

Asuhan Kebidanan dengan *Solusio Placenta* di RSUD Kabupaten Majene

Sri Ariati Artha¹, Risna Sari Dewi²

^{1,2}Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Bangsa Majene, Indonesia
e-mail: sriariatyarta@gmail.com

Abstrak

Pendahuluan World Health Organization (WHO) memperkirakan diseluruh dunia terdapat kematian ibu sebesar 500.000 jiwa per tahun. Kematian tersebut terjadi terutama di negara berkembang sebesar 99%. Sebenarnya kematian ibu dan bayi mempunyai peluang besar untuk dicegah dengan meningkatnya kerja sama antara pemerintah, swasta dan badan-badan sosial lainnya. Angka Kematian Ibu (AKI) di tahun 2011, 81 % diakibatkan karena komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Bahkan sebagian besar dari kematian ibu disebabkan karena perdarahan, infeksi dan preeklampsia. (WHO, 2012) **Metode** Wawancara Dilakukan pada pasien untuk memperoleh data tentang masalah yang dialami oleh pasien tersebut. Dilakukan dengan mengamati keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah yang dialami oleh pasien tersebut. Melalui pemeriksaan fisik pasien untuk menentukan masalah yang dialami oleh pasien. **Hasil** : setelah dilakukan pengkajian maka pasien dapat didiagnosa dengan Solusio plasenta karena nampak keluar darah berwarna coklat disertai nyeri sehingga potensial terjadi pendarahan dan anemia berat sehingga dibutuhkan penanganan kegawatdaruratan. **Simpulan** Pada pengkajian data yang dilaksanakan pada Ny. S dengan Solusio plasenta tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Penulis dapat mengidentifikasi masalah yang muncul sesuai dengan pengkajian sebelumnya yaitu ibu hamil dengan Solusio plasenta pada Ny. S tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada diagnosa potensial, tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Diagnosa potensial dengan Solusio plasenta yang akan terjadi pada ibu yaitu perdarahan, syok sehingga bisa terjadi anemia. Pada janin akan terjadi prematuritas janin dan bisa sampai terjadi kematian pada janin.

Kata kunci: Solusio Plasenta, pendarahan, ibu hamil.

Pendahuluan

World Health Organization (WHO) memperkirakan diseluruh dunia terdapat kematian ibu sebesar 500.000 jiwa per tahun. Kematian tersebut terjadi terutama di negara berkembang sebesar 99%. Sebenarnya kematian ibu dan bayi mempunyai peluang besar untuk dicegah dengan meningkatnya kerja sama antara pemerintah, swasta dan badan-badan sosial lainnya. Angka Kematian Ibu (AKI) di tahun 2011, 81 % diakibatkan karena komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Bahkan sebagian besar dari kematian ibu disebabkan karena perdarahan, infeksi dan preeklampsia. (WHO, 2012)

Berdasarkan laporan dari fasilitas kesehatan, pada tahun 2008 penyebab AKI di provinsi Sulawesi Barat yaitu 58,79% perdarahan, 17,99% lain-lain, 13,60% eklamsia, 9,62% infeksi. Penyebab kematian utama pada ibu di Kabupaten Majene pada tahun 2011 adalah

perdarahan 33,7%, preeklamsia 32,47% dan infeksi 1,3%, dan sisanya terjadi atas penyebab lain. Berdasarkan data di RSUD Majene angka kematian ibu dari bulan januari-bulan november 2016 sebanyak 11 kasus sedangkan angka kematian neonatal 0-28 hari dari bulan januari-juni 2016 sebanyak 55 kasus. Salah satu komplikasi terbanyak pada kehamilan ialah terjadinya perdarahan. Perdarahan dapat terjadi pada setiap usia kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan kejadian abortus, miscarriage, early pregnancy loss. Perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan yang lebih tua terutama setelah melewati trimester III disebut perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum adalah perdarahan pada triwulan terakhir dari kehamilan. Batas teoritis antara kehamilan muda dan kehamilan tua adalah kehamilan 28 minggu tanpa melihat berat janin, mengingat kemungkinan hidup janin diluar uterus. Jenis perdarahan antepartum salah satunya solusio plasenta. Perdarahan adalah penyebab langsung kematian ibu salah satu penyebab perdarahan yang menyebabkan kematian ibu adalah solusio plasenta. Berdasarkan data RSUD Majene pada tahun 2016 dari 99 kasus perdarahan 2,02% diantaranya merupakan kasus solusio plasenta. Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum waktunya yakni sebelum anak lahir. Terdapat beberapa istilah untuk solusio plasenta yaitu *abruption placentae*, *ablation placentio separation of the normally implanted placenta* (pelepasan dini dari yang implantasinya normal). Bila terjadi pada kehamilan dibawah 20 minggu gejala kliniknya serupa dengan abortus iminens. Secara definitif diagnosis baru bisa ditegakkan setelah partus jika terdapat hematoma pada permukaan maternal plasenta. Solusio plasenta sebenarnya lebih berbahaya dari pada solusio plasenta bagi ibu hamil dan janinnya. Pada perdarahan tersembunyi (*concealed hemorrhage*) yang luas dimana perdarahan retroplasenta yang banyak dapat mengurangi sirkulasi utero plasenta dan menyebabkan hipoksia janin. Disamping itu, pembentukan hematoma retroplasenta yang luas bisa menyebabkan koagulopati konsumsi yang fetal bagi ibu.

1. Pengertian

Solusio plasenta dalam bahasa Inggris disebut *concealed hemorrhage* atau perdarahan tersembunyi dalam bahasa Indonesia, pada solusio plasenta darah tersimpan dalam kavum uteri. Hal ini disebabkan oleh lepasnya plasenta. Plasenta dapat terlepas secara komplit (20% kasus) maupun inkomplit (80% kasus).

Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau keseluruhan plasenta dari implantasi normalnya (korpus uteri) setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum janin lahir.

2. Penyebab

Penyebab primer belum diketahui pasti, namun ada beberapa faktor yang menjadi predisposisi

1) Faktor kardio-reno-vaskular

Glomerulonefritis kronik, hipertensi esensial, sindroma preeklampsia dan eklampsia. Pada penelitian di Parkland ditemukan bahwa terdapat hipertensi pada separuh kasus solusio plasenta berat, dan separuh dari wanita yang hipertensi tersebut mempunyai penyakit hipertensi kronik, sisanya hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan.

2) Faktor trauma

(a) Dekompresi uterus pada hidramnion dan gemeli

(b) Tarikan pada tali pusat yang pendek akibat pergerakan janin yang banyak atau bebas, versi luar atau tindakan pertolongan persalinan

(c) Trauma langsung, seperti jatuh, kena tentang, dan lain-lain.

3) Faktor paritas ibu

Lebih banyak dijumpai pada multipara daripada primipara. Beberapa penelitian menerangkan bahwa makin tinggi paritas ibu makin kurang baik keadaan endometrium.

- 4) Faktor usia
Makin tua usia ibu, makin tinggi frekuensi hipertensi menahun. .
- 5) Leiomioma uteri (uterine leiomyoma)
Leiomioma uteri dapat menyebabkan solusio plasenta apabila plasenta berimplantasi di atas bagian yang mengandung leiomioma.
- 6) Faktor penggunaan kokain
Penggunaan kokain mengakibatkan peninggian tekanan darah atau peningkatan pelepasan katekolamin yang bertanggung jawab atas terjadinya vasospasme pembuluh darah uterus dan berakibat terlepasnya plasenta. namun, hipotesis ini belum terbukti secara definitif.
- 7) Faktor kebiasaan merokok
Ibu yang merokok juga merupakan penyebab peningkatan kasus solusio plasenta sampai dengan 25% yaitu pada ibu yang merokok ≥ 1 bungkus perhari, ini dapat diterangkan sebagai berikut, pada ibu yang perokok plasenta menjadi tipis, diameter lebih luas, dan terdapat beberapa abnormalitas pada mikrosirkulasinya.
- 8) Riwayat solusio plasenta sebelumnya
Bahwa resiko berulangnya kejadian ini pada kehamilan berikutnya jauh lebih tinggi dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak memiliki riwayat solusio plasenta.
- 9) Pengaruh lain
Seperti anemia, malnutrisi/defisiensi gizi, tekanan uterus pada vena kava inferior dikarenakan pembesaran ukuran uterus oleh adanya kehamilan, dan lain-lain.

3. Klasifikasi

Trijatmo rachimhadhi membagi solusio plasenta menurut derajat pelepasan plasenta. Solusio plasenta totalis (plasenta terlepas seluruhnya), solusio plasenta partialis (plasenta terlepas sebagian), ruptura sinus marginalis.

Pritchard JA membagi solusio plasenta menurut bentuk perdarahan, solusio plasenta dengan perdarahan keluar, solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi yang membentuk hematoma (retroplacenter), solusio plasenta yang perdarahannya masuk ke dalam kantong amnion.

Plasenta dapat terlepas dari pinggirnya saja (rupture sinus marginalis), dapat pula terlepas lebih luas (solusio plasenta parsialis), atau bisa seluruh permukaan maternal plasenta terlepas (solusio plasenta totalis). Perdarahan yang terjadi dalam banyak kejadian akan merembes antara plasenta dan myometrium untuk seterusnya menyelip dibawah selaput ketuban dan akhirnya memperoleh jalan ke kanalis servikalis dan keluar melalui vagina (revealed hemorrhage) akan tetapi ada kalanya walaupun jarang perdarahan tersebut tidak keluar melalui vagina (concealed hemorrhage). Bagian plasenta sekitar perdarahan masih melekat pada dinding Rahim Selaput ketuban masih melekat pada dinding Rahim. Perdarahan masuk ke dalam kantong ketuban setelah selaput ketuban pecah karenanya bagian terbawah janin, umumnya kepala, menempel ketat pada segmen bawah rahim.

Solusio plasenta di bagi kedalam berat ringannya gambaran klinik sesuai dengan luasnya permukaan plasenta yang terlepas yaitu:

1. Plasenta tingkat ringan
Luas plasenta yang terlepas tidak sampai 25% atau ada yang menyebutkan kurang dari 1/6 bagian. jumlah darah yang keluar biasanya kurang dari 250 ml berwarna kecoklatan. komplikasi pada ibu dan janin belum ada. hal 504 pada keadaan yang sangat ringan tidak ada gejala kecuali hematoma yang berukuran beberapa sentimeter

terdapat pada permukaan maternal plasenta, rasa nyeri pada perut masih ringan dan darah yang keluar masih sedikit, tanda-tanda vital dan keadaan umum ibu ataupun janin masih baik, pada saat palpasi sedikit terasa nyeri local pada tempat terbentuknya hematoma dan perut sedikit tegang tapi bagian-bagian janin masih dapat dikenal.

2. Plasenta tingkat sedang

Luas plasenta yang terlepas telah melebihi 25% tetapi belum separuhnya (50%). Jumlah darah yang keluar lebih dari 250 ml tetapi belum mencapai 1.000 ml berwarna kehitaman. tanda dan gejala pada tingkat sedang sudah jelas seperti rasa nyeri pada perut terus menerus, denyut jantung janin biasanya telah menunjukkan gawat janin, perdarahan tampak keluar lebih banyak, takikardia, hipotensi, kulit dingin dan berkeringat, oliguria mulai ada, nyeri dan tegang pada perut ketika dipalpasi, sulit menentukan bagian-bagian janin ketika Leopold, rasa nyeri datangnya akut kemudian menetap tidak bersifat hilang timbul seperti pada his yang normal.

3. Plasenta tingkat berat

Luas plasenta yang terlepas telah melebihi 50%. jumlah darah yang keluar mencapai 1.000 ml atau lebih. tanda gejala pada tingkat berat ini diantaranya keadaan umum penderita buruk disertai syok, perut sangat nyeri dan tegang serta keras seperti papan disertai perdarahan berwarna hitam, rahim kelihatan membulat dan kulit diatasnya kencang dan mengkilat, denyut jantung janin tidak terdengar, hipofibrinogenemia dan oliguria. nyeri local pada tempat terbentuknya hematoma dan perut sedikit tegang tapi bagian-bagian janin masih dapat dikenal.

4. Plasenta tingkat sedang

Luas plasenta yang terlepas telah melebihi 25% tetapi belum separuhnya (50%). Jumlah darah yang keluar lebih dari 250 ml tetapi belum mencapai 1.000 ml berwarna kehitaman. tanda dan gejala pada tingkat sedang sudah jelas seperti rasa nyeri pada perut terus menerus, denyut jantung janin biasanya telah menunjukkan gawat janin, perdarahan tampak keluar lebih banyak, takikardia, hipotensi, kulit dingin dan berkeringat, oliguria mulai ada, nyeri dan tegang pada perut ketika dipalpasi, sulit menentukan bagian-bagian janin ketika Leopold, rasa nyeri datangnya akut kemudian menetap tidak bersifat hilang timbul seperti pada his yang normal.

5. Plasenta tingkat berat

Luas plasenta yang terlepas telah melebihi 50%. jumlah darah yang keluar mencapai 1.000 ml atau lebih. tanda gejala pada tingkat berat ini diantaranya keadaan umum penderita buruk disertai syok, perut sangat nyeri dan tegang serta keras seperti papan disertai perdarahan berwarna hitam, rahim kelihatan membulat dan kulit diatasnya kencang dan mengkilat, denyut jantung janin tidak terdengar, hipofibrinogenemia dan oliguria.

4. Komplikasi

- a. koagulopati konsumtif, nekrosis tubulus dan korteks ginjal, dan atonia uteri yang menyebabkan perdarahan post partum.

- b. Syok perdarahan

Perdarahan antepartum dan intrapartum pada solusio plasenta hampir tidak dapat dicegah, kecuali dengan menyelesaikan persalinan segera. bila persalinan telah diselesaikan, penderita belum bebas dari perdarahan post partum karena kontraksi uterus yang tidak kuat untuk menghentikan perdarahan pada kala III. pada solusio plasenta berat keadaan syok sering tidak sesuai dengan jumlah perdarahan yang Terlihat

c. Gagal ginjal

Gagal ginjal merupakan komplikasi yang sering terjadi pada penderita solusio plasenta, pada dasarnya disebabkan oleh hipovolemia karna perdarahan terjadi. biasanya terjadi nekrosis tubuli ginjal yang mendadak, yang umumnya masih dapat ditolong dengan penanganan yang baik.

d. Kelainan pembekuan darah

Kelainan pembekuan darah biasanya disebabkan oleh hipofibrinogenemia.

e. Apoplexi uteroplacenta (uterus couvelaire)

Pada solusio plasenta yang berat terjadi perdarahan dalam otot rahim dan dibawah perimetrium kadang-kadang juga dalam ligamentum latum. perdarahan ini menyebabkan gangguan kontraktilitas uterus dan warna uterus berubah menjadi biru atau ungu yang biasanya disebut uterus couvelaire. Komplikasi yang dapat terjadi pada janin antara lain, fetal distress, gangguan pertumbuhan atau perkembangan, hipoksia, anemia, kematian.

5. Penatalaksanaan

Semua pasien yang menderita solusio plasenta harus dirawat inap dirumah sakit yang berfasilitas cukup. ketika masuk segera dilakukan pemeriksaan darah lengkap termasuk kadar HB dan golongan darah. pasien dengan kecurigaan solusio plasenta dirujuk ke spesialis obstetri dan ginekologi. pilihan metode kelahiran pada kasus ini bergantung kepada kondisi ibu serta janin. partus pervaginam dilakukan pada kondisi, derajat pemisahan plasenta sedikit serta hasil CTG reassuring, derajat pemisahan plasenta luas tetapi janin sudah meninggal.

1) Solusio plasenta tingkat ringan

Bila usia kehamilan kurang 36 minggu dan bila ada perbaikan (perdarahan berhenti, perut sakit, uterus tidak tegang, janin hidup, dengan tirah baring dan observasi ketat, kemudian tunggu persalinan spontan. Bila ada perburukan (perdarahan berlangsung terus, gejala plasenta makin lama makin jelas, pada pemantauan dengan USG daerah solusio plasenta bertambah luas), maka kehamilan harus segera diakhiri. bila janin hidup, lakukan sectio caesarea, bila janin mati lakukan amniotomi kemudian infus oksitosin untuk mempercepat persalian

2) Solusio plasenta sedang dan berat

Apabila tanda dan gejala klinis solusio plasenta jelas ditemukan, penanganan dirumah sakit meliputi transfusi darah, amniotomi, infus oksitosin dan jika perlu SC. apabila diagnosis solusio plasenta dapat ditegakkan berarti perdarahan telah terjadi sekurang-kurangnya 1.000 ml, maka transfusi darah harus segera diberikan amniotomi akan merangsang persalinan dan mengurangi tekanan intrauterin.

Dengan melakukan persalinan secepatnya dan transfusi darah kelaian pembekuan darah dapat dicegah, persalian diharapkan dalam 6 jam sejak berlangsungnya solusio plasenta, tetapi jika tidak memungkinkan, walaupun sudah dilakukan amniotomi dan infus oksitosin, maka salah satunya cara adalah SC.

Apoplexi uteroplacenta tidak merupakan indikasi histerektomi. tetapi jika perdarahan tidak dapat dikendalikan setelah SC maka histerektomi perlu dilakukan.

1) Terapi spesifik

a. Atasi syok

- a) Infus larutan NS/RL untuk restorasi cairan, berikan 500 ml dalam 15 menit pertama dan 2 L dalam 2 jam pertama

- b) Berikan tranfusi dengan darah segar untuk memperbaiki faktor pembekuan akibat koagulopati.
- b. Atasi anemia
 - a) Darah segar merupakan bahan terpilih untuk mengatasi anemia karena diamping mengandung butir-butir darah merah, juga mengandung unsur pembekuan darah.
 - b) Bila restorasi cairan telah tercapai dengan baik tetapi pasien masih dalam kondisi anemia berat, berikan packed cell.
- 2) Tindakan obstetrik
 - a. Seksio Cesarea
 - a) SC dilakukan apabila
 - (1) Janin hidup dan pembukaan belum lengkap
 - (2) Janin hidup, gawat janin tetapi persalinan pervaginam tidak dapat dilaksanakan dengan segera
 - (3) Janin mati tetapi kondisi serviks tidak memungkinkan persalinan pervaginam dapat berlangsung dalam waktu yang singkat.

Metode

1. Pengumpulan Data Primer

a. Wawancara

Dilakukan pada pasien untuk memperoleh data tentang masalah yang dialami oleh pasien tersebut.

b. Observasi

Dilakukan dengan mengamati keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah yang dialami oleh pasien tersebut.

c. Pemeriksaan Fisik

Melalui pemeriksaan fisik pasien untuk menentukan masalah yang dialami oleh pasien, yang dilakukan dengan cara lain, yaitu :

- 1) Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh pasien yang akan diperiksa.
- 2) Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara perabaan terhadap bagian-bagian tubuh yang mengalami kelainan dan dapat mengetahui posisi janin dalam perut ibu.
- 3) Auskultasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara mendengarkan DJJ (Denyut Jantung Janin) menggunakan alat dopler atau linex
- 4) Perkusi adalah pemeriksaan dengan cara mengetuk bagian tubuh menggunakan tangan atau alat bantu seperti hammer untuk mengetahui fungsi reflek patella.

Lokasi dan Desain Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Majene yang merupakan pusat rujukan dari semua puskesmas yang berada di Kabupaten Majene. Dimana Rumah sakit umum satu satunya yang ada di Kabupaten Majene yang memiliki dokter spesialis kandungan. Desain penelitian merupakan studi kasus dengan meneliti seorang ibu yang mengalami kasus Solusio plasenta

Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di Rumah Sakit Umum Daerah Majene dan sampaelnya adalah ibu hamil yang mengalami Solusio plasenta yaitu memilih satu ibu hamil yang dikasi melalui pemeriksaan fisik dan wawancara sampai dengan penanganan

Solusio plasenta sesuai kewenangan Bidan.

Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan pasien dan keluarga pasien setelah itu melakukan pemeriksaan fisik kemudian melakukan pemeriksaan penunjang untuk mendukung dalam penentuan diagnosa plasenta previa

Hasil

Analisa : Ny.P usia 43 tahun G₃P₂A₀ hamil 37 minggu 5 hari, inpartu kala 1 fase aktif dengan solusio plasenta dengan keadaan janin fetal distress. Penatalaksanaan :Pukul Kegiatan Melakukan imform consent 08.10 Melakukan pemasangan oksigen 3 liter Colaborasi dengan dokter 08.15 Melakukan pemasangan infus RL 500 cc 20 tpm 08.25 Melakukan pengambilan darah untuk pemeriksaan lab selajutnya melakukan pemasangan kateter dawer Melakukan pemeriksaan CTG Non reaktif 09.05 Melakukan observasi keadaan ibu dan janin serta kemajuan persalinann dan TTV melalui partograf 09.10 Melakukan skin test ceftriaxone 0,1 cc 09.25 Melakukan inject ceftriaxone secara iv 09.45 Memindahkan ibu keruang Vk Pukul 10.30 Ibu mengeluh mulesnya semakin bertambah kuat dan ingin meneran, ibu minum 1/2 gelas teh manis hangat. Analisa Inpartu kala II janin tunggal hidup dengan fetal distress. Penatalaksanaan : saat pembukaan lengkap beri posisi nyaman pada pasien, setelah itu mendekatkan alat partus dan melepas selang kateter da siap siap memimpin persalinan , pada saat kepala turun hodge 4 bayi melakukan penekanan pada perenium dan saat itu bayi lahir spontan tidak menangis dan tonos otot lemah. Melakukan pemotongan tali pusat. Meletakkan bayi ditempat tidur datar hangat kering dan memberikan rangsangan tektil dengan tetap menjaga kehangatan bayi. Setelah itu melakukan JAICA bayi menangis merintih. Memakai heatbox pada bayi dengan tekanan O₂ 0,3 liter bayi tidak dilakukan

Pembahasan

Langkah I (Pengkajian)

Pada langkah pertama ini, dikumpulkannya semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klain. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik yang sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan penunjang (Estiwidani, 2008).

Adapun metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus antara lain anamnesa dan pemeriksaan fisik.

Data Subjektif

Dalam teori bahwa *solusio previa* adalah dengan tanda-tanda perdarahan pada jalan lahir berwarna merah kecoklatan disertai dengan rasa sakit juga tanpa sebab, terutama pada kehamilan setelah 20 minggu (Sujiyatini dkk, 2009).

Analisa

Ny S umur 35 tahun, G_{III} P_{II} A₀ umur kehamilan 35 minggu, mengeluh keluar darah dari jalan lahir berwarna kecoklatan , disertai rasa nyeri . Dilihat dari identitas, ibu berusia 43 tahun dan kini ibu melahirkan anak ketiga. menurut teori, faktor resiko solusio plasenta salah satunya adalah usia ibu yang tua dan multiparitas

Langkah II (Interpretasi Data)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik

(Estiwidani dkk, 2008).

Pada kasus ini didapatkan hasil bahwa Ny. S umur 35 tahun, G_{III} P_{II} A₀ hamil 35 minggu, janin tunggal, hidup intra uterin, letak memanjang, punggung kanan, presentasi kepala, konvergen dengan solusio plasenta previa.

Pada kasus ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

Langkah III (Diagnosa Potensial)

Pada langkah ini, dilakukan tindakan untuk menanggulangi ancaman, salah satu masalah yang mungkin timbul dan bila tidak segera diatasi akan mengganggu keselamatan hidup klien atau pasien (Estiwidani dkk, 2008).

Pada kasus ini terdapat ditemukannya diagnosa potensial yang akan terjadi pada Ny. S yaitu perdarahan, syok, anemia Sedangkan pada bayi yaitu persalinan prematur, asfiksia, sehingga bisa terjadi kematian pada janin.

Pada hasil ini, tindakan segera dilakukan untuk mengantisipasi terjadinya diagnosa potensial pada klien. Dengan demikian, dalam kasus ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Langkah IV (Antisipasi)

Pada langkah ini, perlu dilakukan tindakan segera oleh bidan dan dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien (Estiwidani dkk, 2008).

Pada kasus ini, dilakukan kolaborasi dengan dokter SpOG advice yang diberikan kepada Ny. S yaitu *pasang infus RL, pasang DC, injeksi dexamethasone, injeksi cefotaxime, dan observasi perdarahan.*

Pada langkah ini dilakukan tindakan atau antisipasi untuk mencegah terjadinya diagnosa potensial. Dalam hal ini, tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

Langkah V (Perencanaan)

Langkah ini, merupakan kelanjutan dari manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau ditangani (Estiwidani dkk, 2008).

Pada langkah ini, didapatkan hasil tindakan-tindakan yang akan dilakukan pada Ny. S yaitu untuk mencegah terjadinya diagnosa potensial, sehingga kegawat daruratan bisa ditangani dengan segera, yaitu dengan berikan terapi *injeksi dexamethasone, injeksi cefotaxime, pasang cairan infus RL, pasang DC, lakukan pemeriksaan laboratorium*, lakukan kolaborasi dengan dokter SpOG. Hasil perencanaan ini, akan segera dilakukan untuk mengantisipasi terjadinya diagnosa potensial pada klien. Pada hal ini, tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Langkah VI (Pelaksanaan)

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah dilakukan pada langkah ke lima, yang dilaksanakan secara efisien dan aman yang bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau tim kesehatan lainnya, walaupun bidan tidak melakukannya dengan sendiri (Estiwidani dkk, 2008).

Tindakan yang akan diberikan pada Ny. S yaitu dengan memberikan injeksi *dexamethason, cefotaxime, memberikan cairan infus RL, memasang DC*, dan melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG. Penatalaksanaan yang dilakukan seperti melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan, dengan hasil yaitu memberikan *injeksi dexamethasone dan injeksi cefotaxime*. Dalam hal ini, tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Langkah VII (Evaluasi)

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (Estiwidani dkk, 2008). Pada kasus ini, telah dilakukan dengan melihat keadaan umum Ny S pada ibu hamil dengan plasenta previa. Dengan hasil akhir yang didapat di Rumah Sakit sejak, pada Ny. S mulai tanggal 18 sampai 19 April 2012, . Dalam hal ini, tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Simpulan

Setelah penulis melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. S dan Ny. W dengan Solusio plasenta di RSUD Majene Tahun 2012, penulis dapat menyimpulkan:

1. Pada pengkajian data yang dilaksanakan pada Ny. S dengan Solusio plasenta tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.
2. Penulis dapat mengidentifikasi masalah yang muncul sesuai dengan pengkajian sebelumnya yaitu ibu hamil dengan Solusio plasenta pada Ny. S tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.
3. Pada diagnosa potensial, tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Diagnosa potensial dengan Solusio plasenta yang akan terjadi pada ibu yaitu perdarahan, syok sehingga bisa terjadi anemia. Pada janin akan terjadi prematuritas janin dan bisa sampai terjadi kematian pada janin.
4. Antisipasi ini tidak ditemukan kesenjangan yang mengarah ke diagnosa potensial, sehingga perlu dilakukan kolaborasi dengan dokter SpOG.
5. Sesuai rencana asuhan berdasarkan diagnosa potensial tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

Referensi

- Bandiyah, Siti. 2009. *Kehamilan Persalinan dan Gangguan Persalinan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Dinkes Kabupaten Majene. 2011. *Profil Kesehatan Kabupaten Tegal tahun 2010*. Tegal: Bidang Bina Program
- Estiwidani, Dwana, dkk. 2008. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya Kusmiyati, Yuni, dkk. 2010. *Perawatan ibu Hamil*. Yogyakarta:
- Fitramaya Manuaba, Ida Ayu Chandranita. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC
- Manuaba, Ida Bagus Gde Fajar. 2009. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC
- _____. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC
- Marimbi, Hanum. 2011. *Biologi Reproduksi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Mufdlilah. 2009. *ANC Fokus*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sujiyatini. 2009. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Saifuddin. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : BPSP
- Walsh, Linda V. 2007. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Wiknjosaatro. 2007. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta:
- Destiana, 2010. *Hamil Nyaman dan Aman di Atas 30 Tahun*. Yogyakarta: Media Pressindo
- Roeshadi, H., 2006. *Upaya Menurunkan Angka Kesakitan dan Angka Kematian Ibu pada*