

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Medis Plasenta Previa

Plasenta previa adalah, plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen di bawah uterus. Pada keadaan normal plasenta berada pada bagian atas uterus (Prawirohardjo, 2006).

Plasenta previa adalah posisi plasenta yang berada di segmen bawah uterus, baik posterior (belakang) dan anterior (depan), dan perkembangan plasenta yang sempurna untuk os serviks (Varney, 2006).

Plasenta previa yaitu plasenta yang tumbuh di tempat yang rendah di daerah penipisan-pembukaan pada segmen bawah rahim. Karena itu, plasenta lebih banyak dari (mendahului letak janin) dan dapat diakses pelahiran pervaginam (Benson, 2008).

Menurut FK. UNPAD. 1996, plasenta previa adalah plasenta yang implantasinya tidak normal, rendah sekali untuk seluruh bagian internal. Angka kejadian plasenta previa adalah 0,4 - 0,6% dari keseluruhan persalinan.

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim, atau sebagian besar jalan lahir (Ostium Uteri Internal) (Rustam mochtar, 1998).

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal Pada segmen bawah rahim dapat memungkinkan sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak di bagian atas rahim (Hanifa Winkjosastro, 2005).

Dapat disimpulkan bahwa plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus.

1. Klasifikasi

Kasifikasi plasenta previa menurut Prawirohardjo (2006) dibuat atas terabanya jaringan plasenta melalui pembukaan jalan lahir pada waktu tertentu, yaitu:

- a. Plasenta previa totalis, semua bagian terbuka tertutup oleh jaringan plasenta.
- b. Plasenta previa parsialis, terbuka sebagian pembukaan oleh jaringan plasenta.
- c. Plasenta previa marginalis, bagian pinggir plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan.
- d. Plasenta previa letak rendah, yakni plasenta yang letaknya abnormal pada segmen bawah uterus, akan tetapi belum sampai ke arah pembukaan jalan lahir, pinggir plasenta tetap kira-kira 3 atau 4 cm di atas pinggir pembukaan, tidak akan terjadi kebuntuan pada pembukaan jalan lahir.

Karena ini tidak dilakukan pada keadaan anatomi yang fisiologis, maka klasifikasinya akan berubah setiap waktu. Umpamanya plasenta previa totalis pada pembukaan 4 cm mungkin akan berubah menjadi plasenta previa parsialis pada pembukaan 8 cm (Prawirohardjo, 2006).

2. Etiologi

Plasenta previa merupakan salah satu penyebab serius perdarahan pada periode trimester ketiga. Hal ini biasanya terjadi pada wanita dengan kondisi sebagai berikut (Varney, 2006):

a. Paritas

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (JHPIEGO, 2008). Sedangkan menurut Manuaba (2008), paritas adalah wanita yang tidak pernah melahirkan bayi aterm. Menurut Prawirohardjo (2006), paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara.

Primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar (Varney, 2006). Multipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi viabel (hidup) beberapa kali (Manuaba, 2008). Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan

5 orang anak dan lebih mungkin daripada penyiksaan dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2008).

Kejadian plasenta previa tiga kali lebih sering pada wanita multipara dari primipara. Pada multipara, plasenta previa yaitu vaskularisasi yang menghindarkannya dari atrofi pada desidua akibat persalinan masa lampau. Aliran darah ke plasenta tidak cukup dan perluasan pengobatannya. Pada paritas tinggi kejadian plasenta previa semakin besar karena keadaan endometrium kurang subur (Prawirohardjo, 2007).

b. Umur ibu

Umur adalah lama waktu hidup atau ada. Usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada waktu <20>> 35 tahun yang terjadi 2-5 kali lebih tinggi dari kematian ibu yang terjadi pada usia 20-35 tahun (Prawirohardjo, 2007).

Prevalensi plasenta previa meningkat 3 kali pada umur ibu > 35 tahun. Plasenta previa dapat terjadi pada umur di atas 35 tahun karena endometrium yang kurang subur, sklerosis pembuluh darah dan arteriole miometrium menyebabkan aliran darah ke endometrium tidak sama dengan plasma yang lebih lebar dengan lebih banyak, untuk menemukan aliran darah yang adekuat (Manuaba, 2010). Plasenta previa terjadi pada usia muda karena endometrium masih belum sempurna.

c. Riwayat pembedahan rahim, termasuk seksio sesarea (perhatian meningkat seiring seksio lanjut sesarea).

Seksio sesarea yaitu pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim (Prawirohardjo, 2006).

Dalam hubungan ini perlu diingat bahwa seseorang telah mengalami pembedahan yang merupakan salah satu yang memiliki parut dalam rahim dan masing-masing kehamilan dan persalinan berikut ini yang berhubungan dengan bahaya ruptur uteri. Riwayat persalinan sesarea akan

meningkatkan jumlah plasenta previa yaitu (3,9%) lebih tinggi bila dibandingkan dengan angka (1,9%) untuk keseluruhan populasi kebidanan (Cunningham, 2008).

Hasil penelitian MJ Langgar, P Nugrahanti diperoleh 149 penderita plasenta previa yang bersarang di rumah sakit Dr.Saiful Anwar Malang tahun 2005-2006, 49% plasenta previa terjadi pada ibu dengan bekas seksio sesarea sebelumnya.

d. Kehamilan kembar (ukuran plasenta lebih besar).

Kehamilan kembar yaitu Kehamilan dengan 2 induk atau lebih (Prawirohardjo, 2006). Pada kehamilan kembar ukuran lebih besar dari ukuran normal dan tempat implantasinya membutuhkan ruang yang luas, untuk menemukan aliran yang lebih kuat (Varney, 2006).

Menurut Manuaba (2010), penyebab plasenta previa absen adalah:

- 1) Perdarahan (pendarahan).
- 2) Usia lebih dari 35 tahun.
- 3) Multiparitas.
- 4) Pengobatan infertilitas.
- 5) Kehamilan multipel.
- 6) Erythroblastosis.
- 7) Riwayat operasi / pembedahan rahim sebelumnya.
- 8) Keguguran ulang.
- 9) Status sosial ekonomi yang rendah.
- 10) Jarak antar perayaan yang pendek.

Penyebab plasenta previa sangat sulit ditentukan, namun ada beberapa faktor yang meningkatkan risiko plasenta previa, misalnya bekas operasi rahim (bekas operasi atau mioma), sering infeksi rahim (radang panggul), kehamilan ganda, pernah plasenta previa, atau kelainan bawaan rahim.

Sedangkan menurut Kloosterman (1973), Plasenta bertumbuh pada segmen bawah uterus tidak dapat selalu dengan jelas diterangkan. Vaskularisasi yang berhubungan dengan atropi yang dapat digunakan untuk plasenta previa, tidak akan benar. Memang unggul aliran darah ke plasenta tidak cukup seperti pada kehamilan kembar sehingga plasenta yang melakukan normal sekalipun akan memperluas permukaannya.

Frekuensi plasenta previa pada primigravida yang lebih lebih dari 35 tahun kira-kira 10 kali lebih sering dibandingkan dengan primigravida yang dibeli kurang dari 25 tahun. Pada grandemultipara yang melakukan lebih dari 30 tahun kira-kira 4 kali lebih besar dari grandemultipara yang dipilih kurang dari 25 tahun.

3. Faktor Predisposisi dan Presipitasi

Menurut Mochtar (1998), faktor predisposisi dan pemanasan yang dapat dilakukan pada plasenta previa adalah:

- a. Melebarnya pertumbuhan plasenta:
 - 1) Kehamilan kembar (gamelli).
 - 2) Tumbuh kembang plasenta.
- b. Kurang suburnya endometrium:
 - 1) Malnutrisi ibu hamil.
 - 2) Melebarnya plasenta karena gamelli.
 - 3) Bekas seksio sesarea.
 - 4) Sering dijumpai pada grandemultipara.
- c. Terlambat implantasi:
 - 1) Endometrium fundus kurang subur.
 - 2) Terlambatnya tumbuh kembang hasil konsepsi dalam bentuk blastula yang siap untuk nidasi.

4. Patofisiologi

Umumnya terjadi pada triwulan pertama karena saat itu segmen bawah rahim lebih banyak lagi dari periode yang berbeda (Manuaba, 2008). Menurut Manuaba (2008) Implantasi plasenta di segmen bawah rahim dapat disebabkan:

- a. Endometrium di fundus uteri belum siap menerima implantasi.
- b. Endometrium yang memandu kebutuhan plasma plasenta untuk memberikan nutrisi janin
- c. Villi korealis pada korion cuti (korion yang gundul) yang persisten

Menurut Davood (2008) yang merupakan penyebab utama perdarahan trimester ketiga, plasenta previa memiliki tanda yang khas, yaitu pendarahan tanpa rasa sakit. Perdarahan diperkirakan terjadi dalam hubungan dengan segmen di bawah rahim pada trimester ketiga. Dengan bertambahnya tuanya kehamilan, segmen bawah rahim akan lebih melebar lagi, dan serviks mulai membuka (Manuaba, 2008).

Bila plasenta tumbuh pada segmen bawah uterus, pelebaran segmen bawah rahim dan serviks lingkaran tidak dapat diikuti oleh plasenta yang melekat disitu terlepas sebagian dari plasenta dari dinding rahim. Pada saat itu mulailah terjadi perdarahan. Darahnya berwarna merah segar berlainan dengan darah yang bersumber dari solusio plasenta yang berwarna kehitam-hitaman. Sumber perdarahannya adalah sinus uterus yang terobek karena terlepasnya plasenta dari dinding rahim, atau robekan sinus marginalis dari plasenta. (Prawirohardjo, 2007).

Perdarahannya tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan otot-otot di bawah uterus untuk berkontraksi pada perdarahan itu, tidak ada serabut otot uterus pada perdarahan pada kala III dengan plasenta yang terlihat normal. Makin lebih rendah letak plasenta, sehingga melahirkan perdarahan terjadi (Prawirohardjo, 2007).

- a. Tanda dan gejala
 - 1) Perdarahan tanpa nyeri.

- 2) Perdarahan berulang.
- 3) Warna perdarahan merah segar.
- 4) Adanya anemia dan renjatan yang sesuai dengan keluarnya darah.
- 5) Timbulnya perlahan-lahan.
- 6) Waktu pergeseran saat hamil.
- 7) Miliknya tidak ada.
- 8) Rasa tidak tegang (biasa) saat palpasi.
- 9) Denyut jantung janin ada.
- 10) Teraba jaringan plasenta pada periksa dalam vagina.
- 11) Penurunan kepala tidak masuk pintu atas panggul.
- 12) Presentasi mungkin tidak normal.

Jadi Kejadian yang paling khas pada plasenta previa adalah pendarahan tanpa rasa biasa baru terlihat setelah trimester kedua atau sesudahnya. Namun demikian, banyak kejadian yang mungkin terjadi akibat lokasi plasenta yang sedang tumbuh abnormal. Penyebab pendarahan perlu ditegaskan kembali (Manuaba, 2008)

Jika plasenta terletak pada ostium internum, pembentukan segmen di bawah rahim dan dilatasi ostium internum tanpa bias dielakkan akan menghasilkan robekan pada tempat pelekatan plasenta yang diikuti oleh pendarahan dari pembuluh darah uterus. Pendarahan tersebut diperberat dengan ketidakmampuan serabut-serabut otot miometrium segmen bawah uterus untuk melaksanakan kontaksi dan retraksi agar bias tulang pembuluh darah yang pecah secara normal terjadi pada pel pelepasan plasenta dari dalam rahim yang kosong pada kala tiga persalinan (Prawirohardjo, 2007).

Akibat pelekatan yang abnormal seperti terlihat pada plasenta akreta, atau daerah daerah pelekatan yang sangat luas, maka proses perlekatan plasenta kadangkala terhalang dan kemudian dapat terjadi pendudukan yang banyak setelah bayi. Pendarahan dari tempat implantasi plasenta dalam segmen yang dapat berkembang setelah plasenta, mengingat bahwa uterus lebih banyak memiliki kemampuan yang tepat dibandingkan korpus uteri.

Sebagai akibatnya, pembuluh darah memintas segmen yang tidak mendapat tekanan. Dapat menyebabkan masalah laserasi pada bagian yang rahim dan serviks yang rapuh, terutama pada bagian yang mengeluarkannya (Prawirohardjo, 2007).

Menurut FKUI (2000), tanda dan gejala plasenta previa absen adalah:

- a. Pendarahan tanpa sebab akibat dari biasanya dan berulang.
- b. Darah biasanya berwarna merah segar.
- c. Terjadi pada saat tidur atau saat melakukan aktivitas.
- d. Bagian terdepan janin tinggi (mengambang), sering dijumpai kelainan letak janin.
- e. Pendarahan pertama (pendarahan pertama) biasanya tidak banyak dan tidak fatal, kecuali bila dilakukan periksa dalam sebelumnya. Halus perdarahan berikutnya (pendarahan rekuren) biasanya lebih banyak.

Gejala Utama:

Perdarahan yang terjadi bisa sedikit atau banyak. Perdarahan yang berwarna merah segar, tanpa alasan dan tanpa rasa nyeri.

- a. Perdarahan yang terjadi bisa sedikit atau banyak. Perdarahan yang terjadi pertama kali memang tidak banyak dan tidak berakibat fatal. Perdarahan berikutnya selalu lebih banyak dari sebelumnya. Perdarahan pertama sering terjadi pada triwulan ketiga.
- b. Pasien yang datang dengan perdarahan karena plasenta previa tidak bisa mengungkapkan tanpa rasa sakit.
- c. Pada uterus tidak teraba keras dan tidak tegang.
- d. Bagian terbanyak yang ada hingga masuk ke atas panggul dan tidak jarang terjadi di tempat tidur atau letak sungsang.
- e. Janin mungkin masih hidup atau mati, tergantung perdarahan, sebagian besar kasus, janinnya masih hidup.

Perdarahan adalah gejala primer dari plasenta previa dan terjadi pada wanita (70% -80%) dari wanita-wanita dengan kondisi ini. Perdarahan vagina setelah minggu adalah kehamilan dari plasenta previa. Tidak perdarahan tidak menyakitkan, namun dapat digunakan dengan kontraksi-kontraksi. Perdarahan mungkin termasuk dalam keparahan dari ringan sampai parah.

Pemeriksaan ultrasound untuk menegakan diagnosis dari plasenta previa. Evaluasi ultrasound transabdominal (menggunakan probe pada dinding perut) atau transvaginal (dengan probe yang dimasukkan ke dalam vagina namun jauh dari mulut serviks) mungkin dilakukan, tergantung pada lokasi dari plasenta. Adakalanya kedua tipe-tipe dari pemeriksaan ultrasound adalah perlu. Sangat penting dilakukan pemeriksaan ultrasound dilakukan sebelum pemeriksaan fisik dari panggul pada wanita-wanita dengan plasenta previa yang dicurigai, karena pemeriksaan fisik panggul mungkin menjurus pada perdarahan yang lebih jauh.

Gejala yang paling khas dari plasenta previa adalah perdarahan pervaginam (yang keluar melalui vagina) tanpa nyeri yang pada umumnya terjadi pada akhir triwulan kedua. Ibu dengan plasenta previa pada umumnya asimtomatik (tidak memiliki gejala) sampai terjadi perdarahan pervaginam. Itu tidak terlalu banyak dan berwarna merah segar. Pada tahap pertama terjadi tanpa faktor pencetus, latihan fisik dan hubungan seksual dapat menjadi faktor pencetus. Perbuatan dilakukan karena pembesaran dari rahim menyebabkan robeknya perlekatan dari plasenta dengan dinding rahim. Koagulapati jarang terjadi pada plasenta previa. Jika ditemukan kecurigaan dari plasenta previa pada ibu hamil.

5. Diagnosa

Jika plasenta previa terdeteksi pada akhir tahun pertama atau trimester kedua, sering kali lokasi plasenta akan bergeser menambah rahim membesar. Ini dapat dilakukan pemeriksaan USG. Beberapa wanita mungkin bahkan tidak sampai ke persalinan, terutama dalam kasus-kasus plasenta previa sebagian (Faiz, 2003).

a. Anamnesis

Pada anamnesis dapat dinyatakan beberapa hal yang berhubungan dengan antepartum seperti usia saat bencana, apakah ada rasa sakit, warna dan bentuk kekeruhan, ereksi dan perdarahan. Perdarahan jalan lahir pada kehamilan setelah 22 minggu berlangsung tanpa rasa nyeri, tanpa alasan, terutama pada multigravida (Prawirohadjo, 2007).

b. Audit luar

Sebuah inspeksi rongga yang berasal dari pervaginam: banyak atau sedikit, darah beku dan sebagainya. Jika sudah banyak maka ibu kelihatan anemis (Prawirohardjo, 2007).

c. Palpasi

Janin sering belum cukup bulan, jadi fundus uteri masih rendah, sering dijumpai kesalahan letak janin, bagian terbawah janin belum turun, kepala, kepala masih goyang atau terapung (mengambang) atau mengolok di atas pintu atas panggul (Sheiner, 2001).

d. Ultrasonografi

Menegakkan diagnosis plasenta previa dapat pula dilakukan dengan pemeriksaan ultrasonografi. Penentuan letak plasenta dengan cara ini sangat tepat, tidak menimbulkan bahaya bagi ibu dan janinnya, dan tidak rasa rasa (Prawirohadjo, 2007). USG abdomen selama trimester kedua menunjukkan penempatan plasenta previa. Transvaginal Ultrasonografi dengan keakuratan dapat mencapai 100% dari plasenta previa. Transabdominal ultrasonografi dengan keakuratan bersama 95% (Johnson, 2003).

Dengan USG dapat menentukan implantasi plasenta atau jarak tepi plasenta terhadap ostium. Bila jarak tepi kurang dari 5 cm disebut plasenta letak rendah. Jika tidak dijumpai plasenta previa, dilakukan pemeriksaan inspekano untuk melihat pemeran lain (Oyelese, 2006).

e. Pemeriksaan inspekulo

Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui apakah berasal dari ostium uteri eksternum atau dari kelainan serviks dan vagina. Apakah perdarahan dari ostium uteri eksternum, dan plasenta previa harus dicurigai (Johnson, 2003).

6. Prognosis

Perdarahan yang salah satunya disebabkan oleh plasenta previa, dapat menyebabkan kesakitan atau kematian baik pada ibu atau pada janinnya. Faktor risiko yang juga penting dalam plasenta previa adalah kehamilan setelah sebelumnya, kejadian plasenta previa meningkat 1% pada kehamilan dengan riwayat seksi.

Kematian ibu riwayat karena perdarahan uterus atau karena DIC (Disseminated Intravascular Coagulopathy). Sedangkan morbiditas / kesakitan dapat digunakan untuk tindakan yang sama seperti infeksi saluran, pneumonia pasca operatif dan meskipun dapat terjadi embolisasi cairan amnion (Hanafiah, 2004).

Terhadap janin, plasenta previa meningkatkan insiden kelainan kongenital dan pertumbuhan hambatan bayi yang cenderung memiliki berat yang kurang dibandingkan dengan bayi yang lahir dari ibu yang tidak berkembang plasenta previa. Risiko kematian neonatal juga meningkat pada bayi dengan plasenta previa (Hanafiah, 2004).

7. Keterangan Plasenta Previa

Pengaruh Plasenta Previa Terhadap Kehamilan

- a. Bagian terbawah janin tidak terfiksir ke dalam PAP
- b. Terjadi kesalahan letak janin
- c. Partus prematurus karena adanya rangsangan koagulum darah pada serviks

Keterangan Plasenta Previa Terhadap Partus:

- a. Janin yang tidak normal menghasilkan partus akan menjadi patologik
- b. Bila pada plasenta previa lateralis, ketuban dapat terjadi prolaps funikulli

- c. Sering dijumpai primer inersia
- d. Perdarahan

8. Komplikasi

Berikut ini adalah komplikasi plasenta previa oleh Usta (2005):

- a. Pertumbuhan janin lambat karena pasokan darah yang tidak mencukupi. Adanya atrofi pada desidua dan vaskularisasi yang berkurang menyebabkan suplai darah dari ibu ke janin berkurang. Energi dan zat-zat makanan yang dibutuhkan tubuh janin untuk berkembang. Kekurangan suplai darah menyebabkan suplai makanan berkurang (Prawirohardjo, 2007).
- b. Anemia janin. Tekanan yang ditimbulkan terus menerus pada plasenta akan mengurangi sirkulasi darah antara uterus dan plasenta dari suplai darah ke janin berkurang (Wiknjosastro, 2007).
- c. Janin yang tertekan akibat rendahnya pasokan oksigen. Berkurangnya suplai darah berarti suplai oksigen dari ibu ke janin dan berkurang (Prawirohardjo, 2007).
- d. Shock dan kematian ibu jika pendarahan berlebihan. Pada kasus yang terbengkalai, bila ibu tidak mendapatkan transfusi darah, dapat menyebabkan shock bahkan pada ibu (Wiknjosastro, 2007).
- e. Infeksi dan pembentukan bekuan darah. Luka pada sisa robekan plasenta rentan untuk infeksi intrauterin. Ibu dengan anemia berat karena perdarahan dan infeksi intrauterin, baik seksio sesarea atau persalinan pervaginam sama-sama tidak mengeluarkan ibu dan janinnya (Wiknjosastro, 2007).
- f. Kehilangan darah yang membutuhkan transfuse. Kehilangan banyak darah akibat perdarahan hebat perlu mendapatkan transfusi pertolongan segera. Perdarahan merupakan faktor dominan penyebab kematian ibu di Negara Indonesia (Prawirohardjo, 2007)
- g. Prematur, pengiriman sebelum minggu ke-37 kehamilan, yang biasanya menciptakan risiko terbesar pada janin (Cunningham, 2006).

- h. Cacat lahir. Cacat lahir terjadi 2,5 kali lebih banyak yang disebabkan oleh plasenta previa kehamilan tidak terpengaruh. Penyebab saat ini tidak diketahui (Cunningham, 2006).

Masalah dan perilaku lain adalah:

- a. prolaps tali pusat
- b. prolaps plasenta
- c. plasenta melekat, manual harus dihentikan dan perlu dibersihkan dengan kerokan.
- d. Robekan-robekan jalan lahir karena tindakan
- e. Perdarahan post partum
- f. Infeksi karena perdarahan yang banyak
- g. Bayi prematur atau lahir mati.
- h. Pada wanita dapat terjadi perdarahan hingga syok akibat perdarahan, anemia karena perdarahan, endimetritis pasca persalinan. Pada janin biasanya terjadi persalinan prematur dan komplikasinya seperti asvixsia berat sampai kematian.

9. Penatalaksanaan

- a. Terapi ekspektatif (pasif)

Tujuan ekspektatif memang tidak mungkin dilakukan sebelum waktunya, tanpa perlu melakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servisis. Upaya diagnosis dilakukan secara non invasif. Pemantauan klinis dilakukan secara ketat dan baik (Prawirohardjo, 2007).

Syarat-syarat terapi ekspektatif:

- 1) Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti. Penanganan pasif pada kasus kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit kemudian berhenti memungkinkan untuk memberikan kontribusi pada janin untuk tetap tumbuh dan berkembang dalam kandungan sampai matang. Dengan demikian angka kesakitan dan kematian neonatal karena kasus prematur dapat tergolong (Prawirohardjo, 2007).

2) Belum ada tanda-tanda di partu.

Menunda tindakan pengakhiran kehamilan segera pada kasus plasenta previa bila tidak membuat tanda-tanda inpartu ditunjukkan untuk mempertahankan janin dalam kandungan. Hal ini memberikan peluang untuk pertumbuhan dalam konsentrasi lebih lama sampai aterm, dan dengan demikian pula diperlukan janin di luar kandungan lebih besar lagi (Prawirohardjo, 2007).

3) Keadaan umum ibu cukup baik (kadar hemoglobin dalam batas normal).

Selama ibu tidak memiliki riwayat anemia, terapi dapat dilakukan karena efek perdarahan terjadi karena kadar Hb normal jika sebelumnya tidak dilakukan pemeriksaan dalam (Prawirohardjo, 2007).

4) Janin masih hidup.

Bila masih ada, masih ada yang bisa bertahan dalam kandungan sampai matang. Tidak perlu untuk kehamilan dengan segera karena hanya akan berpengaruh pada saat-saat di luar kandungan (Prawirohardjo, 2007).

b. Terapi aktif

Wanita hamil di atas 22 minggu dengan perdarahan pervaginam yang aktif dan banyak, harus segera ditatalaksana secara aktif tanpa melihat maturitas janin. Cara Persalinan Persalinan dengan plasenta previa (Prawirohardjo, 2007).

1. Seksio sesarea

Prinsip utama dalam melakukan seksio sesarea adalah untuk menyelamatkan ibu, dan membuat keputusan untuk hidup, melakukan ini tetap dilakukan (Prawirohardjo, 2007)

2. Melahirkan pervaginam

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

a. Amniotomi dan akselerasi

Lakukan pada plasenta previa lateralis / marginalis dengan pembukaan > 3 cm dan presentasi kepala. Dengan memecah

ketuban, plasenta akan mengikuti segmen bawah rahim dan oleh kepala janin. Jika kontraksi uterus belum ada atau masih lemah, akselerasi dengan infus oksitosin (Prawirohardjo, 2007).

b. Braxton Hicks

Tujuan melakukan versi Baxton Hicks adalah menerapkan tamponade plasenta dengan bokong (dan kaki) janin. Braxton Hicks tidak dilakukan pada janin yang masih hidup (Prawirohardjo, 2007).

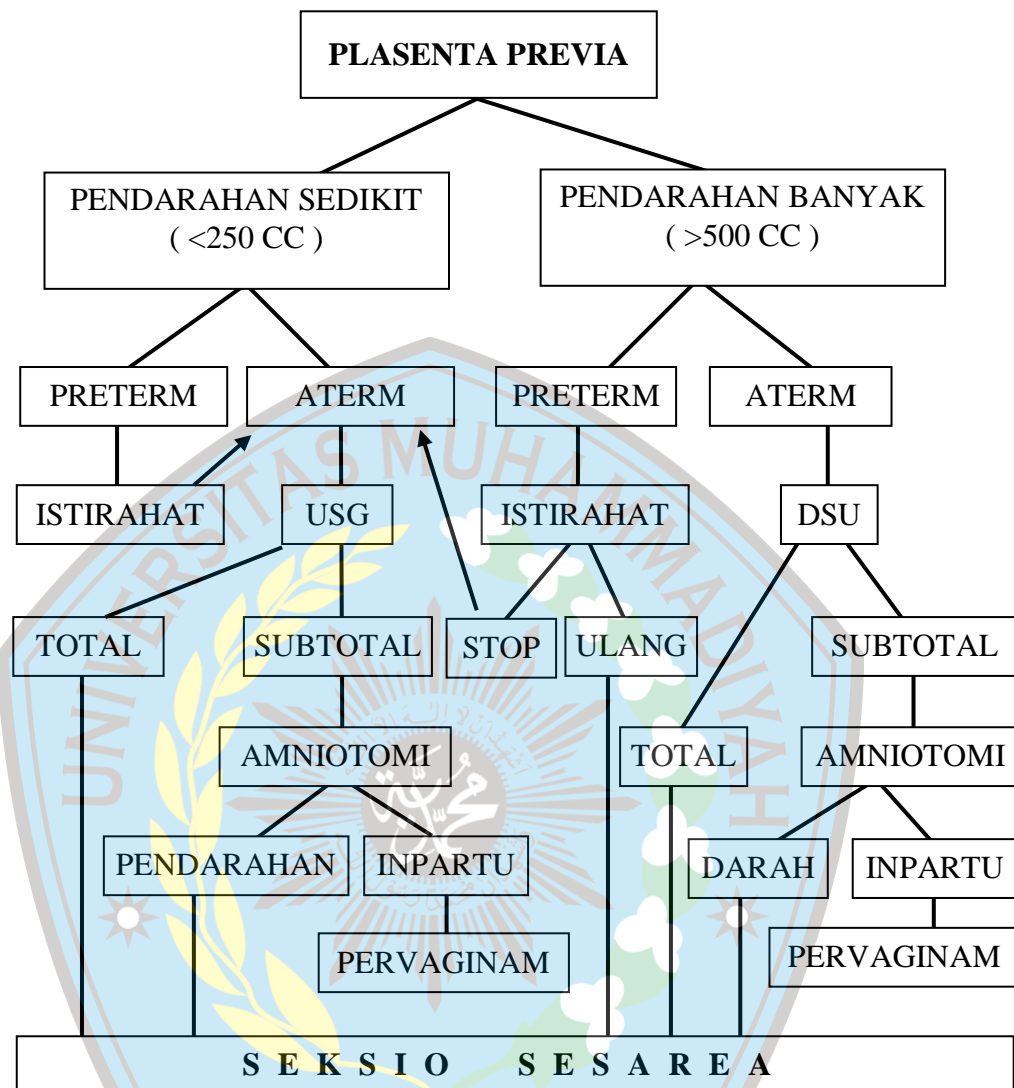
c. Traksi dengan Cunam Willet

Kulit kepala klinik dijepit dengan Cunam Willet, kemudian beri beban secukupnya hingga perdarahan berhenti.

Hal ini tidak efektif untuk dilalui plasenta dan pembersihan menyebabkan pendarahan pada kulit kepala. Hal ini biasanya dikerjakan pada janin yang telah meninggal dan tidak ada yang aktif (Prawirohardjo, 2007).

Menurut Manuaba (2008) Plasenta previa dengan perdarahan merupakan kondisi darurat kebidanan yang mencukupi penanganan yang baik. Bentuk pertolongan pada plasenta previa adalah:

- 1) Segera melakukan operasi persalinan untuk dapat membantu ibu dan anak untuk mengurangi kesakitan dan kematian.
- 2) Memecahkan ketuban di atas meja operasi untuk dapat melakukan pertolongan lebih lanjut.
- 3) Bidan yang menghadapi perdarahan plasenta previa dapat mengambil sikap melakukan rujukan ke tempat pertolongan yang memiliki fasilitas yang cukup.



Pathway Placenta Previa (Wiknojosastro, 2007)

B. Teori Manajemen Kebidanan

1. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar (pengkajian)

Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan mengelompokkan data serta menganalisa data sehingga dapat diketahui masalah dan keadaan klien. Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan semua sumber yang berkaitan dengan klien.

Data-data yang dikumpulkan meliputi:

a. Data Subjektif

1) Biodata (istri dan suami)

Yang perlu dikaji yaitu : Nama, umur, agama, suku, pendidikan, pekerjaan dan alamat. Maksud pertanyaan ini adalah untuk mengidentifikasi pasien.

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, pada biodata istri perlu diperhatikan usia ibu. Prevalensi plasenta previa meningkat 3 kali pada umur ibu >35 tahun.

2) Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan alasan utama klien datang ke rumah sakit dan apa saja yang dirasakan klien.

Dasarnya : Keluhan pada plasenta previa yaitu perdarahan yang terjadi bisa sedikit atau banyak. Perdarahan berwarna merah segar tanpa alasan dan tanpa rasa sakit.

3) Riwayat Menstruasi

Pada riwayat menstruasi yang perlu ditanyakan atau diketahui yaitu menarche (untuk mengetahui usia pertama haid. Usia menarche dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa, lingkungan, iklim dan keadaan umum), siklus (untuk mengetahui klien mempunyai siklus normal atau tidak), lamanya (jika lama haid ≥ 15 hari berarti abnormal dan kemungkinan adanya gangguan yang mempengaruhinya), banyaknya (untuk mengetahui apakah ada gejala kelainan banyaknya darah haid), nyeri haid (untuk mengetahui apakah klien menderita nyeri setiap haid)

4) Riwayat Obstetrik yang lalu

Dasarnya : Pada riwayat obstetri yang lalu perlu dikaji pada kasus plasenta previa yaitu riwayat operasi rahim atau memiliki kelainan rahim, riwayat kehamilan kembar dan riwayat plasenta previa sebelumnya.

5) Riwayat kehamilan sekarang

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa terjadi perdarahan berwarna merah segar pada TM III, perdarahan sedikit dan sesekali mungkin terjadi pada TM I dan TM II. perdarahan biasanya tidak disertai rasa sakit walaupun kram rahim pada beberapa wanita. Sebagian wanita tidak mengalami perdarahan sama sekali.

6) Riwayat kesehatan

Dasarnya : Pada kasus plasenta previa, salah satu faktor penyebab terjadinya plasenta previa yaitu riwayat pembedahan rahim

7) Riwayat kesehatan keluarga

Kemungkinan ada anggota keluarga yang menderita penyakit turunan, penyakit menular, riwayat kehamilan kembar atau riwayat kehamilan postterm

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, salah satu faktor yang dapat menyebabkan terjadinya plasenta previa yaitu kehamilan kembar.

8) Riwayat seksualitas

Untuk mengetahui apakah ibu mengalami masalah selama berhubungan atau tidak

Dasarnya : Pada kasus plasenta previa, berhubungan seks dapat memicu perdarahan yang dapat membahayakan jiwa ibu dan janinya. Jangankan berhubungan seks, tidak berhubungan pun perdarahan bisa mungkin terjadi. Itulah mengapa jika ada gangguan plasenta previa hubungan seks dilarang dilakukan sampai dokter mengizinkan setelah sebelumnya melakukan pemeriksaan menyeluruh

9) Riwayat psikologi

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, secara psikologis klien mengalami kekhawatiran serta kecemasan tentang kelangsungan bayi di dalam kandungannya saat harus menjalani bedrest

b. Data Objektif

Dapat dikumpulkan melalui pemeriksaan umum dan pemeriksaan khusus :

1) Pemeriksaan umum

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, dapat dijumpai tekanan darah turun, nadi dan pernapasan meningkat, dan daerah ujung menjadi dingin, serta tampak anemis.

2) Pemeriksaan khusus

Secara inspeksi

- a). Secara inspeksi yaitu pemeriksaan pandang yang dimulai dari kepala sampai kaki. Yang dinilai pada inspeksi yaitu kemungkinan bentuk tubuh yang normal, kebersihan kulit rambut, muka, konjungtiva, sklera, hidung, telinga, mulut, leher, payudara, abdomen, genitalia dan ekstremitas.

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, yang perlu dikaji pada pemeriksaan inspeksi yaitu :

- Mata : konjungtiva terlihat pucat dan anemis hal ini disebabkan oleh perdarahan yang banyak
- Genitalia : perdarahan pervagianam yang keluar banyak, sedikit, darah beku dan sebagainya

b). Secara palpasi

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, hasil pemeriksaan palpasi abdomen yang didapat yaitu :

- Janin sering belum cukup bulan, jadi fundus uteri masih rendah
- Sering dijumpai kesalahan letak janin
- Bila cukup pengalaman (ahli), dapat dirasakan suatu bantalan pada segmen bawah rahim, terutama pada ibu yang kurus
- Bagian terbawah janin belum turun, apabila letak kepala, biasanya kepala masih goyang atau terapung (floating) atau di atas pintu atas panggul

c). Secara auskultasi

Secara auskultasi, kemungkinan dapat terdengar bunyi jantung janin, frekuensinya teratur atau tidak.

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, denyut jantung janin dapat bervariasi dari normal sampai asfiksia dan kematian dalam rahim

d). Pemeriksaan inspekulo

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, pemeriksaan inspekulo dilakukan untuk memastikan apakah perdarahan berasal dari segmen bawah rahim atau kelainan serviks, vagina dan varises pecah

e). Pemeriksaan dalam

Dasarnya : Pada kasus plasenta previa, pemeriksaan dalam adalah senjata yang paling ampuh di bidang obstetrik untuk mendiagnosa plasenta previa. Walaupun ampuh, namun harus berhati-hati karena bahaya yang besar

Pemeriksaan dalam dilakukan hanya di atas meja operasi dan siap untuk mengambil tindakan. Hasil pemeriksaan dalam teraba plasenta di sekitar ostium uteri internum

3) Pemeriksaan radio-isotop

a). Plasentografi jaringan lunak yaitu membuat foto dengan sinar rontgen lemah untuk mencoba melokalisir plasenta. Hasil foto dibaca oleh ahli radiologi yang berpengalaman.

b). Sitografi yaitu mula-mula kandung kemih dikosongkan, lalu masukkan 40 cc larutan NaCl 12,5%, kepala janin ditekan ke arah pintu atas panggul, lalu dibuat foto. Bila jarak kepala dan kandung kemih berselisih 1 cm, makaterdapat kemungkinan plasenta previa.

c). Plasentografi Indirek yaitu membuat foto seri lateral dan anteroposterior yaitu ibu dalam posisi berdiri atau duduk setengah

berdiri. Lalu foto dibaca oleh ahli radiologi berpengalaman dengan cara menghitung jarak antara kepala-simpisis dan kepala-promontorium.

- d). Arteriografi yaitu dengan memasukkan zat kontras ke dalam arteri femoralis. Karena plasenta sangat kaya akan pembuluh darah, maka ia akan banyak menyerap zat kontras, ini akan jelas terlihat pada foto dan juga lokasinya.
- e). Amniografi dengan memasukkan zat kontras ke dalam rongga amnion, lalu dibuat foto dan dilihat dimana terdapat daerah kosong (diluar janin) dalam rongga rahim
- f). Radioisotop yaitu dengan menyuntikkan zat radio aktif, biasanya RISA (radioiodinated serum albumin) secara intravena, lalu diikuti dengan detektor GMC

4) Pemeriksaan penunjang

a). Ultrasonografi (USG) :

Dasarnya : Pemeriksaan dilakukan untuk penentuan lokasi plasenta dan tidak menimbulkan bahaya radiasi pada janin

b). Kardiokotografi (KTG) : dilakukan pada kehamilan >28 minggu

c). Laboratorium : darah perifer lengkap. Bila akan dilakukan operasi, perlu diperiksa faktor pembekuan darah, waktu perdarahan dan gula darah.

2. Langkah II : Intepretasi data

a. Diagnosa kehamilan

Ibu G...P...A...H... usia kehamilan....minggu, janin hidup/mati, tunggal/ganda, intrauterin/ekstrauterin, presentasi kepala/sungsang/lintang, KU ibu dan janin dengan plasenta previa totalis.

Dasar :

- 1) Ibu mengatakan ini kehamilan yang ke....
- 2) Usia kehamilan ditentukan dari pernyataan ibu kapan HPHT nya....

- 3) Janin hidup/mati didapatkan dengan mendengarkan DJJ
- 4) Pada pemeriksaan palpasi teraba 1 bagian besar janin dan DJJ terdengar pada satu sisi saja....
- 5) Intrauterin apabila pemeriksaan palpasi ibu tidak merasa nyeri, eksrauterin apabila saat palpasi ibu merasakan nyeri.
- 6) Didapatkan saat melakukan palpasi leopold apakah presentasi janin ibu...
- 7) KU ibu didapatkan dengan memeriksa Tanda- tanda vital...

TD	: mmHg	P	: ...	x/menit
N	: ... x/menit	S	: ...	x/menit
DJJ	: ... x/menit			

b. Masalah

Kemungkinan masalah yang timbul pada klien dengan plasenta previa adalah kecemasan karena ibu merasa cemas dengan kondisi yang ibu alami dan cemas dengan keadaan janinnya.

c. Kebutuhan

Kebutuhan yang diperlukan pada klien dengan plasenta previa yaitu dukungan psikologis, hidrasi, pengosongan kandung kemih, defiksasi dan rasa nyaman

3. Langkah III :

Diagnosa atau dan masalah potensial kemungkinan diagnosa potensial

a. Pada ibu

1) Anemi

Dasarnya : karena pada kasus plasenta previa ibu biasanya mengalami perdarahan sehingga menimbulkan anemia.

2) Perdarahan hingga syok hipovolemik

Dasarnya : karena perdarahan yang terjadi terus-menerus dan jumlah yg cukup banyak dapat menyebabkan syok pada klien ini.

3) Inersia primer

b. Prolaps tali pusat

Dasarnya : Karena plasenta berimplantasi disegmen bawah rahim/tidak pada tempat seharusnya sehingga kadang dapat memicu terjadinya prolaps tali pusat.

c. Plasenta melekat

Dasarnya : karena implantasi plasenta tidak pada tempatnya sehingga harus dikeluarkan manual dan kalau perlu dibersihkan dengan korekan

d. Robekan jalan lahir karena tindakan

Dasarnya : Dapat terjadi karena melakukan tindakan untuk menangani ibu dengan plasenta previa menggunakan tindakan medis yang dapat membuat robekan jalan lahir.

e. Pada janin

1) Kelainan letak janin

Dasarnya : Karena tempat tertanamnya plasenta yang tidak sesuai sehingga letak janin pun menjadi terganggu.

2) Bayi prematur atau lahir mati

Dasarnya : Apabila terjadi perdarahan yang sangat hebat dan janin harus segera dilahirkan dengan usia kehamilan yang belum cukup bulan.

4. Langkah IV: Tindakan Segera

a. Jika klien terdeteksi dengan plasenta previa, segera lakukan kolaborasi dengan dokter spesial obgyn untuk dilakukan tindakan.

b. Dasarnya : Segera melakukan rujukan/kolaborasi dengan dokter untuk penanganan kasus ini agar dapat dilakukan secsio sesarea ataupun dilakukan terminasi.

c. Pemberian cairan Intravena

Dasarnya : Dilakukan apabila ibu tampak lelah dan kekurangan cairan.

d. Mengatasi syok dan perdarahan pada ibu.

Dasarnya : Segera mengatasi syok dan perdarahan pada ibu agar tidak terjadi perdarahan yang semakin banyak.

5. Langkah V : Intervensi

- a. Beritahu ibu hasil pemeriksaan
Dasarnya : Agar ibu tau dengan kondisinya dan tau apa yang akan ia lakukan selanjutnya.
- b. Beri dukungan psikologis pada ibu
Dasarnya : Agar ibu tidak drop dan menjadi stress dengan kondisinya dan tidak berpengaruh kepada janinnya.
- c. Anjurkan ibu istirahat bedrest (tirah baring)
Dasarnya : Untuk memperbaiki keadaan ibu agar perdarahanpun tidak bertambah banyak.
- d. Penuhi kebutuhan hidrasi dan nutrisi ibu
Dasarnya : Agar cairan ibu terpenuhi dan untuk memperbaiki kondisi ibu.
- e. Penuhi kebutuhan personal hygien ibu
- f. Atur cairan infus dan drip adona 1 ampul
- g. Lakukan observasi TTV, perdarahan dan DJJ
Dasarnya : Untuk memantau keadaan umum ibu, apakah perdarahan yang terjadi bertambah banyak atau tidak, dan untuk memantau keadaan janin ibu.
- h. Berikan terapi sesuai anjuran dokter spesialis obgyn
- i. Anjurkan keluarga untuk menyiapkan donor darah
Dasarnya : Karena mengalami perdarahan yang banyak maka ibu dengan plasenta previa membutuhkan pendonor darah untuk mengganti darah yang telah banyak dikeluarkan.

6. Langkah VI : Implementasi

- a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
- b. Memberi dukungan psikologis pada ibu
- c. Menganjurkan ibu istirahat bedrest (tirah baring)
- d. Memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu
- e. Memenuhi kebutuhan personal hygien ibu
- f. Mengatur cairan infus dan drip adona 1 ampul

- g. Melakukan observasi TTV, perdarahan dan DJJ
- h. Memberikan terapi sesuai anjuran dokter spesialis obgyn
- i. Menganjurkan keluarga untuk menyiapkan donor darah

7. Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi adalah hal terakhir yang dilakukan dari proses asuhan kebidanan dengan plasenta previa. Kemungkinan hasil evaluasi yang ditemukan :

- a. Ibu telah diberitahu mengenai hasil pemeriksaan.
- b. Ibu mulai menerima keadaannya dan mulai termotivasi setelah diberikan dukungan psikologis.
- c. Ibu mau dianjurkan untuk beristirahat bedrest.
- d. Cairan dan nutrisi ibu terpenuhi dengan memberikan ibu minum dan makan.
- e. Cairan infus telah terpasang pada ibu untuk memenuhi cairan tubuh ibu.
- f. Keluarga telah menyiapkan donor darah apabila ibu terjadi hal yang membutuhkan donor darah segera.

C. Teori Hukum Kewenangan Bidan

Pengaturan praktik bidan telah diatur sejak tahun 1963 dengan ditetapkannya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 5380/Hukum Tahun 1963 tentang Ketentuan Tentang Wewenang Terbatas Bagi Bidan yang dicabut dan diganti dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 363/Menkes/Per/IX/1980 tentang Wewenang Bidan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 623/Menkes/Per/IX/1989 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 363/Menkes/Per/IX/1980 tentang Wewenang Bidan. Dengan ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 572/Menkes/Per/VI/1996 tentang Registrasi dan Praktik Bidan, maka Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 363/Menkes/Per/IX/1980 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 623/Menkes/Per/IX/1989 menjadi tidak berlaku lagi.

Dalam perkembangannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 572/Menkes/Per/VI/1996 direvisi dan diganti dengan Keputusan Menteri

Kesehatan Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan.

Selanjutnya berkaitan dengan praktik bidan terdapat reformasi peraturan dengan ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor Hk.02.02/Menkes/149/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan yang mencabut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 berkaitan praktik bidan, dimana peraturan ini juga diperbaharui dan dicabut dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 5380/Hukum Tahun 1963 diatur kewenangan terbatas bidan meliputi :

1. Memimpin persalinan normal;
2. Merawat bayi di dalam dan diluar klinik;
3. Memimpin biro konsultasi ibu dan anak;
4. Memimpin dapur susu;
5. Memberikan suntikan pituitrine;
6. Memimpin persalinan dengan letak sungsang;
7. Memasang tang pada kepala bayi yang rendah letaknya dan kemudian menolong lahirnya bayi;
8. Membalikkan bayi dan kemudian menolong lahirnya si bayi;
9. Memberikan suntikan secale cornutum. `periksa_bidan1`

Kewenangan terbatas tersebut diberikan kepada bidan dimana mereka dipandang cakap/cerdas dan cukup berpengalaman, mereka berkedudukan di tempat-tempat seperti balai pengobatan dan/atau rumah sakit yang jarang dikunjungi dokter dan untuk keadaan yang darurat hal mana kemudian dibenarkan oleh dokter atasannya. Untuk perizinan mengacu pada pasal 5 dan 6 UU Nomor 6 Tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan bahwa tenaga kesehatan untuk melakukan pekerjaan harus mendapat izin dari Menteri Kesehatan.

Sedang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 363/Menkes/Per/IX/1980 tentang Wewenang Bidan dalam Bab II diatur wewenang umum dan khusus bidan sebagai berikut:

1. Wewenang Umum

Dalam melakukan pekerjaan kewenangan umum ini tanggung jawab berada pada bidan yang bersangkutan. Bidan dalam melaksanakan tugasnya mempunyai wewenang umum :

- a. Memberikan penerangan dan penyuluhan tentang kehamilan, persalinan, nifas, menyusukan dan perawatan buah dada, keluarga berencana, perawatan bayi, perawatan anak pra sekolah, gizi.
- b. Melaksanakan bimbingan dan pembinaan tenaga kesehatan lain yang juga bekerja dalam pelayanan kebidanan dengan kemampuan yang lebih rendah termasuk pembinaan para dukun peraji.
- c. Melayani kasus ibu untuk:
 - 1) Pengawasan kehamilan;
 - 2) Pertolongan persalinan normal termasuk pertolongan persalinan letak sungsang pada multipara.
 - 3) Episiotomi dan penjahitan luka perineum tingkat i dan tingkat ii
 - 4) Perawatan nifas dan menyusukan termasuk pemberian uterotonik
 - 5) Pemakaian cara kontrasepsi tertentu sesuai dengan kebijaksanaan pemerintah.
- d. Melayani bayi dan anak prasekolah untuk:
 - 1) Pengawasan pertumbuhan dan perkembangan;
 - 2) Pemberian pengebalan;
 - 3) Perawatan;
 - 4) Petunjuk pemberian makan
- e. Memberikan obat-obatan:
 - 1) Roboransia
 - 2) Pengobatan tertentu dalam bidang kebidanan sepanjang hal itu tidak melalui suntikan.

2. Wewenang Khusus

Dalam melakukan pekerjaan ini tanggung jawab berada pada dokter yang mengawasinya. Dibawah pengawasan dokter, bidan diberi wewenang khusus sebagai berikut:

- a. Pengawasan kehamilan
 - 1) Versi luar
 - 2) Pengeluaran dengan jari (secara digital) sisa jaringan konsepsi pada keguguran.
- b. Pertolongan persalinan
 - 1) Persalinan sungsang primipara
 - 2) Pertolongan dengan cuman atau ekstraktor vakum pada kepala di luar panggul
 - 3) Pemberian infusa intravena untuk mempertahankan keadaan penderita
- c. Pertolongan masa nifas
 - 1) Pemberian antibiotika pada infeksi baik yang di makan maupun yang di suntikkan
 - 2) Pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (akdr)
 - 3) Pemberian kontrasepsi suntikan
- d. Pertolongan kedaruratan
 - 1) pencegahan keadan syok pendarahan (infusa)
 - 2) pengatasan pendarahan pasca persalinan dengan pengeluaran uri dengan tangan (secara manual)
 - 3) pengatasan kedaruratan eklampsi
 - 4) pengatasan infeksi bayi baru lahir

Disamping kewenangan umum dan khusus tersebut maka bidan dapat diberi wewenang oleh atasannya untuk melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat yang lain, sesuai dengan program pemerintah dan pendidikan serta latihan yang diterimanya. Dalam keadaan darurat bidan juga diberi wewenang untuk melakukan tindakan pertolongan yang dianggap perlu

untuk membantumenyelamatkan penderita atas tanggung jawab sendiri. Segera setelah melakukan tindakan darurat tersebut bidan diwajibkan membuat laporan ke pusat kesehatan masyarakat wilayah tempat kegiatannya.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 572/Menkes/Per/VI/1996 kewenangan bidan dalam menjalankan prakteknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

a. Pelayanan kebidanan yang ditujukan kepada ibu dan anak.

Pelayanan kepada ibu diberikan pada masa pranikah, prahamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, menyusui dan masa antara (periode interval). Pelayanan kebidanan kepada anak diberikan pada masa bayi baru lahir, masa bayi, masa anak balita dan masa pra sekolah.

1) Pelayanan kebidanan kepada ibu meliputi :

- a). Penyuluhan dan konseling;
- b). Pemeriksaan fisik;
- c). Pelayanan antenatal pada kehamilan normal;
- d). Pertolongan pada kehamilan abnormal yang mencakup ibu hamil dengan abortus iminens, hiperemesis gravidarum tingkat I, preeklamsi ringan dan anemi ringan;
- e). Pertolongan persalinan normal;
- f). Pertolongan persalinan abnormal, yang mencakup letak sungsang, partus macet kepala di dasar panggul, ketuban pecah dini (KPD) tanpa infeksi, perdarahan post partum, laserasi jalan lahir, distosia karena inersia uteri primer, post term dan pre term;
- g). Pelayanan ibu nifas normal;
- h). Pelayanan ibu nifas abnormal yang mencakup retensio plasenta, renjatan dan infeksi ringan;
- i). Pelayanan dan pengobatan pada kelainan ginekologi yang meliputi keputihan, perdarahan tidak teratur dan penundaan haid.

- 2) Pelayanan kebidanan kepada anak meliputi :
 - a). pemeriksaan bayi baru lahir;
 - b). perawatan tali pusat;
 - c). perawatan bayi;
 - d). pemantauan tumbuh kembang anak;
 - e). pemberian pengobatan pada penyakit ringan;
 - f). pemberian penyuluhan.

Bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada ibu, berwenang untuk :

- 1) Memberikan suntikan pengebalan;
- 2) Memberikan suntikan pada penyulit kehamilan;
- 3) Bimbingan senam hamil;
- 4) Kuretase digital untuk sisa jaringan konsepsi
- 5) Episiotomi;
- 6) Penjahitan luka episiotomi dan luka jalan lahir sampai tingkat ii;
- 7) Amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm;
- 8) Pemberian infus;
- 9) Pemberian suntikan intramuskuler uterotonika, antibiotika dan sedativa;
- 10) Kompresi bimanual;
- 11) Versi ekstraksi gemelli pada kelahiran bayi kedua dan seterusnya;
- 12) Vacum ekstraksi dengan kepala bayi di dasar panggul;
- 13) Pengendalian anemi;
- 14) Meningkatkan pemeliharaan dan penggunaan air susu ibu;
- 15) Resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia dan hipotermi;
- 16) Pemberian minum dengan sonde /pipet;
- 17) Pemberian obat-obat terbatas, melalui lembar permintaan obat sesuai dengan formulir terlampir;
- 18) Pemberian surat keterangan kelahiran dan kematian.

b. Pelayanan keluarga berencana;

Bidan dalam memberikan pelayanan keluarga berencana berwenang untuk Pemberian obat dan alat kontrasepsi oral, suntikan dan alat kontrasepsi dalam rahim, alat kontrasepsi bawah kulit dan kondom dan tablet vaginal serta tissue vaginal; memberikan pelayanan efek samping pemakaian kontrasepsi; melakukan pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim letak normal; melakukan pencabutan AKBK tanpa penyulit.

c. Pelayanan kesehatan masyarakat

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat berwenang untuk pembinaan:

- 1) Peran serta masyarakat dibidang kesehatan ibu dan anak;
- 2) Tenaga yang bekerja dalam pelayanan kebidanan dengan kemampuan lebih rendah;
- 3) Tumbuh kembang anak.
- 4) Dalam keadaan darurat bidan berwenang melakukan pelayanan kebidanan selain kewenangan tersebut, dan ditujukan untuk penyelamatan jiwa.

Sedang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 kewenangan bidan diatur begitu luas sebagai berikut: Bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

a. Pelayanan kebidanan yang ditujukan kepada ibu dan anak.

Pelayanan kepada ibu diberikan pada masa pranikah, prahamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, menyusui dan masa antara (periode interval). Pelayanan kebidanan kepada anak diberikan pada masa bayi baru lahir, masa bayi, masa anak balita dan masa pra sekolah.

- 1) Pelayanan kebidanan kepada ibu meliputi:
 - a). Penyuluhan dan konseling;
 - b). Pemeriksaan fisik;

- c). Pelayanan antenatal pada kehamilan normal;
 - d). Pertolongan pada kehamilan abnormal yang mencakup ibu hamil dengan abortus iminens, hiperemesis gravidarum tingkat I, preeklamsi ringan dan anemi ringan;
 - e). Pertolongan persalinan normal
 - f). Pertolongan persalinan abnormal, yang mencakup letak sungsang, partus macet kepala di dasar panggul, ketuban pecah dini (kpd) tanpa infeksi, perdarahan post partum, laserasi jalan lahir, distosia karena inersia uteri primer, post term dan pre term;
 - g). Pelayanan ibu nifas normal;
 - h). Pelayanan ibu nifas abnormal yang mencakup retensio plasenta, renjatan dan infeksi ringan;
 - i). Pelayanan dan pengobatan pada kelainan ginekologi yang meliputi keputihan, perdarahan tidak teratur dan penundaan haid.
- 2) Pelayanan kebidanan kepada anak meliputi :
- a). Pemeriksaan bayi baru lahir;
 - b). Perawatan tali pusat;
 - c). Perawatan bayi;
 - d). Resusitasi pada bayi baru lahir;
 - e). Pemantauan tumbuh kembang anak;
 - f). Pemberian imunisasi;
 - g). Pemberian penyuluhan.
 - h). Dalam keadaan tidak terdapat dokter yang berwenang pada wilayah tersebut, bidan dapat memberikan pelayanan pengobatan pada penyakit ringan bagi ibu dan anak sesuai dengan kemampuannya.

Bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada ibu, berwenang untuk :

- 1) Memberikan imunisasi;
- 2) Memberikan suntikan pada penyulit kehamilan, persalinan dan nifas;

- 3) Mengeluarkan placenta secara manual;
- 4) Bimbingan senam hamil;
- 5) Pengeluaran sisa jaringan konsepsi;
- 6) Episiotomi;
- 7) Penjahitan luka episiotomi dan luka jalan lahir sampai tingkat ii;
- 8) Amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm;
- 9) Pemberian infus;
- 10) Pemberian suntikan intramuskuler uterotonika, antibiotika dan sedativa;
- 11) Kompresi bimanual;
- 12) Versi ekstraksi gemelli pada kelahiran bayi kedua dan seterusnya;
- 13) Vacum ekstraksi dengan kepala bayi di dasar panggul;
- 14) Pengendalian anemi;
- 15) Meningkatkan pemeliharaan dan penggunaan air susu ibu;
- 16) Resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia;
- 17) Penanganan hipotermi;
- 18) Pemberian minum dengan sonde /pipet;
- 19) Pemberian obat-obat terbatas, melalui lembaran permintaan obat sesuai dengan formulir vi terlampir;
- 20) Pemberian surat keterangan kelahiran dan kematian.

b. Pelayanan keluarga berencana;

Bidan dalam memberikan pelayanan keluarga berencana berwenang untuk :

- 1) Memberikan obat dan alat kontrasepsi oral, suntikan dan alat kontrasepsi dalam rahim, alat kontrasepsi bawah kulit dan kondom;
- 2) Memberikan penyuluhan/konseling pemakaian kontrasepsi;
- 3) Melakukan pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim;
- 4) Melakukan pencabutan alat kontrasepsi bawah kulit tanpa penyulit;
- 5) Memberikan konseling untuk pelayanan kebidanan, keluarga berencana dan kesehatan masyarakat.

c. Pelayanan kesehatan masyarakat

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat berwenang untuk :

- 1) Pembinaan peran serta masyarakat dibidang kesehatan ibu dan anak;
- 2) Memantau tumbuh kembang anak;
- 3) Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;
- 4) Melaksanakan deteksi dini, melaksanakan pertolongan pertama, merujuk dan memberikan penyuluhan infeksi menular seksual (ims), penyalahgunaan narkotika psikotropika dan zat adiktif lainnya (napza) serta penyakit lainnya.
- 5) Dalam keadaan darurat bidan berwenang melakukan pelayanan kebidanan selain kewenangan pelayanan ditujukan untuk penyelamatan jiwa. Bidan dalam menjalankan praktik perorangan harus memenuhi persyaratan yang meliputi tempat dan ruangan praktik, tempat tidur, peralatan, obat-obatan dan kelengkapan administrasi.

Kewenangan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 572/Menkes/Per/VI/1996 pada dasarnya hampir sama dengan yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor Hk.02.02/Menkes/149/I/2010, kewenangan dalam menjalankan praktik berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

1. Pelayanan kebidanan;

- 1) Pelayanan kebidanan ditujukan kepada ibu dan bayi.

Pelayanan kebidanan kepada ibu diberikan pada masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, dan masa menyusui. Pelayanan kebidanan kepada bayi diberikan pada bayi baru lahir normal sampai usia 28 (dua puluh delapan) hari. Pelayanan kebidanan kepada ibu meliputi:

- a). Penyuluhan dan konseling;
- b). Pemeriksaan fisik;
- c). Pelayanan antenatal pada kehamilan normal;

- d). Pertolongan persalinan normal;
- e). Pelayanan ibu nifas normal;
- f). Pelayanan kebidanan kepada bayi meliputi:
- g). Pemeriksaan bayi baru lahir;
- h). Perawatan tali pusat;
- i). Perawatan bayi;
- j). Resusitasi pada bayi baru lahir;
- k). Pemberian imunisasi bayi dalam rangka menjalankan tugas pemerintah;
- l). Dan pemberian penyuluhan.

Bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada ibu berwenang untuk:

- a). Memberikan imunisasi dalam rangka menjalankan tugas pemerintah;
- b). Bimbingan senam hamil;
- c). Episiotomi;
- d). Penjahitan luka episiotomi;
- e). Kompresi bimanual dalam rangka kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- f). Pencegahan anemi;
- g). Inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
- h). Resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia;
- i). Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk;
- j). Pemberian minum dengan sonde /pipet;pemberian obat bebas, uterotonika untuk postpartum dan manajemen aktif kala tiga;
- k). Pemberian surat keterangan kelahiran; dan
- l). Pemberian surat keterangan hamil untuk keperluan cuti melahirkan.

2. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan berwenang untuk:

- 1) Memberikan alat kontrasepsi oral, suntikan dan alat kontrasepsi dalam rahim dalam rangka menjalankan tugas pemerintah, dan kondom;
- 2) Memasang alat kontrasepsi dalam rahim di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dengan supervisi dokter;
- 3) Memberikan penyuluhan/konseling pemilihan kontrasepsi;
- 4) Melakukan pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah; dan
- 5) Memberikan konseling dan tindakan pencegahan kepada perempuan pada masa pranikah dan prahamil.

3. Pelayanan kesehatan masyarakat.

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf c, berwenang untuk:

- 1) Melakukan pembinaan peran serta masyarakat dibidang kesehatan ibu dan bayi;
- 2) Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas; dan
- 3) Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan Infeksi Menular Seksual (IMS), penyalahgunaan Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) serta penyakit lainnya.
- 4) Dalam keadaan darurat untuk penyelamatan nyawa seseorang/pasien dan tidak ada dokter di tempat kejadian, bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangannya. Bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dalam rangka melaksanakan tugas pemerintah dapat melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangannya. Daerah yang tidak memiliki dokter adalah kecamatan atau kelurahan/desa yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dalam hal daerah tersebut telah terdapat dokter, kewenangan bidan dimaksud tidak berlaku.

4. Pelayanan Kebidanan Rujukan

Fungsi bidan salah satunya adalah melakukan skirining terhadap adanya komplikasi kehamilan agar dirujuk untuk mendapatkan perawatan khusus dari dokter spesialis. Sistem rujukan upaya kesehatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal (Depkes RI, 2007) kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau dan rasional serta tidak dibatasi oleh wilayah administrasi.

a. Tujuan sistem rujukan

Tujuan umum sistem rujukan adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu (Kebidanan Komunitas). Tujuan umum rujukan untuk memberikan petunjuk kepada petugas puskesmas tentang pelaksanaan rujukan medis dalam rangka menurunkan IMR dan AMR.

Tujuan khusus sistem rujukan adalah:

- ☀ Meningkatkan kemampuan puskesmas dan peningkatannya dalam rangka menangani rujukan kasus “resiko tinggi” dan gawat darurat yang terkait dengan kematian ibu maternal dan bayi.
- Menyeragamkan dan menyederhanakan prosedur rujukan di wilayah kerja puskesmas.

Kegiatan dan pembagian dalam sistem rujukan

Rujukan dalam pelayanan kebidanan merupakan kegiatan pengiriman orang sakit dari unit kesehatan yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap berupa rujukan kasus patologis pada kehamilan, persalinan dan nifas masuk didalamnya, pengiriman kasus masalah reproduksi lainnya seperti kasus ginekologi atau kontrasepsi yang memerlukan penanganan spesialis. Termasuk juga didalamnya pengiriman bahan laboratorium.

Jika penderita telah sembuh dan hasil laboratorium telah selesai, kembalikan dan kirimkan ke unit semula, jika perlu disertai dengan keterangan yang lengkap (surat balasan).

Rujukan informasi medis membahas secara lengkap data-data medis penderita yang dikirim dan advis rehabilitas kepada unit yang mengirim. Kemudian Bidan menjalin kerja sama dalam sistem pelaporan data-data parameter pelayanan kebidanan, terutama mengenai kematian maternal dan pranatal.

Hal ini sangat berguna untuk memperoleh angka-angka secara regional dan nasional pemantauan perkembangan maupun penelitian.

Menurut tata hubungannya, sistem rujukan terdiri dari: rujukan internal dan rujukan eksternal.

- 1) Rujukan Internal adalah rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke puskesmas induk.
- 2) Rujukan Eksternal adalah rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah).

Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terdiri dari: rujukan medik dan rujukan kesehatan.

Rujukan Medik adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Misalnya, merujuk pasien puskesmas dengan penyakit kronis (jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus) ke rumah sakit umum daerah. Jenis rujukan medik:

- 1) *Transfer of patient*. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.
- 2) *Transfer of specimen*. Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.

3) *Transfer of knowledge/personel*. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan pengobatan setempat. Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus dan demonstrasi operasi (*transfer of knowledge*).

Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mereka ke rumah sakit yang lebih lengkap atau rumah sakit pendidikan, juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau institusi pendidikan (*transfer of personel*).

Rujukan Kesehatan adalah hubungan dalam pengiriman dan pemeriksaan bahan ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Rujukan ini umumnya berkaitan dengan upaya peningkatan promosi kesehatan (*promotif*) dan pencegahan (*preventif*). Contohnya, merujuk pasien dengan masalah gizi ke klinik konsultasi gizi (pojok gizi puskesmas), atau pasien dengan masalah kesehatan kerja ke klinik sanitasi puskesmas (pos Unit Kesehatan Kerja).

Tata laksana rujukan dapat berlangsung antara lain :

- 1) Internal antar petugas di satu rumah sakit.
- 2) Antara Puskesmas Pembantu dan Puskesmas.
- 3) Antara masyarakat dan Puskesmas
- 4) Antara satu Puskesmas dan Puskesmas lainnya.
- 5) Antara Puskesmas dan Rumah Sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- 6) Internal antara bagian / unit pelayanan di dalam satu Rumah Sakit.
- 7) Antar Rumah Sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan lain dan Rumah Sakit.

Persiapan – Persiapan Yang Harus Diperhatikan Dalam Melakukan Rujukan Singkatan “BAKSOKUDa” dapat digunakan untuk mengingat hal – hal penting dalam mempersiapkan rujukan, yang dijabarkan dalam:

- B (Bidan) : Pastikan ibu / bayi / klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten yang memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan.
- A (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan – bahan yang diperlukan seperti : Sputit, infus set, tensi meter, stetoskop dll.
- K (Keluarga) : Beritahu keluarga kondisi terakhir ibu (klien) dan alasan mengapa dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menemani ibu (klien) ke tempat rujukan.
- S (Surat) : Berikan surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan atau obat – obat yang telah diterima ibu (klien)
- O (Obat) : Bawa obat – obat essensial • diperlukan selama perjalanan merujuk
- K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien)dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu yang cepat.
- U (Uang) : Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan – bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan
- Da (Darah) : Siapkan darah untuk transfusi

Setelah upaya penanggulangan diberikan ditempat rujukan dan kondisi ibu (klien) telah memungkinkan, maka harus segera

mengembalikan klien ke tempat fasilitas pelayanan asalnya dengan terlebih dahulu memberikan :

Konseling tentang kondisi klien sebelum dan sesudah diberi upaya penanggulangan.

- a. Nasehat yang perlu diperhatikan.
- b. Memberikan askeb melalui konsultasi & rujukan pada klien dgn risiko tinggi & kegawatdaruratan.

Asuhan ini diberikan kepada :

- a. Klien (Ibu) dengan risiko tinggi selama masa kehamilan, persalinan & nifas
- b. Bayi baru Lahir, bayi & balita

kasus:

Ny.E tidak dinjurkan melahirkan secara normal karena placenta menutupi jalan lahir.

Asuhan Rujukan yang diberikan:

- 1) Bidan mengumpulkan keluarga Ny.E dan menceritakan masalah yang dialami oleh Ny.E dan menyatakan bidan tidak bisa menanganinya.
- 2) Menuliskan surat rujuk ke RS Panti Rahayu Purwodadi agar Ny.E ditangani dengan cara di sesar
- 3) Merujuk Ny. E ke RS Panti Rahayu Purwodadi
- 4) Pembahasan
- 5) Berdasarkan kasus diatas, Bidan telah melakukan tugas pelaksana Rujukan atau Ketergantungan , Karena saat terjadi kasus yang tidak mungkin untuk ditangani sendiri karena di luar kewenangannya, dia merujuk Ibu Titik ke RSUD Cilacap yang memiliki peralatan lebih lengkap . Dan penanganan kasus ini sesuai dengan Permenkes RI NO.28 Tahun 2017. Pasal 28 poin (c) merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu. Pasal 28 poin (d) meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan.