

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori Medis**

##### **1. Persalinan**

###### **a. Pengertian Persalinan**

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Prawirodiharjo S, 2007; h. 100). Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (Wiknjosastro H, 2008; h. 180).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) ( Manuaba, 2010; h. 164).

###### **b. Etiologi Persalinan**

Penyebab terjadinya persalinan karena beberapa teori diantaranya adalah:

- 1) Teori penurunan hormone: 1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone. Progesterone bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul His bila kadar progesterone turun (Prawirodihardjo, 2007; hal. 181).

- 2) Teori plasenta menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim (Prawirodihardjo, 2007; hal. 181).
- 3) Teori distensi rahim: Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga menggagu sirkulasi utero-plasenter (Prawirodihardjo, 2007; hal. 181).
- 4) Teori iritasi mekanik, dibelakang serviks terletak ganglion servikale (fleksus frankenhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya ditekan oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi uterus (Prawirodihardjo, 2007; hal. 181).

### **c. Tahap-tahap persalinan**

Tahap persalinan meliputi 4 fase/kala menurut Prawirodiharjo (2007; h. 193-200), yaitu :

- 1) Kala I: Dinamakan kala pembukaan, pada kala ini serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Proses membukanya serviks dibagi atas 2 fase :
  - a) Fase laten berlangsung selama 7-8 jam pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
  - b) Fase aktif dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam, pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm dan fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 menjadi 9 cm dan fase deselerasi pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap 10 cm.

- c) Kala II : Kala pengeluaran karena berkat kekuatan his dan kekuatan mengedan janin didorong keluar sampai lahir. Kala ini berlangsung 1,5 jam pada primigravida dan 0,5 jam pada multipara.
- 2) Kala III : Kala uri/plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Prosesnya 6-15 menit setelah bayi lahir.
- 3) Kala IV : Observasi dilakukan mulai lahirnya plasenta selama 1 jam, hal ini dilakukan untuk menghindari terjadinya perdarahan postpartum. Observasi yang dilakukan melihat tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan pernapasan), kontraksi uterus dan terjadinya pendarahan.

**d. Tanda-tanda inpartu**

- 1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
- 3) Ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam : servik mendatar dan pembukaan telah ada

**e. Mekanisme Persalinan**

- 1) Kala I

Dimulai pada waktu serviks membuka karena his : kontraksi uterus yang teratur, lama, kuat, sering, dan semakin terasa nyeri, disertai pengeluaran darah lendir yang tidak lebih banyak dari pada darah haid.

Berakhir pada waktu pembukaan serviks telah lengkap (pada periksa dalam, porsio serviks tidak dapat diraba lagi). Selaput ketuban biasanya pecah spontan pada saat akhir kala I.

## 2) Kala II

Dimulai pada saat pembukaan serviks telah lengkap, berakhir pada saat bayi telah lahir lengkap. His menjadi lebih kuat, lebih sering, lebih lama, sangat kuat. Selaput ketuban mungkin juga baru pecah spontan pada awal kala 2.

Peristiwa penting pada persalinan kala 2

- a) Bagian terbawah janin (pada persalinan normal : kepala) turun sampai dasar panggul.
- b) Ibu timbul perasaan / refleks ingin mengejan yang makin berat.
- c) Perineum meregang dan anus membuka (hemoroid fisiologik)
- d) Kepala dilahirkan lebih dulu, dengan suboksiput di bawah simfisis (simfisis pubis sebagai sumbu putar / hipomoklion), selanjutnya dilahirkan badan dan anggota badan.
- e) Kemungkinan diperlukan pemotongan jaringan perineum untuk memperbesar jalan lahir (episiotomi).

Gerakan utama pengeluaran janin pada persalinan dengan letak belakang kepala

- a) Kepala masuk pintu atas panggul : sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul (sinklitismus) atau miring/ membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior / posterior).

- b) Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat : 1) tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, 2) tekanan dari cairan amnion, 3) kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan 4) badan janin terjadi ekstensi dan menegang.
- c) Fleksi : kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala).
- d) Rotasi interna (putaran paksi dalam) : selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis.
- e) Ekstensi : setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior. Lahir berturut-turut : oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.
- f) Rotasi eksterna (putaran paksi luar) : kepala berputar kembali sesuai dengan sumbu rotasi tubuh, bahu masuk pintu atas panggul dengan posisi anteroposterior sampai di bawah simfisis, kemudian dilahirkan bahu depan dan bahu belakang.
- g) Ekspulsi : setelah bahu lahir, bagian tubuh lainnya akan dikeluarkan dengan mudah. Selanjutnya lahir badan (toraks,abdomen) dan lengan, pinggul / trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki.

### 3) Kala III

Dimulai pada saat bayi telah lahir lengkap dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Kelahiran plasenta yaitu lepasnya plasenta dari insersi pada dinding uterus, serta pengeluaran plasenta dari kavum uteri. Lepasnya plasenta dari insersinya mungkin dari sentral (Schultze) ditandai dengan perdarahan baru, atau dari tepi / marginal (Matthews-Duncan) jika tidak disertai perdarahan, atau mungkin juga serempak sentral dan marginal. Pelepasan plasenta terjadi karena perlekatan plasenta di dinding uterus adalah bersifat adhesi, sehingga pada saat kontraksi mudah lepas dan berdarah. Pada keadaan normal, kontraksi uterus bertambah keras, fundus setinggi sekitar/ di atas pusat. Plasenta lepas spontan 5-15 menit setelah bayi lahir. (jika lepasnya plasenta terjadi sebelum bayi lahir, disebut solusio/abruptio plasenta keadaan gawat darurat obstetrik .

### 3. Kala IV

Sampai dengan 2 jam postpartum, dilakukan observasi.

## 2. Retensio Plasenta

### a. Pengertian Retensio Plasenta

Retensio Plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir (HK, Joseph dan Nugroho, M, 2010; h. 112).

Retensio Plasenta adalah plasenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir (Prawirodiharjo S, 2007: 656). Menurut Manuaba IGB (2001), retensio plasenta adalah plasenta yang belum lepas setelah bayi lahir, melebihi waktu setengah jam.

## **b. Etiologi Retensio Plasenta**

Penyebab retensio plasenta menurut (Sastra W, 2005; h.236) plasenta belum lepas disebabkan :

- 1) Fungsional :
  - a) His kurang kuat (penyebab terpenting)
  - b) Plasenta sukar terlepas karena tempatnya (insersi di sudut tuba), bentuknya (plasenta membranasea, plasenta anularis).
- 2) Ukurannya (plasenta yang sangat kecil).

Sedangkan menurut (Sarwono P, 2002; h. 656-7) plasenta belum lepas disebabkan:

- a) Plasenta belum lepas dari dinding uterus disebabkan oleh Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesive)
- b) Plasenta sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan / karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran kontraksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (Inkarserasio plasenta).

## **c. Patofisiologis Retensio Plasenta**

Jika plasenta belum lepas sama sekali, tidak terjadi perdarahan, jika plasenta sebagian terjadi perdarahan yang merupakan indikasi untuk mengeluarkannya. Plasenta belum lepas dari dinding uterus karena kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesive). Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab vili korialis menembus desidua sampai di bawah peritoneum



(plasenta akreta-perkreta). Plasenta yang sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran kontraksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta/inkarserasio plasenta (Wiknjosastro H, 2005; h. 656-7).

Pada pelepasan plasenta selalu terjadi perdarahan karena sinus-sinus maternalis di tempat insersinya pada dinding uterus terbuka. Apabila sebagian plasenta lepas sebagian lagi belum, terjadi perdarahan karena uterus tidak bisa berkontraksi dan beretraksi dengan baik pada batas antara kedua bagian itu. Selanjutnya apabila sebagian besar plasenta sudah lepas, tetapi sebagian kecil masih melekat pada dinding uterus, dapat timbul perdarahan dalam masa nifas. ( Wiknjosastro H, 2005; h. 653-7).

#### **d. Faktor Predisposisi Retensio Plasenta**

Pada usia kehamilan yang lebih muda dan lama, pengeluaran plasenta sering dihubungkan dengan lama pada saat persalinan kala tiga. Oleh karena itu faktor-faktor harus diketahui sejak awal dan mengantisipasi pada saat persalinan berlangsung. Faktor –faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya retensio plasenta menurut (Manuaba IBG,2007; h. 815) antara lain :

##### **1) Grandemultipara**

Pada setiap kehamilan dan persalinan akan terjadi perubahan serabut otot menjadi jaringan ikat pada uterus. Hal ini dapat menurunkan kemampuan uterus untuk berkontraksi



sehingga sulit melakukan penekanan pada pembuluh-pembuluh darah yang terbuka setelah lepasnya plasenta. Resiko terjadinya hal ini akan amat meningkat setelah persalinan keenam atau lebih.

- 2) Kehamilan ganda, pada kehamilan ganda memerlukan implantasi plasenta yang luas.
- 3) Kasus infertilitas, karena lapisan endometriumpnya tipis.
- 4) Plasenta previa, karena dibagian isthmus uterus, pembuluh darah sedikit, sehingga perlu masuk jauh kedalam.
- 5) Bekas operasi pada uterus.

Sedangkan menurut (Oxorn H dan William, 2010; h. 489) faktor-faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya retensio plasenta antara lain:

- 1) Faktor-faktor maternal
  - a) Gravida berusia lanjut, pada wanita dengan meningkatnya usia dan jumlah kehamilan terjadi penurunan kecukupan deciduas secara progresif.
  - b) Multiparitas, pada wanita dengan meningkatnya usia dan paritas terjadi penurunan kecukupan decidua secara progresif.
- 2) Faktor-faktor uterus
  - a) Riwayat secsio sesarea, terjadi plasenta tertanam pada jaringan citarix uterus
  - b) Riwayat pembedahan uterus
  - c) Riwayat kuretase uterus, yang terutama dilakukan setelah kehamilan atau abortus
  - d) Riwayat pengeluaran plasenta secara manual
  - e) Riwayat endometritis

3) Faktor-faktor plasenta

- a) Plasenta previa, pada wanita yang pernah mengalami plasenta previa, pengembangan decidua pada segmen bawah uterus relatif buruk.
- b) Implantasi cornual

**e. Tanda dan Gejala Retensio Plasenta**

Menurut (Saifuddin AB, 2001; h. 178) ada beberapa tanda dan gejala dari retensio plasenta antara lain :

- 1) Tanda dan gejala yang selalu ada :
  - a) Plasenta belum lahir setelah 30 menit
  - b) Perdarahan segera
  - c) Kontraksi uterus baik
- 2) Tanda dan gejala yang kadang-kadang ada :
  - a) Tali pusat putus akibat tarikan berlebihan
  - b) Inversio uterus akibat tarikan
  - c) Perdarahan lanjutan

Penilaian retensio plasenta harus dilakukan dengan benar karena untuk menentukan pengambilan keputusan untuk melakukan manual plasenta, karena retensio bisa disebabkan oleh beberapa hal antara lain:

- 1) Plasenta adhesive, yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam. Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta.
- 2) Plasentaa akreta, implantasi jonjot khorion memasuki sebagian miometriun
- 3) Plasenta inkreta, implantasi menembus hingga miometrium

- 4) Plasenta perkreta, menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim (Cunningham G, Gant NF, Leveno KJ, 2005; h. 709).

**f. Pemeriksaan Penunjang Retensio Plasenta**

- 1) Hitung darah lengkap: untuk menentukan tingkat hemoglobin (Hb) dan hematokrit (Hct), melihat adanya trombositopenia, serta jumlah leukosit. Hb untuk menentukan apakah ibu anemia atau tidak apabila ibu terkena anemia akan rentan terjadinya perdarahan karena sel darah merah yang ada di dalam tubuh kurang sehingga asupan nutrisi yang disalurkan kedalam tubuh berkurang sehingga bisa menyebabkan otot uterus melemah dan tidak bisa bekerja maksimal.
- 2) Menentukan adanya gangguan koagulasi dengan hitung protrombin time (PT) dan activated Partial Tromboplastin Time (aPTT) atau yang sederhana dengan Clotting Time (CT) atau Bleeding Time (BT). Untuk menyingkirkan perdarahan yang disebabkan oleh faktor lain.

**g. Diagnosis Retensio Plasenta**

Diagnosis pada retensio plasenta menurut (Wikjosastro H, 2005; h. 657), yaitu :

- 1) Pada retensio plasenta dengan separasi parsial, diagnosis ditegakkan dengan menentukan tindakan selanjutnya.
- 2) Plasenta inkreta, diagnosis kerjanya ditentukan melalui anamneses gejala klinis dan pemeriksaan.

- 3) Tanda penting untuk diagnosa plasenta akreta, yaitu pada pemeriksaan luar fundus/korpus uteri ikut apabila tali pusat ditarik. Pada pemeriksaan dalam, sulit ditentukan tepi plasenta karena implantasi yang dalam.

#### **h. Gejala Klinis Retensio Plasenta**

- 1) Anamnesis, meliputi pertanyaan tentang periode prenatal, meminta informasi mengenai episode perdarahan postpartum sebelumnya, paritas, serta riwayat multipel fetus dan polihidramnion. Serta riwayat postpartum sekarang dimana plasenta tidak lepas secara spontan atau timbul perdarahan aktif setelah bayi dilahirkan.
- 2) Pada pemeriksaan pervaginam, plasenta tidak ditemukan di dalam kanalis servikalis tetapi secara parsial atau lengkap menempel di dalam uterus.

#### **i. Komplikasi Retensio Plasenta**

Komplikasi pada retensio plasenta (Manuaba IGB, 1998: 302-3), sebagai berikut :

- 1) Terjadi perforasi uterus.
- 2) Terjadi infeksi : terdapat sisa plasenta atau membran dan bacteria terdorong ke dalam rongga rahim.
- 3) Terjadi perdarahan karena atonia uteri.

#### **j. Penatalaksanaan Retensio Plasenta**

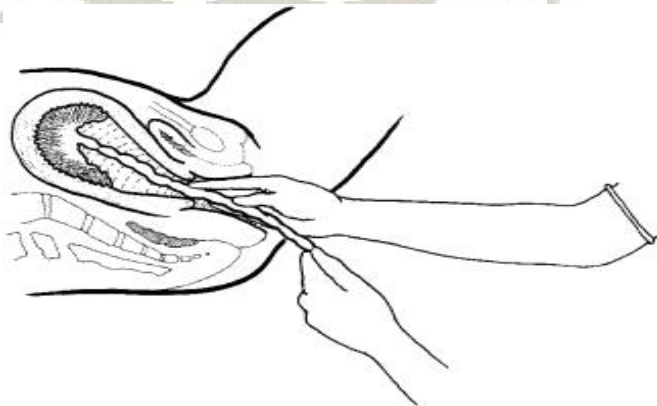
Penatalaksanaan untuk retensio plasenta dilakukan dengan tindakan manual plasenta yaitu :

Hal yang penting di perhatikan dalam penatalaksanaan retensio plasenta adalah ada tidaknya tanda perdarahan. Retensio tanpa tanda perdarahan rujuk segera sedangkan retensio dengan tanda perdarahan segera lakukan evakuasi plasenta manual.

Pada saat 15 menit setelah bayi lahir, plasenta belum lahir berikan 10 IU oksitosin IM dosis kedua (dosis pertama diberikan sesaat setelah bayi lahir berdasarkan manajemen aktif kala III). Pastikan kembali kandung kemih kosong. Ulangi peregangan tali pusat terkendali dengan tekanan dorso cranial, bila dalam 30 menit plasenta belum lahir lakukan tindakan plasenta manual.

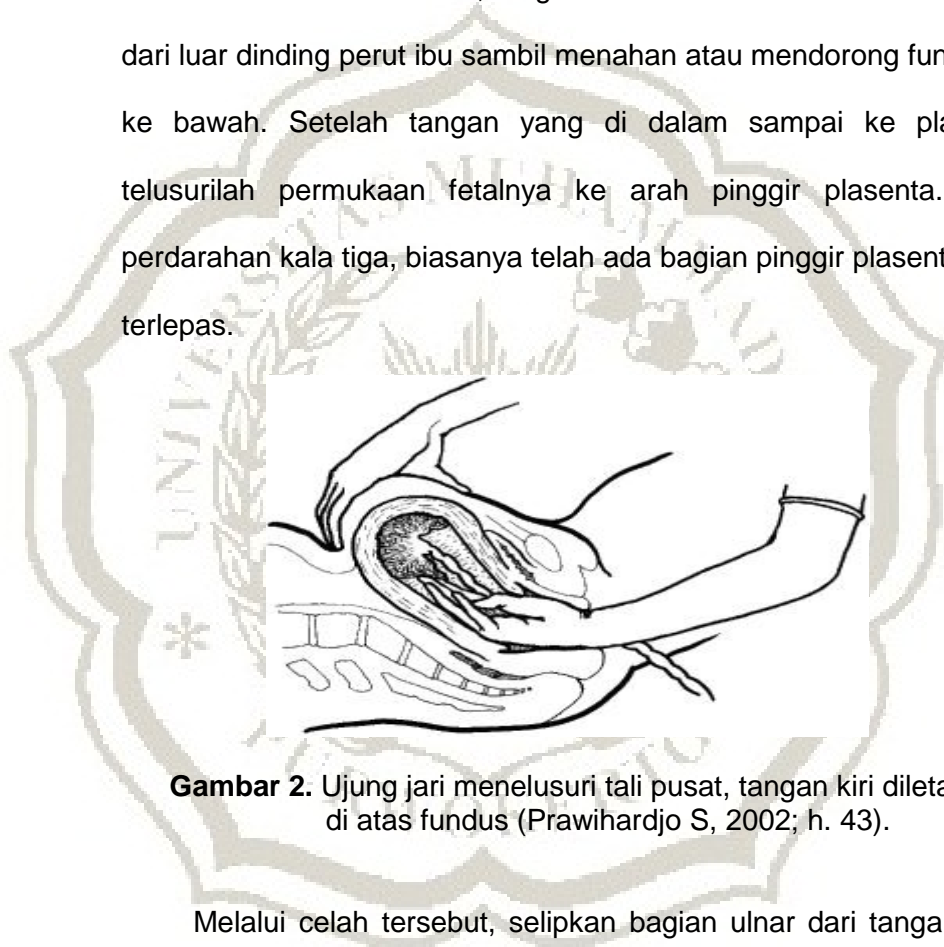
Teknik Plasenta Manual:

Sebelum dikerjakan, penderita disiapkan pada posisi litotomi. Keadaan umum penderita diperbaiki sebesar mungkin, atau diinfus NaCl atau Ringer Laktat. Anestesi diperlukan kalau ada *constriction ring* dengan memberikan suntikan diazepam 10 mg intramuskular. Anestesi ini berguna untuk mengatasi rasa nyeri. Bidan berdiri atau duduk dihadapan vulva dengan salah satu tangannya (tangan kiri) meregang tali pusat, tangan yang lain (tangan kanan) dengan jari-jari dikuncupkan membentuk kerucut.



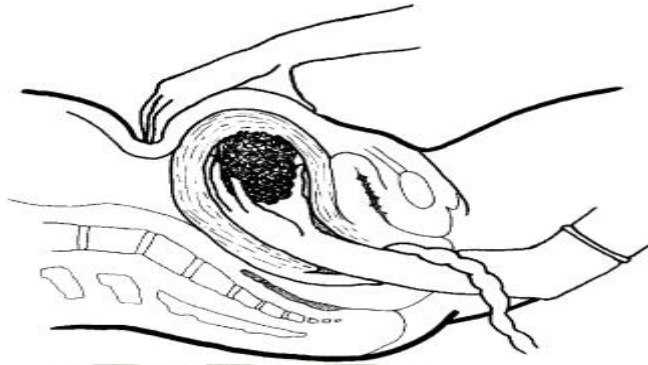
**Gambar 1.** Meregang tali pusat dengan jari-jari membentuk kerucut (Prawihardjo S, 2002; h. 42).

Dengan ujung jari menelusuri tali pusat sampai plasenta. Jika pada waktu melewati serviks dijumpai tahanan dari lingkaran kekejangan (*constriction ring*), ini dapat diatasi dengan mengembangkan secara perlahan-lahan jari tangan yang membentuk kerucut tadi. Sementara itu, tangan kiri diletakkan di atas fundus uteri dari luar dinding perut ibu sambil menahan atau mendorong fundus itu ke bawah. Setelah tangan yang di dalam sampai ke plasenta, telusurlah permukaan fetalnya ke arah pinggir plasenta. Pada perdarahan kala tiga, biasanya telah ada bagian pinggir plasenta yang terlepas.



**Gambar 2.** Ujung jari menelusuri tali pusat, tangan kiri diletakkan di atas fundus (Prawihardjo S, 2002; h. 43).

Melalui celah tersebut, selipkan bagian ulnar dari tangan yang berada di dalam antara dinding uterus dengan bagian plasenta yang telah terlepas itu. Dengan gerakan tangan seperti mengikis air, plasenta dapat dilepaskan seluruhnya, sementara tangan yang di luar tetap menahan fundus uteri supaya jangan ikut terdorong ke atas. Dengan demikian, kejadian robekan uterus (*perforasi*) dapat dihindarkan.



**Gambar 3.** Mengeluarkan plasenta (Prawihardjo S, 2002; h. 43).

Setelah plasenta berhasil dikeluarkan, lakukan eksplorasi untuk mengetahui kalau ada bagian dinding uterus yang sobek atau bagian plasenta yang tersisa. Pada waktu eksplorasi sebaiknya sarung tangan diganti yang baru. Setelah plasenta keluar, gunakan kedua tangan untuk memeriksanya, segera berikan uterotonik (oksitosin) satu ampul intramuskular, dan lakukan masase uterus. Lakukan inspeksi dengan spekulum untuk mengetahui ada tidaknya laserasi pada vagina atau serviks dan apabila ditemukan segera di jahit.

## **B. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan**

### **1. Tinjauan Manajemen Varney**

Manajemen kebidanan dengan menggunakan kerangka pikir varney 7 langkah yaitu: pengumpulan data, dasar, interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa/masalah, mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, dan mengantisipasi penanganannya, menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, menyusun rencana asuhan yang menyeluruh, pelaksanaan, mengevaluasi. Di sini penulis mengambil 7 langkah varney dalam menyusun asuhan kebidanan pada Retensio Plasenta yaitu :



a. Langkah I pengumpulan data dasar

Langkah pertama merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya, mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien/orang yang meminta asuhan. Memilih informasi data yang tepat diperlukan analisa suatu situasi yang menyangkut manusia karena sifat manusia yang kompleks.

Kegiatan pengumpulan data dimulai saat klien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung, data yang diambil bisa dikumpulkan dari berbagai sumber, yaitu sumber yang dapat memberikan informasi paling akurat yang dapat diperoleh secepat mungkin dan upaya sekecil mungkin, pasien adalah sumber informasi yang akurat dan ekonomis, disebut sumber data primer, sumber data alternatif atau sumber data sekunder adalah data yang sudah ada, praktikan kesehatan lain, anggota keluarga.

Teknik pengumpulan data tiga yaitu :observasi, wawancara, pemeriksaan. Observasi adalah pengumpulan data melalui indera: penglihatan (perilaku, tanda fisik) pendengaran (bunyi batuk, bunyi nafas) penciuman (bau nafas, bau luka) perabaan (suhu badan, nadi) wawancara adalah pembicaraan terarah yang umumnya dilakukan pada pertemuan tatap muka, dalam wawancara yang penting diperhatikan adalah data yang ditanyakan diarahkan ke data yang relevan, pemeriksaan dilakukan dengan memakai alat.

Data secara garis besar, diklasifikasi menjadi data subjektif objektif. Pada waktu pengumpulan data subjektif bidan harus

mengembangkan hubungan antar personal yang efektif klien yang akan diwawancarai, harus lebih memperhatikan hal-hal yang menjadi keluhan utama pasien dan yang mencemaskan, bidan harus berupaya mendapatkan data/fakta yang sangat bermakna dalam kaitannya dengan masalah pasien.

Ada waktu mengumpulkan data objektif bidan harus mengamati ekspresi dan perilaku pasien, mengamati perubahan/kelainan fisik, memperhatikan aspek sosial budaya pasien menggunakan teknik pemeriksaan yang tepat dan benar, melakukan pemeriksaan yang terarah dan berkaitan dengan keluhan pasien.

Pada waktu mengumpulkan data obyektif bidan harus: mengamati ekspresi dan perilaku pasien, mengamati perubahan/kelainan fisik, memperhatikan aspek sosial budaya pasien, menggunakan teknik pemeriksaan yang tepat dan benar, melakukan yang terarah dan berkaitan dengan keluhan pasien.

b. Langkah II interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang dikumpulkan, data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik, langkah awal dari perumusan masalah/diagnosa kebidanan adalah pengolahan/analisa data yaitu menggabungkan dan menghubungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta. Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan fakta/kenyataan, analisa adalah proses

pertimbangan tentang nilai sesuatu yang dibandingkan dengan standar, standar adalah aturan/ukuran yang telah diterima secara umum dan digunakan sebagai dasar perbandingan dalam kategori yang sama.

Pengertian masalah/diagnosa adalah suatu pernyataan dari masalah pasien/klien yang nyata atau potensial dan membutuhkan tindakan, pengertian lain masalah/diagnosa adalah pernyataan yang menggambarkan masalah spesifik yang berkaitan dengan keadaan kesehatan seseorang dan didasarkan pada penilaian asuhan kebidanan yang bercorak negatif.

c. Langkah III mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.

d. Langkah IV mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Beberapa data menunjukkan 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 konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

- e. Langkah V merencanakan asuhan yang komprehensif /menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya, langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atauantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dilengkapi.

- f. Langkah VI melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah v, dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

- g. Langkah VII evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah sudah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diaognosa, rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (Hidayat A dan Mufdlilah, 2009; h. 75-78).

## **2. Tinjauan Asuhan Kebidanan**

### **a. Pengkajian**

Merupakan suatu cara untuk mendapatkan informasi dengan menggunakan metode wawancara secara langsung dan pemeriksaan fisik.

## 1) Data Subjektif

### a) Identitas Pasien

Berisi tentang biodata pasien dan penanggung jawab yaitu menurut nama, umur, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat.

#### (1) Identitas pasien

**Nama** : untuk kebenaran dalam memberikan asuhan pada pasien dan membedakan dengan pasien lain (Mufdlilah, 2009; h. 11).

**Umur** : Untuk mengetahui kehamilannya dengan risiko/tidak karena umur kurang dari 20 th merupakan usia yang masih muda, organ-organ reproduksinya masih belum cukup sempurna dan fungsi hormon-hormon yang berhubungan dengan persalinan juga belum sempurna. Sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun bisa berpengaruh terhadap proses persalinannya yang lebih lama dan sulit (Varney, 2007; h. 799).

**Agama** : untuk mengetahui perilaku seseorang tentang kesehatan dan penyakit yang berhubungan dengan agama, kebiasaan dan kepercayaan dapat menunjang namun tidak jarang dapat menghambat perilaku hidup sehat (Mufdlilah, 2009; h. 11).

Pendidikan : Pendidikan berpengaruh pada tingkat penerimaan pasien terhadap konseling yang diberikan, serta tingkat kemampuan pengetahuan ibu terhadap kehamilan (Mufdlilah, 2009; h. 11).

Pekerjaan : untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi ibu (Eny RA, 2009; h. 132).

Alamat : untuk mengetahui alamat yang lebih jelas dalam melakukan kunjungan rumah (Mufdlilah, 2009; h. 11).

## (2) Keluhan utama

Keluhan utama ini ditanyakan sebagai pendukung data diagnosa ibu bersalin dan untuk mengetahui yang dirasakan ibu yang berkaitan dengan retensio plasenta pada waktu pengkajian, ibu mengatakan ari-arinya belum lahir selama 30 menit dan ibu merasakan perut tidak merasa mules.

## (3) Riwayat kesehatan

### (a) Riwayat kesehatan yang lalu

Data yang perlu dikaji adalah riwayat seksio secarea, riwayat kuretase, multiparitas, riwayat endometritis, plasenta previa, dan riwayat pengeluaran plasenta secara manual yang memungkinkan penyebab terjadinya retensio plasenta (Oxorn H dan William, 2010; h. 489).

(b) Riwayat kesehatan sekarang

Data yang perlu dikaji, apakah ibu mempunyai riwayat kehamilan ganda, polihidramnion. karena pada kehamilan ganda memerlukan implantasi plasenta yang luas (Sujiyatini, 2011; h. 143). Plasenta previa, dan multiparitas. Karena pada plasenta previa di bagian isthmus uterus pembuluh darah sedikit sehingga implantasi plasenta tertanam lebih dalam, sedangkan pada multiparitas terjadi penurunan kecukupan decidua secara progresif sehingga plasenta tertanam lebih dalam (Oxorn H dan William, 2010; h. 489).

(c) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dikaji untuk mengetahui apakah ada riwayat keturunan yang dapat mempengaruhi pada persalinan ibu misalnya apakah ada riwayat kembar pada keluarga yang bisa menyebabkan retensio plasenta. karena pada kehamilan ganda memerlukan implantasi plasenta yang luas (Sujiyatini, 2011; h. 143).

(4) Riwayat Obstetri

(a) Riwayat Haid :

Riwayat haid melalui HPHT (hari pertama haid terakhir) dikaji untuk mengetahui usia kandungan apakah sudah aterm atau belum, yang dapat



mempengaruhi proses persalinan dan dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi pada saat bersalin.

(b) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu ditanyakan untuk mengetahui jumlah kehamilan yang lalu, jenis persalinan yang lalu, dan apakah ada riwayat seksio sesarea, riwayat kuretase, riwayat pengeluaran plasenta secara manual (Oxorn H dan William, 2010; h 489).

(c) Riwayat kehamilan sekarang

Dilakukan untuk mengetahui dan mengawasi perkembangan kehamilan dengan pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetric. Pada retensio plasenta untuk mengetahui apakah ibu mengalami anemia dan multiparitas (Manuaba IGB, 2001; h. 427).

(d) Riwayat persalinan dahulu dan sekarang

Dikaji untuk mengetahui cara persalinan, penolong persalinan, lama persalinan, penyulit yang menyertai persalinan, serta lamanya persalinan pada kala III. Menurut Yanti (2010; h. 205) kejadian retensio plasenta ditemukan pada grandemultipara dan menurut Oxorn (2010; h. 489) kejadian retensio plasenta ditemukan pada riwayat kuretase.

#### (5) Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan ibu, usia perkawinan ibu apakah kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun karena usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun akan mengakibatkan penurunan kecukupan decidua secara progresif (Oxorn H dan William, 2010; h. 489).

#### (4) Riwayat KB

Untuk mengetahui riwayat kontrasepsi yang pernah digunakan oleh ibu, lamanya penggunaan, keluhan saat penggunaan serta rencana kontrasepsi yang akan digunakan ibu setelah persalinan.

#### (5) Pola kebutuhan sehari-hari

##### (a). Pola nutrisi

Kebutuhan nutrisi ibu hamil perlu dikaji karena faktor lain penyebab retensio plasenta adalah kekurangan gizi (Manuaba IGB, 2004; h. 41).

##### (b). Pola eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekskresi. Pada ibu yang frekuensi BAB dan BAK jarang/menahan untuk tidak eliminasi sehingga urin dan feses penuh akibatnya akan mengurangi kemampuan uterus untuk berkontraksi dengan baik (Varney, 2007; h. 697).

(c). Pola aktivitas

Untuk mengetahui apakah pekerjaan ibu sehari-hari terlalu berat. Ambulasi pada persalinan sangat membantu proses penurunan bagian terbawah janin dan dapat menstimulasi persalinan (Varney, 2007; h. 697).

(d). Pola istirahat

Menggambarkan tentang pola istirahat ibu, yaitu berapa jam ibu tidur siang dan berapa jam ibu tidur malam, karena berpengaruh terhadap kesehatan fisik ibu (Eny, 2009; h.136).

(e). Pola personal hygiene

Menggambarkan pola hygiene pasien, misalnya berapa kali ganti pakaian dalam, mandi, gosok gigi dalam sehari dan keramas dalam satu minggu. Pola ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah pasien menjaga kebersihan dirinya.

(6) Psikososial, kultural dan spiritual

(a) Psikososial

Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui respon dan keluarga terhadap masalah yang dialaminya. Apabila pasien dalam persalinannya merasakan perasaan takut, emosi dan stress yang mengakibatkan perubahan produksi endortin dan katekolamin sehingga pada akhirnya akan mempengaruhi aktifitas uterus (Varney, 2007; h. 799).

(b) Kultural

Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui pantangan maupun kebiasaan ibu yang dapat merugikan dirinya sendiri, serta pengambilan keputusan untuk pemeriksaan lebih lanjut (Atikah, 2011; h. 73).

(c) Spiritual

Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui ketaatan ibu dalam menjalankan ibadahnya maupun aktifitas keagamaan (Wafi, 2007; h. 33).

2) Data Objektif

a) Keadaan umum :

Untuk menilai status keadaan umum pasien, pada pasien dengan retensio plasenta keadaan umum ibu yaitu lemah. Pada persalinan retensio plasenta dapat mempengaruhi status keadaan ibu menjadi lemah (Joseph dan Nugroho, 2007; h. 177).

b) Tingkat kesadaran :

Untuk menilai status kesadaran ibu, ini dilakukan dengan penilaian composmentis, apatis, somnolen, sopor, koma, delirium. Pada retensio plasenta status kesadaran ibu masih composmentis (Muslihatun dkk, 2009).

c) Tanda Vital

(1) Tekanan darah : untuk mengetahui tekanan darah ibu pada waktu bersalin karena mempengaruhi proses persalinan. Tekanan darah akan meningkat selama

kontraksi uterus, dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan distolik rata-rata 5-10 mmHg (Sumarah, 2009; h. 58).

(2) Nadi: untuk mengetahui nadi ibu normal atau tidak. Pada retensio plasenta akan terjadi peningkatan frekuensi nadi yaitu denyut nadi diatas 100x/menit (Varney, 2007; h. 693).

(3) Pernafasan : untuk mengetahui pernafasan ibu masih Normal atau tidak. Pada retensio plasenta pernafasan cepat yaitu lebih dari 30 x/menit (Varney, 2007; h. 693).

(4) Suhu : untuk mengetahui keadaan suhu pada ibu normal atau tidak. Pada retensio plasenta ibu akan merasa lelah sehingga ibu mudah mengalami dehidrasi maka pemeriksaan suhu akan mengalami peningkatan yaitu lebih dari 37,5°C (Varney, 2007; h. 693).

#### d) Status Obstetrikus

##### 1) Inspeksi :

(a) Muka : untuk mengetahui keadaan selaput mata pucat atau merah, apakah ada cloasma gravidarum atau tidak, adakah oedema di muka (Joseph, 2001; h. 69).

(b) Dada : untuk mengetahui pembesaran mammae, hiperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, kelenjar montgomeri, dan keadaan kolostrum sudah keluar belum.

(c) Abdomen: untuk mengetahui linea nigra, striae gravidarum.

(d) Genitalia : untuk memeriksa keadaan vulva yaitu tampak tali pusat yang menjulur dan belum ada tanda-tanda pelepasan plasenta.

## 2) Palpasi

Pemeriksaan palpasi dilakukan untuk mengetahui TFU dan kontraksi uterus setelah bayi lahir. Menurut pendapat Saifuddin AB (2001; h. 178) salah satu faktor penyebab terjadinya retensio plasenta adalah kontraksi uterus yang kurang baik.

### e) Pemeriksaan penunjang :

(a) Hitung darah lengkap: untuk menentukan tingkat hemoglobin (Hb) yaitu jika  $Hb < 10\text{gr/dl}$  akan menyebabkan adanya anemia pada saat hamil yang dapat terjadinya resiko perdarahan.

(b) Pemeriksaan faktor koagulasi seperti waktu perdarahan dan waktu pembekuan.

## b. Interpretasi data

### 1) Diagnosa

Menurut IBI (2004) yang dikutip oleh Sujiyatini, Mufdlilah, dan Hidayat (2009; h. 139) bahwa diagnosa kebidanan dibuat berdasarkan dengan analisis data yang telah dikumpulkan dan yang telah dibuat berdasarkan dengan kesenjangan yang dihadapi oleh pasien atau keadaan psikologi yang ada.

Ny... umur...th P... A... dalam persalinan kala III dengan retensio plasenta.

Data dasar :

- a) Data Subyektif : Ibu mengatakan telah melahirkan anak ke ..... pada tanggal ....., jam....., jenis kelamin..... lahir normal. BB..... gram. Ari – ari belum keluar dari kemaluan setelah..... menit. Perut tidak merasa mules dan keluar darah merembes sedikit – sedikit.
- b) Data Obyektif : menurut pendapat Rukiyah AY (2010; h. 326) data objektif pada ibu yaitu mata anemis, palpasi pada daerah perut di dapatkan kontraksi uterus..., TFU..., plasenta belum keluar lebih dari 30 menit.

## 2) Masalah

Masalah yang muncul pada ibu akibat plasenta yang belum lahir menurut Rukiyah AY (2010; h. 327) yaitu ibu merasa cemas, karena ari-arinya belum lahir.

### c. Diagnosa potensial

Manuaba IBG (2007; h. 815) mengatakan bahwa hasil diagnosa akan muncul suatu komplikasi yang mendukung dari kasus retensio plasenta, komplikasi yang muncul pada ibu yaitu perdarahan. Terjadinya perdarahan karena tidak berhasilnya pelepasan plasenta karena perlekatan yang sangat erat pada dinding uterus.



#### **d. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera atau kolaborasi dan konsultasi**

Tindakan segera yang dilakukan pada ibu dengan retensio plasenta Menurut Rukiyah AY (2010; h. 327) tindakan mandiri dengan melakukan manual plasenta, dan tindakan kolaborasi dengan dokter obgyn untuk pemberian cairan, dan pemberian terapi antibiotik dan uterotonika.

#### **e. Perencanaan**

Rencana tindakan yang diberikan kepada ibu hamil dengan retensio plasenta pada kala III adalah sebagai berikut:

- 1) Jelaskan hasil tindakan yang telah dilakukan. Biasanya ibu bersalin dan keluarga merasa cemas menghadapi persalinan apalagi disertai dengan retensio plasenta (Varney H, 2008; h. 792).
- 2) Berikan support mental agar ibu tidak cemas. Support mental akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses kelahiran plasenta (Depkes RI, 2008; h. 96)
- 3) Lakukan inform concent dengan keluarga. Untuk melakukan persetujuan tindakan yang akan dilakukan (Mufdillah, 2009).
- 4) Lakukan observasi vital sign. Vital sign di observasi untuk memantau tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi normal atau tidak (Varney, 2007; h. 693).
- 5) Lakukan manual plasenta. menurut Depkes RI (2008; h. 100) jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah 15 menit pertama suntik oksitosin 10 UI secara IM dan 15 menit kedua sudah disuntik oksitosin 10 UI secara IM dan mengosongkan kandung kemih maka dilakukan manual plasenta.

- 6) Lakukan observasi kontraksi uterus, periksa plasenta yang sudah dikeluarkan, selaput dan kotiledonnya. Untuk memastikan kontraksi baik atau tidak, jika kontraksi tidak baik maka dapat dicurigai atonia uteri (Depkes RI, 2008; h. 104).
- 7) Lakukan masase fundus uterus 15 detik dilakukan untuk mengetahui kontraksi uterus, kontraksi uterus yang baik adalah uterus keras (Depkes RI, 2008; h. 103).

**f. Pelaksanaan**

Pelaksanaan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan retensio plasenta. pada kala III sesuai dengan asuhan kebidanan pada langkah perencanaan diatas.

**g. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan pada kala III dan IV Kala III

- 1) Ibu sudah mengetahui hasil tindakan. Biasanya ibu bersalin dan keluarga merasa cemas menghadapi persalinan apalagi disertai dengan retensio plasenta (Varney H, 2008; h. 792).
- 2) Ibu sudah mendapatkan support mental dan ibu sudah tidak merasa cemas. Support mental akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses kelahiran plasenta (Depkes RI, 2008; h. 96).
- 3) Ibu dan keluarga setuju dilakukan tindakan manual plasenta. Untuk dilakukan manual plasenta perlu dilakukan inform consent (Mufdillah, 2009).
- 4) Observasi vital sign telah dilakukan. Vital sign di observasi untuk memantau tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi normal atau tidak (Varney, 2007; h. 693).

- 5) Plasenta sudah terlepas dan sudah dikeluarkan. Hasil plasenta sudah terlepas dan sudah dikeluarkan.
- 6) Observasi telah dilakukan. Hasil kontraksi keras. Untuk memastikan kontraksi baik atau tidak, jika kontraksi tidak baik maka dapat dicurigai atonia uteri (Depkes RI, 2008; h. 104).
- 7) Masase fundus uteri telah dilakukan, dan kontraksi uteri baik (keras). Untuk mengetahui kontraksi uteri, kontraksi uteri yang baik adalah uteri keras (Depkes RI, 2008; h. 103).

#### DATA PERKEMBANGAN I

##### a. Subyektif

Ibu mengatakan lega serta bayi dan plasentanya lahir dan ibu merasakan perutnya terasa mules.

##### b. Obyektif

Plasenta sudah lahir jam...kondisi tali pusat dan plasenta...jumlah perdarahan..tinggi fundus uteri.. berapa jari di bawah pusat.

##### c. Assasment

Ny... umur...th P...A...dalam persalinan kala IV

##### d. Planning

1. Memberi tahu kondisi ibu berdasarkan hasil pemeriksaan
2. Memberikan antibiotik untuk pencegahan terjadinya infeksi.
3. Memantau tanda-tanda vital ibu. Tinggi fundus uteri, estimasi jumlah kehilangan darah yang keluar setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua (Depkes RI, 2008; h. 112)

4. Melakukan masase uterus agar uterus tetap berkontraksi dan mengajari keluarga untuk melakukan massase uterus agar uterus tetap berkontraksi dengan baik sehingga tidak terjadi perdarahan (Depkes RI, 2008; h. 112)
5. Memantau suhu tubuh ibu setiap jam dalam 2 jam pertama setelah persalinan (Depkes RI, 2008; h. 112)
6. Bersihkan ibu, bersihkan tempat dan alat, bersihkan diri Penolong (Depkes RI, 2008; h. 112)

### **3. Landasan Hukum Kewenangan Bidan**

Landasan hukum yang dipakai oleh bidan dalam menjalankan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah:

#### **a. Peran dan Fungsi Bidan**

Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi dan keadaan kegawatan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.

- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi dan keadaan kegawat daururatan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi.
- 2) Menentukan diagnosa, prognosa dan prioritas sesuai dengan faktor resiko dan keadaan kegawatan.
- 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama sesuai prioritas.

- 4) Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi dan memberikan pertolongan pertama sesuai prioritas.
- 5) Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama pada ibu hamil dengan resiko tinggi.
- 6) Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien atau keluarga.
- 7) Membuat catatan dan laporan (IBI, 2006; h. 114-5).

b. Kompetensi bidan

KEPMENKES Nomor 369/ MENKES/ SK/ III/ 2007 tentang standar profesi bidan asuhan selama persalinan dan kelahiran: Kompetensi ke 4 bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

- 1) Pengetahuan dasar
  - a) Fisiologi persalinan.
  - b) Aspek psikologi dan kultural pada persalinan dan kelahiran.
  - c) Indikator tanda-tanda mulai persalinan.
  - d) Penilaian kesejahteraan ibu dalam masa persalinan.
  - e) Proses penurunan janin melalui pelvic selama persalinan dan kelahiran.
  - f) Pemberian kenyamanan dalam persalinan, seperti kehadiran keluarga/pendamping, pengaturan posisi, hidrasi, dukungan moril, pengurangan nyeri tanpa obat.

g) Indikator komplikasi persalinan : perdarahan, partus macet, kelainan presentasi, eklampsi, kelelahan ibu, gawat janin, infeksi, ketuban pecah dini tanpa infeksi, distosia inersia uteri primer, post term, dan preterm serta tali pusat menubung.

2) Pengetahuan tambahan

- (1) Penatalaksanaan persalinan dan malpresentasi.
- (2) Pemberian suntikan anestesi lokal.
- (3) Akselerasi dan induksi persalinan.

3) Keterampilan dasar

- a) Pengumpulan data yang berfokus pada riwayat kebidanan dan tanda-tanda vital ibu pada persalinan sekarang.
- b) Pelaksanaan pemeriksaan yang berfokus.
- c) Pencatatan waktu dan pengkajian kontraksi uterus (lama, kekuatan dan frekuensi).
- d) Melakukan pemeriksaan panggul (pemeriksaan dalam) secara lengkap dan akurat meliputi pembukaan, penurunan, bagian terendah, presentasi, posisi keadaan ketuban dan proporsi panggul dengan bayi.
- e) Melakukan pemantauan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf.
- f) Memberikan dukungan psikologis pada ibu dan keluarganya.
- g) Memberikan cairan, nutrisi dan kenyamanan yang adekuat selama persalinan.

- h) Mengidentifikasi secara dini kemungkinan pola persalinan abnormal dan kegawatdaruratan dengan intervensi yang sesuai dan atau melakukan rujukan dengan tepat waktu.
  - i) Melakukan episiotomi dan penjahitan, jika diperlukan.
  - j) Memberikan pertolongan persalinan abnormal : letak sungsang, partus macet kepala didasar panggul, ketuban pecah dini tanpa infeksi, post term dan pre term.
  - k) Mendokumentasikan temuan-temuan yang penting dan intervensi yang dilakukan.
- 4) Keterampilan tambahan
- 1) Memberikan suntikan anestesi lokal, jika diperlukan.
  - 2) Membuat resep dan atau memberikan obat-obatan untuk mengurangi nyeri jika diperlukan sesuai kewenangan.
  - 3) Memberikan oksitosin dengan tepat untuk induksi dan akselerasi persalinan dan penanganan perdarahan post partum

c. Kepmenkes No.1464/MENKES/PER/X/2010.

Kewenangan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan retensio plasenta, dalam memberikan asuhan kebidanan pada Kepmenkes No.1464/MENKES/PER/X/2010.

Pasal 9 : bidan dalam menjalankan prakteknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

- (a) pelayanan kesehatan ibu.
- (b) Pelayanan kesehatan anak dan,
- (c) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.



Pasal 10 : (1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf a (pelayanan kesehatan ibu) diberikan pada masa pra nikah, pra hamil, masa hamil, masa bersalin, masa nifas, menyusui dan masa antara dua kehamilan.

(2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. Pelayanan konseling pada masa pra hamil
- b. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
- c. Pelayanan ibu nifas normal
- d. Pelayanan ibu menyusui, dan
- e. Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.

(3) Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Berwenang untuk :

- a. Episiotomi
- b. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
- c. Penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan perujukan
- d. Pemberian tablet Fe pada ibu hamil
- e. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
- f. Fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif
- g. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum
- h. Penyuluhan dan konseling
- i. Bimbingan pada kelompok ibu hamil
- j. Pemberian surat keterangan kematian
- k. Pemberian surat keterangan cuti bersalin