu hamil tersebut ialah:

1) Urinalis

Pemeriksaan urinalis dilakukan setiap kali pemeriksaan untuk mengetahui adanya abnormalitas.

2) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah tersebut diperlukan untuk mengetahui golongan darah ibu apabila di perlukan transfusidarah saat persalinan

3) Ultrasnografi (USG)

Adalah suatu pemeriksaan yang menggunakan gelombang ultrasonik untuk mendapatkan gambaran dari janin, plasenta dan uterus.

http://repository.unimus.ac.id

Sedangkan pada kasus plasenta previa, pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan menurut Nugroho (2010) adalah: pemeriksaan USG untuk dagnosis pasti, yaitu menentukan letak plasenta dan pemeriksaan darah seperti hemoglobin dan hematokrit.

b. Langkah II (Intrepretasi Data)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan intrepretasi yang benar atas data-data yang dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diintrepretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik (Mufdillah, 2012:113).

Pada langkah II ini dikumpulkan melalui data berikut, yaitu:

1) Diagnosa kebidanan

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan (Heryani, 2011:122).

Diagnosa pada plasenta previa yaitu perdarahan jalan lahir pada kehamilan setelah 22 minggu berlangsung tanpa nyeri, tanpa alasan, terutama pada multigravida. Perdarahan cenderung berulang dengan volum yang lebih banyak dari sebelumnya. Perdarahan menimbulkan penyulit pada ibu maupun janin dalam rahim (Rukiyah, 2010:207).

http://repository.unimus.ac.id

Untuk diagnosa kebidanan pada plasenta previa menurut Pudiastuti (2012), yaitu: Ny.. umur...tahun, G..P..A.. hamil..minggu, janin (tunggal/ganda), hidup/mati, intra/ekstra uterin, Puka/puki, belum masuk PAP dengan plasenta previa (totalis/ marginalis/ parsalis/ letak rendah)

2) Masalah

Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis (Purwoastuti dan Elisabeth, 2014:136).

Masalah pada plasenta previa yaitu adanya gangguan rasa nyaman dan gangguan aktivitas sehubungan dengan terjadinya perdarahan pervaginam (Pudiastuti, 2012:116)

3) Kebutuhan

Kebutuhan adalah sesuatu yang diperlukan untuk meningkatkan kesehatan klien, misalnya: pendidikan kesehatan, promosi kesehatan (Heryani, 2011:123).

Kebutuhan pada ibu hamil dengan plasenta previa menurut Pudiastuti (2012), ialah:

a) Penyuluhan tentang istirahat ibu
   (1) Anjurkan ibu untuk istirahat total / tirah baring
   (2) Jangan banyak melakukan gerakan atau aktivitas
b) Observasi banyaknya perdarahan pervaginam dan mengganti pembalut bila basah

http://repository.unimus.ac.id

c) Segera hubungi tenaga kesehatan jika terjadi perdarahan yang lebih hebat
d) Penyuluhan tentang gizi dan nutrisi pada ibu hamil
e) Pemenuhan cairan dan nutrisi
f) Memberikan dukungan psikologis kepada ibu
g) Observasitanda-tanda vital.

c. Langkah III (Diagnosa Potensial)

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga. Langkah ini membutuhkan antisispasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil terus mengamati kondisi klien. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial benar-benar terjadi (Sulistyawati, 2011:181).

Diagnosa potensial pada plasenta previa menurut Pudiastuti (2012), yaitu:

1) Potensial terjadi perdarahan antepartum pada ibu
2) Potensial terjadinya gawat janin
3) Potensial terjadinya asfiksia pada bayi

d. Langkah IV (Tindakan Segera)

Beberapa data menunjukan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Mungkin juga memerlukan

http://repository.unimus.ac.id

konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat. Langkah ini mencermnkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Mufdillah, 2012:117).

Tindakan segera pada plasenta previa yaitu kolaborasi dengan dokter segera mungkin jika terjadi komplikasi yang lebih hebat dengan penatalaksanaan perdarahan antepartum dan penatalaksanaan asfiksia pada bayi (Pudiastuti, 2012:117).

e. Langkah V (Perencanaan)

Pada langkah inidirencanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua perencanaan yang dibuat harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori yang *up to date*,perawatan berdasarkan bukti (*evidence based care*), serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan tidak diinginkan oleh pasien. Dalam menyusun perencanaan sebaiknya pasien dilibatkan, karena pada akhirnya pengambilan keputusan dalam melaksanakan suatu rencana asuhan harus disetujui oleh pasien (Sulistyawati, 2011:182).

Menurut Pudiastuti (2012), perencanaan pada ibu hamil dengan plasenta previa adalah sebagai berikut:

1) Jelaskan pada ibu kondisinya saat ini
2) Observasi banyaknya perdarahan pervaginam dan tanda-tanda vital

http://repository.unimus.ac.id

3) Penyuluhan istirahat pada ibu
4) Memberikan dukungan psikologis pada ibu
5) Penyuluhan tentang kebutuhan gizi dan nutrisi pada ibu hamil
6) Pemenuhan kebutuhan cairan dan nutrisi
7) Jelaskan pada ibu bahwa ibu tidak dapat melaksanakan persalinan secara normal tetapi harus secara seksio caesarea karena ada plasenta yang menutupi jalan lahir.

f. Langkah VI (Penatalaksanaan)

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah di uaraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggungjawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (memastikan langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu, biaya dan menongkatkan mutu asuhan (Mufdillah, 2012:118).

http://repository.unimus.ac.id

g. Langkah VII (Evaluasi)

Pada langkah ke-7 ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah di berikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedangkan sebagian lagi belum efektif (Asrinah, 2010:166).

**1. Dokumentasi SOAP**

Menurut Asrinah, dkk (2010), dokumentasi SOAP untuk data perkembangan dalam melengkapi data adalah sebagai berikut:

a. S (Subyektif) yaitu apa yang dikatakan oleh klien
b. O (Obyektif) yaitu apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan sewaktu melakukan pemeriksaan
c. A (Analisa) yaitu kesimpulan apa yang dibuat dari data-data subyektif/ obyektif tersebut
d. P (Planning) yaitu apa yang akan dilakukan berdasarkan hasil pengevaluasian tersebut.

http://repository.unimus.ac.id

## C. TEORI HUKUM KEWENANGAN BIDAN

1. Permenkes No. 1464/Menkes/Per/X/2010

   a. Perizinan

      Pasal 2 ayat (1): Bidan dapat menjalankan praktik mandiri dan/ atau bekerja di fasiltas pelayanan kesehatan.

   b. Kewenangan Bidan

      Berdasarkan Permenkes No. 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan. Bidan dalam menyelenggarakan praktik berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

      1) Kewenangan normal
         a) Pelayanan kesehatan ibu
         b) Peleyanan kesehatan anak, dan
         c) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
      2) Kewenangan bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memliki dokter, hal tersebut terdapat pada pasal 14 ayat (1), yaitu:Bagi bidan yang menjalankan praktek di daerah yang tidak memliki dokter dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan.

2. Standar pelayanan kebidanan, IBI (2006)

   Telah di sadari bahwa pertolongan pertama atau penanganan kegawatdaruratan obstetri neonatal merupakan komponen penting dan

http://repository.unimus.ac.id

merupakan bagian tak terpisahkan dari pelayanan kebidanan di setiap tingkat pelayanan. Bila hal tersebut dapat diwujudkan, maka angka kematian ibu dapat di turunkan. Berdasarkan itu, standar pelayanan kebidanan ini mencakup standar untuk penanganan keadaan tersebut, di samping standar untuk pelayanan kebidanan dasar.

Dengan demikian, ruang lingkup standar pelayanan kebidanan meliputi 24 standar yang dikelompokkan sebagai berikut:

a. Standar pelayanan umum
   3) Standar 1: persiapan untuk kehidupan keluarga sehat
   4) Standar 2: pencatatan dan pelaporan
b. Standar pelayanan antenatal
   1) Standar 3: identifikasi ibu hamil
   2) Standar 4: pemeriksaan dan pemantauan antenatal
   3) Standar 5: palpasi abdominal
   4) Standar 6: pengelolaan anemia pada kehamilan
   5) Standar 7: pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan
   6) Standar 8: persiapan persalinan
c. Standar pertolongan persalinan
   1) Standar 9: asuhan persalinan kala I
   2) Standar 10: persalina kala II yang aman
   3) Standar 11: penatalaksanaan aktif kala III
   4) Standar 12: penanganan kala II dengan gawat janin melalui epsiotomi

http://repository.unimus.ac.id

d. Standar pelayanan nifas

1) Standar 13: perawatan bayi baru lahir
2) Standar 14: penanganan pada 2 ja pertama setelah persalinan
3) Standar 15: pelayanan bagi ibu dan bay pada masa nifas

e. Standar penanganan kegawatan obstetri dan neonatal

1) Standar 16: penanganan perdarahan dalam kehamilan pada trimester III (yang di observasi)
2) Standar 17: penanganan kegawatan dan eklampsia
3) Standar 18: penanganan kegawatan pada partus lama/ macet
4) Standar 19: persalinan dengan penggunaan vakum ekstraktor
5) Standar 20: penanganan retensio plasenta
6) Standar 21: penanganan perdarahan postpartum primer
7) Standar 22: penanganan perdarahan postpartum sekunder
8) Standar 23: penanganan sepsis puerperalis
9) Standar 24: penanganan asfiksia neonatorum

Standar pelayanan kebidanan yang sesuai dengan kasus plasenta previa adalah standar penanganan kegawatan obstetri dan neonatal yaitu pada standar 16: penanganan perdarahan dalam kehamilan pada trimester III, pernyataan standarnya yaitu: bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan, serta melakukan pertolongan pertama dan merujuknya.

karena di samping standar untuk pelayanan kebidanan dasar (antenatal, persalinan dan nifas), disini ditambahkan beberapa standar

http://repository.unimus.ac.id

penanganan kegawatan obstetri-neonatal. Bidan diharapkan mampu melakukan penanganan keadaan gawat darurat obstetri-neonatal tertentu untuk penyelamatan jiwa ibu dan bayi.

3. Kompetensi Bidan Indonesia

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 369 tahun 2007 (Kemenkes RI No. 369/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan). Di sebutkan bahwa terdapat 9 kompetensi bidan, yaitu:

a. Kompetensi ke-1

Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dan ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarga.

b. Kompetensi ke-2

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.

c. Kompetensi ke-3 (yang di observasi)

Bidan memberikan asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

http://repository.unimus.ac.id

d. Kompetensi ke-4

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi,tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

e. Kompetensi ke-5

Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

f. Kompetensi ke-6

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

g. Kompetensi ke-7

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat 1 bulan – 5 tahun.

h. Kompetensi ke-8

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

i. Kompetensi ke-9

Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita / ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

http://repository.unimus.ac.id

Kompetensi bidan yang sesuai dengan kasus plasenta previa adalah kompetensi bidan ke-3, yaitu bidan memberikan asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

http://repository.unimus.ac.id