

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Teori

1. Mioma Uteri

a. Definisi

Mioma uteri dikenal juga dengan *leiomyoma* atau fibroid merupakan tumor jinak uterus yang paling sering ditemukan. Fibroid uterus merupakan tumor monoklonal otot polos uterus yang berasal dari miometrium. Sel tumor ini terbentuk karena mutasi genetik, kemudian berkembang akibat induksi hormon estrogen dan progesteron. Mengingat sifat pertumbuhannya dipengaruhi hormonal, tumor ini jarang mengenai usia pra-pubertas serta progresivitasnya akan menurun pada masa menopause (Lubis, 2020).

b. Etiologi

Etiologi penyebab mioma uteri dipengaruhi oleh kadar estrogen. Mioma sering bertambah besar selama kehamilan dan mengecil setelah menopause. Selama penderita masih mengalami siklus menstruasi, kemungkinan mioma akan terus tumbuh meskipun pertumbuhannya sangat lambat (Amruta, 2019).

Tumor pada mioma uteri berasal dari sel otot yang normal, dari otot imatur yang ada di dalam miometrium atau dari sel embrional pada dinding pembuluh darah uterus. Apapun asalnya tumor mulai dari

benih-benih multipel yang sangat kecil dan tersebar pada miometrium. Benih ini tumbuh sangat lambat tetapi progresif dalam hitungan bulan di bawah pengaruh estrogen (Rahayu, 2020).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan tumor pada mioma, disamping faktor predisposisi genetik adalah:

1) Estrogen

Mioma uteri dijumpai setelah menarche. Seringkali, pertumbuhan tumor yang cepat selama kehamilan terjadi dan dilakukan terapi estrogen. Mioma uteri mengecil pada saat menopause dan oleh pengangkatan ovarium. Mioma uteri banyak ditemukan bersamaan dengan anovulasi ovarium dan wanita dengan sterilitas. Enzim hidroxydesidrogenase mengubah estradiol (sebuah estrogen kuat) menjadi estron (estrogen lemah). Aktivitas enzim ini berkurang pada jaringan miomatous, yang juga mempunyai jumlah reseptor estrogen yang lebih banyak dari pada miometrium normal (Rahayu, 2020).

2) Progesteron

Progesteron merupakan antagonis natural dari estrogen. Progesteron menghambat pertumbuhan tumor dengan dua cara, yaitu mengaktifkan hidroxydesidrogenase dan menurunkan jumlah reseptor estrogen pada tumor (Rahayu, 2020).

3) Hormon pertumbuhan (*growth hormone*)

Level hormon pertumbuhan menurun selama kehamilan, tetapi hormon yang mempunyai struktur dan aktivitas biologik serupa, yaitu HPL (*Human Placenta Lactogen*), terlihat pada periode ini dan memberi kesan bahwa pertumbuhan yang cepat dari mioma uteri selama kehamilan mungkin merupakan hasil dari aksi sinergistik antara HPL dan Estrogen (Rahayu, 2020).

c. Klasifikasi

Menurut (Batara, 2021), mioma di uterus dapat berasal dari serviks uteri (1-3%) dan selebihnya adalah dari korpus uteri. Menurut tempatnya di uterus dan menurut arah pertumbuhannya, maka mioma uteri dibagi 3 jenis yaitu:

1) Mioma Submukosa

Mioma submukosa berada di bawah endometrium dan menonjol ke dalam rongga uterus. Mioma uteri jenis ini sering memberikan keluhan gangguan perdarahan. Mioma uteri jenis lain meskipun besar mungkin belum memberikan keluhan perdarahan, tetapi mioma submukosa, walaupun kecil sering memberikan keluhan gangguan perdarahan.

2) Mioma Intramural

Mioma intramural terdapat di dinding uterus antara serabut miometrium. Umumnya bersifat multipel, apabila masih kecil tidak merubah bentuk uterus, tetapi bila besar akan menyebabkan uterus

berbenjol-benjol, uterus bertambah besar dan berubah bentuknya. Mioma uteri sering tidak memberikan gejala klinis yang berarti kecuali rasa tidak enak karena adanya massa tumor di daerah perut sebelah bawah. Kadang kala tumor tumbuh sebagai mioma subserosa dan kadang-kadang sebagai mioma submukosa.

3) Mioma Subserosum

Mioma subserosum adalah mioma yang tumbuh pada permukaan serosa saja atau keluar dari dinding uterus sehingga menonjol pada permukaan uterus dan diliputi oleh serosa. Lokasi tumor di subserosa korpus uteri dapat hanya sebagai tonjolan saja, dapat pula sebagai satu massa yang dihubungkan dengan uterus melalui tangkai.

d. Patofisiologi

Mioma uteri sebenarnya berasal dari sel miosit normal yang kemudian bermutasi somatik akibat mengalami defek kariotipe seperti kromosom 6, 7, 12, dan 14. Mioma uteri terdiri dari otot polos dan jaringan yang tersusun seperti konde diliputi pseudokapsul. Mioma memiliki reseptor estrogen yang lebih banyak dibanding miometrium normal. Mutasi genetik menyebabkan produksi reseptor estrogen di bagian dalam miometrium bertambah signifikan. Sebagai kompensasi, kadar estrogen menjadi meningkat akibat aktivitas aromatase yang tinggi. Enzim membantu proses aromatisasi androgen menjadi estrogen. Estrogen akan meningkatkan proliferasi sel dengan cara

menghambat jalur apoptosis, serta merangsang produksi sitokin dan *platelet derived growth factor* (PDGF) dan *epidermal growth factor* (EGF). Estrogen juga akan merangsang terbentuknya reseptor progesteron terutama di bagian luar miometrium. Progesteron mendasari terbentuknya tumor melalui perangsangan *insulin like growth factor* (IGF-1), *transforming growth factor* (TGF), dan EGF. Mioma uteri mulai tumbuh sebagai bibit yang kecil didalam miometrium dan lambat laun membesar (Lubis, 2020).

e. Faktor Resiko

Kejadian mioma uteri dilatarbelakangi oleh sejumlah faktor risiko, antara lain:

1) Genetik dan Ras.

Risiko kejadian tumor akan meningkat 2,5 kali lipat pada keturunan pertama pasien mioma uteri. Ras Afrika cenderung lebih sering mengalami mioma uteri dengan prevalensi terbanyak kasus mioma multiple, gejala umumnya lebih berat serta lebih progresif. Adanya perbedaan dari faktor genetik, pola makan, gaya hidup, stres psikososial, dan paparan lingkungan antara wanita berkulit hitam dan putih diduga berkontribusi terhadap adanya perbedaan angka kejadian mioma uteri (Albertus, 2022).

2) Usia

Risiko pertumbuhan mioma uteri meningkat sesuai dengan umur, khususnya selama masa reproduktif (14-49 tahun). Mioma

uteri tidak ditemukan sebelum seorang wanita mengalami pubertas dan frekuensinya menurun dengan terjadinya menopause. Terjadinya hal-hal ini diakibatkan adanya faktor paparan hormon steroid endogen yang lebih lama, misalnya pada wanita yang mengalami menarche lebih awal atau menopause yang lebih terlambat. Menarche dini pada usia kurang dari 10 tahun dan menopause terlambat akan meningkatkan risiko mioma uteri akibat sel rahim terus terpapar estrogen (Sirait, 2021).

3) Gaya hidup

Gaya hidup menjadi faktor risiko karena peningkatan risiko obesitas dan pengaruhnya terhadap disregulasi hormonal. Aktivitas fisik ditemukan menurunkan risiko terjadinya mioma uteri, khususnya pada wanita dengan berat badan normal. Faktor gaya hidup lain yang kemungkinan berpotensi menjadi faktor risiko terjadinya mioma uteri adalah adanya stres yang meningkatkan kadar estrogen dan progesteron akibat efek terhadap aksis hipotalamus-pituitari-kelenjar adrenal serta adanya pelepasan hormon stres yaitu kortisol (Albertus, 2022).

4) Diet.

Makanan dengan indeks glikemik tinggi dan tinggi asam lemak omega-3 terutama *Marine Fatty Acid* (MFA) akan meningkatkan kejadian tumor melalui jalur induksi hormonal akibat penumpukan lemak (Sirait, 2021).

5) Obesitas.

Adanya peningkatan risiko pada individu yang mengalami resistensi insulin, misalnya pasien obesitas dan diabetes mellitus. Resistensi insulin ini dipercaya berperan dalam terjadinya mioma yang terjadi pada wanita obesitas, ditambah dengan peningkatan kadar *Insulin-like Growth Factor-I* (IGF-I) dan androgen (Albertus, 2022).

6) Nullipara

Mioma ditemukan lebih sering pada wanita-wanita nullipara. Wanita yang belum pernah hamil berisiko terkena mioma uteri; dikaitkan dengan pengaruh paparan hormon seks, estrogen, dan progesteron (Sirait, 2021).

7) Penyakit Komorbid

Hipertensi, *Polycystic Ovary Syndrome* (PCOS), dan diabetes merupakan tiga penyakit yang umumnya berasosiasi dengan kejadian mioma. Peningkatan insulin dan IGF-I serta hiperandrogen menjadi faktor pemicu PCOS dan diabetes, pada hipertensi terjadi pelepasan sitokin yang merangsang proliferasi jaringan tumor (Sirait, 2021).

f. Manifestasi Klinis

Gejala dari mioma bervariasi tergantung dari ukuran, jumlah, dan lokasinya. Adapun gejala yang mungkin timbul antara lain:

- 1) Perdarahan uterus abnormal, merupakan gejala yang paling sering dihubungkan dengan mioma uteri, muncul hingga >30% wanita yang menderita penyakit ini. Tipe perdarahan yang muncul adalah perdarahan berlebih saat periode menstruasi yaitu >80 ml (*heavy menstruation bleeding*), *intermenstrual bleeding*, atau keduanya. Tekanan fibroid terhadap dinding uterus dapat menyebabkan jaringan endometrium mengalami perdarahan lebih dari normal. Normalnya ketika periode menstruasi, otot uterus mengalami kontraksi sehingga mengurangi perdarahan akibat menstruasi. Adanya mioma dapat mengganggu kontraksi uterus penuh sehingga memicu perdarahan (Batara, 2021).
- 2) Nyeri perut, walaupun sering terjadi namun gejala nyeri tidak khas untuk mioma. Hal ini timbul karena gangguan sirkulasi darah pada sarang mioma yang disertai dengan nekrosis setempat dan peradangan. Pada pengeluaran mioma submukosa yang akan dilahirkan, pada pertumbuhannya yang menyempitkan kanalis servikalis dapat menyebabkan dismenorrhoe. Dapat juga rasa nyeri disebabkan karena torsi mioma uteri yang bertangkai. Dalam hal ini sifatnya akut, disertai dengan rasa mual dan muntah-muntah. Pada mioma uteri yang sangat besar, rasa nyeri dapat disebabkan karena tekanan pada urat syaraf yaitu pleksus uterovaginalis, menjalar ke pinggang dan tungkai bawah (Lubis, 2020).

- 3) Efek tekanan, gangguan ini tergantung dari besar dan tempat mioma uteri. Pembesaran mioma dapat menyebabkan adanya efek tekanan pada organ-organ di sekitar uterus. Gejala ini merupakan gejala yang tak biasa dan sulit untuk dihubungkan langsung dengan mioma. Penekanan pada kandung kencing, polakisuria dan dysuria. Penekanan kandung kemih akan menyebabkan poliuri. Pada uretra dapat menyebabkan retensi urin, bila berlarut-larut dapat menyebabkan hydroureteronephrosis. Pada ureter dapat menyebabkan hidroureter dan hidronefrosis, pada rektum dapat menyebabkan obstipasi dan tenesmia, pada pembuluh darah dan pembuluh limfe di panggul dapat menyebabkan edema tungkai dan nyeri panggul. Tekanan pada rektum tidak begitu besar, kadang-kadang menyebabkan konstipasi atau nyeri saat defekasi (Lubis, 2020).
- 4) Infertilitas, adalah kegagalan untuk hamil setelah ≥ 1 tahun melakukan hubungan seksual tanpa pelindung. Infertilitas dapat ditemukan pada wanita yang mengalami mioma uteri, hal ini disebabkan karena pertumbuhan dari mioma uteri dapat mengganggu transport sperma untuk bertemu dengan ovum serta mengganggu proses implantasi embrio (Batara, 2021).
- 5) Kelainan berhubungan dengan kehamilan, Jarang keberadaan mioma dalam kehamilan menimbulkan luaran yang tidak diinginkan. Adapun beberapa efek yang dapat ditimbulkan mioma

dalam kehamilan seperti abortus, persalinan preterm, ketuban pecah dini (KPD), pertumbuhan janin terhambat (PJT), plasenta previa, solusio plasenta, perdarahan post partum (HPP), rest placenta. Kehamilan dengan adanya mioma meningkatkan risiko untuk operasi sesar (Batara, 2021).

g. Diagnosis

Menurut (Batara, 2021), Diagnosis mioma uteri ditegakkan berdasarkan:

- 1) Anamnesis (wawancara medis)
 - a) Timbul benjolan di perut bagian bawah dalam waktu yang relatif lama.
 - b) Sering buang air kecil, gejala ini terjadi apabila mioma uteri menekan kandung kemih.
 - c) Sembelit, gejala ini terjadi apabila mioma uteri menekan usus besar.
 - d) Nyeri panggul yang tak kunjung sembuh.
 - e) Nyeri abdomen bagian bawah.
 - f) Siklus menstruasi berlangsung lebih lama.
 - g) Volume darah haid melebihi batas normal.

2) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan abdominal

Dipalpasi teraba massa dengan konsistensi padat, kenyal, batas tegas, permukaan rata, dapat digerakkan (mobile), dan tanpa nyeri.

b) Pemeriksaan pelvik

Temuan yang paling sering adalah pembesaran uterus; ukuran uterus biasanya asimetris dan ireguler. Uterus biasanya bergerak bebas kecuali bila ada residu Pelvic Inflammatory Disease (PID). Pada mioma submukosum, pembesaran uterus biasanya simetris.

3) Pemeriksaan penunjang

a) Laboratorium darah

Pemeriksaan Hemoglobin/Hematokrit (Hb/Hct) dilakukan pada pasien dengan perdarahan vaginal yang berlebihan. Untuk mengetahui tingkat kehilangan darah dan penggantian yang adekuat. Anemia merupakan akibat paling sering akibat mioma. Hal ini disebabkan perdarahan uterus yang banyak dan cadangan zat besi yang habis.

b) Pemeriksaan ultrasound (USG)

Pemeriksaan ultrasound (USG) secara akurat digunakan untuk menilai dimensi uterus, lokasi mioma, interval pertumbuhan, dan anatomi adneksa. Namun USG rutin tidak

meningkatkan luaran dibandingkan dengan hanya pemeriksaan fisik saja. USG pelvik dilakukan pada situasi ketika pengambilan kesimpulan dengan pemeriksaan fisik sulit atau kurang pasti; bila pemeriksaan fisik suboptimal seperti dalam kasus obesitas atau adneksa patologi, tidak dapat dibedakan dengan pemeriksaan fisik saja. USG transvaginal (TVS) dapat membantu membedakan mioma uteri dengan masalah pelvik lainnya, namun terkadang mioma kecil atau tipe subserosal bisa tidak terdeteksi. Mioma yang ukurannya cukup besar dapat menggunakan kombinasi TVS dan USG transabdominal. Tampilan USG mioma dapat bervariasi, biasanya tampak simetris, batas tegas, hipoeoik dan masa heterogen.

c) Biopsi endometrium

Dilakukan pada pasien dengan perdarahan uterus abnormal yang diperkirakan anovulasi atau berisiko tinggi untuk hiperplasia endometrium.

d) Evaluasi cavitas endometrium

Dengan histeroskopi atau hidrosalfingografi bisa digunakan pada pasien dengan mioma uteri dan infertilitas atau abortus berulang.

e) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Magnetic Resonance Imaging (MRI) yaitu pemeriksaan menggunakan medan magnet dan gelombang radio untuk melihat ukuran dan lokasi mioma uteri.

h. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan mioma uteri atau tumor jinak otot rahim mencakup observasi, medikamentosa, atau pembedahan (Lubis, 2020).

1) Observasi

Observasi dilakukan jika pasien tidak mengeluh gejala apapun karena diharapkan saat menopause, volume tumor akan mengecil. Observasi dilakukan dengan pemeriksaan pelvis secara periodik setiap 3-6 bulan.

2) Medikamentosa

Diberikan untuk mengurangi perdarahan, mengecilkan volume tumor, dan sebagai prosedur pre-operatif.

a) *Agonis Gonadotropine Releasing Hormone (GnRH)*

Mekanisme kerjanya adalah melalui *down regulation reseptor GnRH*, sehingga terjadi penurunan produksi FSH dan LH yang akan menurunkan produksi estrogen. Obat ini direkomendasikan pada mioma jenis submukosa. Durasi pemberian yang dianjurkan adalah selama 3-6 bulan; pemberian jangka panjang >6 bulan harus dikombinasi dengan progesteron dengan atau tanpa estrogen. Pada pemberian awal

bisa terjadi perburukan keluhan akibat efek samping obat. Analog GnRH juga dapat digunakan pre-operatif selama 3-4 bulan sebelum pembedahan.

b) Preparat progesteron

Preparat progesteron antara lain antagonis progesteron atau *selective progesterone receptor modulator* (SPRM). Suatu studi prospektif acak menyimpulkan bahwa pemberian mifepristone 25 mg sehari selama 3 bulan akan menurunkan ukuran tumor sebesar 40%. Ukuran tumor menurun jauh lebih besar, sebesar 50%, pada pemberian ulipristal 10 mg dengan durasi pengobatan yang sama. Berdasarkan farmakodinamikanya, golongan obat ini juga digunakan pre-operatif. Kemudian, setelah 2-4 siklus pengobatan dianjurkan menggunakan *levonorgestrel- intrauterine devices* (LNG IUS) untuk mencegah relaps. IUD jenis ini juga direkomendasikan sebagai terapi mioma intramural.

c) *Aromatase Inhibitor*

Aromatase inhibitor terbagi dua jenis, yaitu aromatase inhibitor kompetitif yakni *anastrozole* dan *letrozole*, dan senyawa inaktivator yakni *exemestane*. Kerja keduanya hampir sama yakni menghambat proses aromatisasi yang merupakan dasar patogenesis mioma uteri. Kelebihan obat ini

adalah tidak ada efek tromboemboli yang dapat menjadi kausa mortalitas.

3) Pembedahan

Jenis pembedahan mencakup histerektomi dan miomektomi. Pilihan operasi disesuaikan dengan kondisi dan keinginan pasien. Pelaksanaan operasi dilakukan apabila:

- a) Tumor lebih besar dari ukuran uterus;
- b) Pertumbuhan tumor cepat;
- c) Mioma subserosa bertangkai dan torsi;
- d) Apabila dapat menjadi penyulit pada kehamilan berikutnya;
- e) Hipermenorea pada mioma submukosa;
- f) Terjadi penekanan pada organ sekitarnya;

Jenis pembedahan yang dapat dilakukan adalah:

a) Histerektomi

Histerektomi adalah suatu tindakan operatif dimana seluruh organ pada uterus harus diangkat atau dengan kata lain histerektomi adalah operasi pengangkatan rahim seorang wanita. Histerektomi dilakukan apabila pasien tidak menginginkan anak lagi, dan bagi penderita yang memiliki mioma yang simptomatik atau yang sudah bergejala (Manuba, 2017). Direkomendasikan untuk pasien berusia di atas 40 tahun dan tidak berencana memiliki anak lagi. Histerektomi dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

(1) Histerektomi parsial (subtotal)

Pada histerektomi jenis ini, kandungan diangkat tetapi mulut rahim (serviks) tetap ditinggal.

(2) Histerektomi total

Pengangkatan kandungan termasuk mulut rahim.

(3) Histerektomi dan salpingo-ooferektomi bilateral

Pengangkatan uterus, mulut rahim, kedua tuba fallopi, dan kedua ovarium. Pengangkatan ovarium akan mengakibatkan menopause.

(4) Histerektomi radikal

Pengangkatan bagian atas vagina serta jaringan dan kelenjar limfe pada sekitar kandungan.

b) Miomektomi

Miomektomi adalah pengambilan mioma saja tanpa pengangkatan uterus. Tindakan ini dibatasi pada mioma dengan tangkai dan jelas sehingga mudah dijepit dan diikat. Miomektomi sebaiknya tidak dilakukan apabila ada kemungkinan dapat terjadi karsinoma endometrium dan juga pada saat masa kehamilan. Apabila seorang wanita telah dilakukan miomektomi kemungkinan dapat hamil sekitar 30-50% dan perlu disadari oleh penderita bahwa setelah dilakukan miomektomi harus dilanjutkan histerektomi. Miomektomi direkomendasikan pada pasien yang menginginkan *fertility*

sparing. Miomektomi dapat dengan teknik laparotomi, mini laparotomi, laparotomi, laparotomi, dan histeroskopi. Teknik laparotomi dan mini laparotomi adalah tindakan yang paling sering dilakukan, sedangkan laparotomi paling jarang dilakukan karena lebih sulit.

c) Miolisis/Ablasi Tumor

Teknik ini bekerja langsung menghancurkan sel tumor dengan media radiofrekuensi, laser, atau *Magnetic Resonance Guided Focused Ultrasound Surgery* (MRgFUS). Metode terakhir menggunakan gelombang ultasonik intensitas tinggi yang diarahkan langsung ke sel tumor. Gelombang ini akan menembus jaringan lunak dan menyebabkan denaturasi protein, iskemia, dan nekrosis koagulatif. Teknik ini tidak direkomendasikan pada mioma uteri saat kehamilan.

2. Asuhan Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020, asuhan kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan bidan dalam menyelesaikan masalah kebidanan menggunakan manajemen varney, tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan.

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang

mempunyai kebutuhan/masalah kebidanan dalam kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, KB, kesehatan reproduksi wanita dan pelayanan kesehatan masyarakat (Novianty, 2017).

3. Manajemen Kebidanan

a. Definisi Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan penerapan dari unsur, sistem dan fungsi manajemen secara umum. Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan menyeluruh dari bidan kepada kliennya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai keputusan klinik yang dilakukan secara tepat (Handayani, 2017).

Menurut Varney, manajemen asuhan kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan keterampilan dalam rangkaian / tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

b. Langkah Manajemen Kebidanan

1) Metode Pendokumentasian Tujuh Langkah Varney

Terdapat 7 langkah manajemen kebidanan menurut Varney yang meliputi langkah I pengumpulan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnosa atau

masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan, dan langkah VII evaluasi (Handayani, 2017).

a) Pengumpulan data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, serta mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b) Interpretasi data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

c) Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman.

d) Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani

bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

e) Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

f) Melaksanakan perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

g) Evaluasi

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 masalah dan diagnosa.

2) Metode Dokumentasi SOAP

Metode dokumentasi SOAP merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah

yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis (Handayani, 2017). Metode pendokumentasian SOAP adalah sebagai berikut:

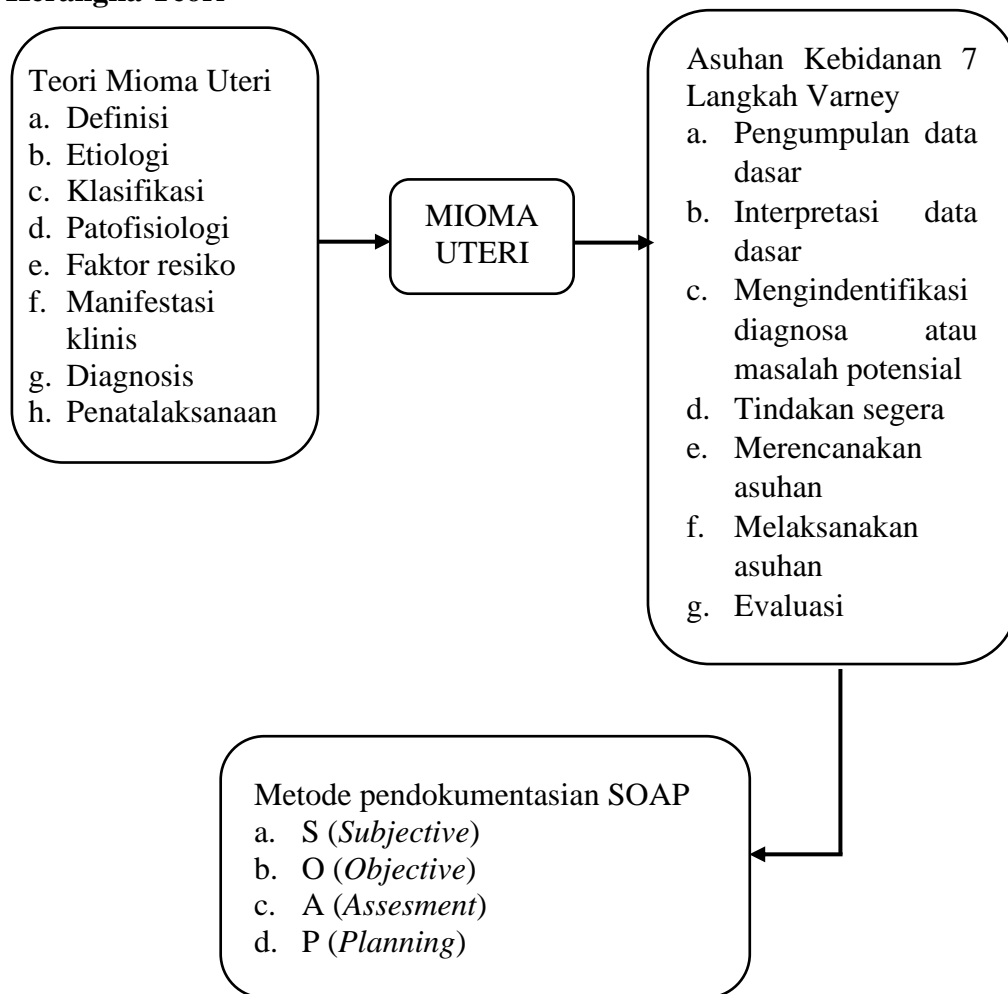
- a) S (*Subjective*) merupakan hasil anamnesis, baik informasi langsung dari klien ataupun keluarga pasien. Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis (Handayani, 2017).
- b) O (*Objective*) 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. Data objektif merupakan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan. Pemeriksaan tersebut meliputi pemeriksaan keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik secara *head to toe* dan pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium baik darah, urine, tinja, dan cairan tubuh) (Handayani, 2017).
- c) P (*Planning*) merupakan perencanaan seluruh penatalaksanaan diagnosa kebidanan yang telah ditegakkan, sesuai dengan kebutuhan yang telah disusun seperti tindakan antisipatif,

tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan (Handayani, 2017).

4. Bidan

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2020), bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh pemerintah pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik kebidanan.

B. Kerangka Teori



Bagan 1.1 Kerangka Teori

Sumber: (Albertus, 2022), (Amruta, 2019), (Batara, 2021), (Handayani, 2017), (Lubis, 2020), (Manuba, 2017) (Novianty, 2017) (Rahayu, 2020).