

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Persalinan Normal

1. Pengertian

Persalinan dan kelahiran merupakan suatu kejadian fisiologis yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial yang ibu dan keluarga sudah nantikan selama 9 bulan terakhir. Ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah untuk berhasil melahirkan bayinya. Peran tenaga kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi atau penyulit, disamping itu bersama keluarga memberikan dukungan dan bantuan pada ibu bersalin.

- a. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu.(10)
- b. Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).(11)
- c. Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.(12)

Jadi dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.(13)

2. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

- a. Penurunan kadar progesteron

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah,

tetapi pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his.

b. Teori oxytocin

Pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

c. Keregangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan.

d. Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan oleh karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.

e. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua, disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa progtaglandin F2 dan E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extraamniotik menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.(10)

B. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

1. Kala I

Kala satu persalinan dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10cm). Proses ini terbagi menjadi 2 fase, fase laten (8 jam) serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka dari 3 cm sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.(1)

a. Diagnosis

Ibu sudah dalam persalinan kala I jika pembukaan serviks kurang dari 4 cm dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik.(13)

b. Penanganan

- 1) Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan seperti memberi dukungan dan yakinkan dirinya, berikan informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan, dengarkan keluhannya dan cobalah untuk lebih sensitif terhadap perasaannya.
- 2) Jika ibu tampak kesakitan, dukungan/asuhan yang dapat diberikan seperti bantu ibu memilih posisi yang diinginkan, tetapi jika ibu ingin ditempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring kiri, selain itu ajarkan kepadanya teknik bernapas seperti ibu diminta untuk menarik napas panjang, menahan napasnya sebentar kemudian lepaskan dengan cara meniup udara ke luar sewaktu terasa kontraksi.
- 3) Penolong menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin ibu.
- 4) Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi, berikan cukup minum.
- 5) Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.(13)

c. Diagnosis kala dan Fase persalinan

Tabel 2.1 Diagnosis kala dan fase persalinan(14)

Gejala dan tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/ belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm : kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam, penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm) : penurunan kepala berlanjut, belum ada keinginan untuk meneran	II	II Awal (nonekspulsif)

Serviks membuka lengkap (10 cm) : bagian terbawah telah mencapai dasar panggul, ibu meneran	II	Akhir (ekspulsif)
---	----	-------------------

Sumber: Prawirohardjo (2010)

2. Kala II

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.(1)

- a. Diagnosis Persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.(13)

Gejala-gejala Kala II adalah:

- 1) His, menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
- 2) Pasien mulai mengejan.
- 3) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul perineum menonjol, vulva menganga dan rektum terbuka.(10)

- b. Penanganan

- 1) Memberikan dukungan pada ibu secara terus menerus dengan mendampingi ibu agar terhindar dari infeksi, menawarkan minum, mengipasi dan memijat ibu.
- 2) Membantu ibu memilih posisi yang nyaman seperti jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk.
- 3) Memberi dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu dengan cara memberikan penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan.(13)

2. Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Waktu yang paling kritis untuk mencegah perdarahan postpartum adalah ketika plasenta lahir dan segera setelah itu. Manajemen aktif kala III mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan postpartum. Pengkajian awal

pada kala III yaitu palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua lalu melakukan manajemen aktif kala III.(1)

Penatalaksanaan aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) membantu menghindari terjadinya perdarahan pascapersalinan, meliputi:

- a. Pemberian oksitosin dengan segera
- b. Pengendalian tali pusat terkendali
- c. Masase uterus.(7)

3. Kala IV

Kala IV dimulai dari saat plasenta lahir sampai dengan 2 jam pertama post partum.(1)

a. Diagnosis

Dua jam pertama setelah persalinan merupakan waktu yang kritis bagi ibu dan bayi. Keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa. Petugas atau bidan harus tinggal bersama ibu dan bayi dan memastikan bahwa keduanya dalam kondisi yang stabil dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi.(13)

b. Penanganan

- 1) Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras. Apabila uterus berkontraksi, otot uterus akan menjepit pembuluh darah untuk menghentikan perdarahan. Hal ini dapat mengurangi kehilangan darah dan mencegah perdarahan pascapersalinan.
- 2) Anjurkan ibu untuk minum demi mencegah dehidrasi. Tawarkan juga ibu untuk makan.
- 3) Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayinya. Sebagai permulaan menyusui bayinya.
- 4) Ajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi, tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.(13)

C. Konsep Dasar Retensio Plasenta

1. Pengertian Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir.(1) Istilah retensio plasenta dipergunakan jika plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir.(14)

Retensio plasenta adalah plasenta dan ketuban yang masih tertinggal dalam rongga rahim.(15)

2. Penyebab Retensio Plasenta

Plasenta yang sukar dilepas dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. Bila sebagian kecil dari plasenta masih tertinggal di dalam uterus disebut rest plasenta dan dapat menimbulkan perdarahan post partum primer atau lebih sering sekunder.(16)

Retensio plasenta dapat terjadi karena :

a. Fungsional:

- 1) His kurang kuat (penyebab terpenting), plasenta sudah lepas tetapi belum keluar karena atonia uteri dan akan menyebabkan perdarahan yang banyak. Atau karena adanya lingkaran konstiksi pada bagian bawah rahim (ostium uteri) akibat kesalahan penanganan kala III, yang akan menghalangi plasenta keluar (plasenta inkarserata). His yang tidak efektif yaitu his yang tidak ada relaksasinya (biasanya karena partus presipitatus) maka segmen bawah rahim akan tegang terus sehingga plasenta tidak dapat keluar karena tertahan segmen bawah rahim tersebut.(15)
- 2) Terhalang oleh kandung kemih yang penuh. Poliuria sering terjadi selama persalinan, hal ini kemungkinan disebabkan karena peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Ibu bersalin mungkin tidak menyadari bahwa kandung kemihnya penuh karena intensitas kontraksi uterus dan tekanan bagian presentasi janin atau efek anestesia lokal. (17)

Kandung kemih penuh akan memenuhi ruang pelvis sehingga dapat menghalangi terjadinya kontraksi uterus yang efisien. Karena itu harus dikosongkan. Bila plasenta belum lepas sama sekali tidak akan terjadi perdarahan, tapi bila sebagian plasenta sudah lepas akan terjadi perdarahan dan ini merupakan indikasi untuk segera dikeluarkan.(15)

- 3) Plasenta sulit lepas. Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena tumbuh terlalu melekat lebih dalam. Jenis retensio plasenta ini yaitu disebabkan oleh jenis perlekatan plasenta diantaranya plasenta akreta, inkreta, perkreta.(15)

b. Kelainan – Anatomik

- 1) Plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta
- 2) Plasenta belum lepas dari dinding uterus
- 3) Plasenta sudah lepas, tetapi belum dilahirkan (disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala II)
- 4) Plasenta melekat erat pada dinding uterus karena villi korialis menembus desidua sampai miometrium hingga di bawah peritoneum (plasenta akreta-perkreta).(18)

3. Jenis Retensio Plasenta

- a. Plasenta Adhesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis. Plasenta manual lengkap bisa dilakukan.
- b. Plasenta Akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki bagian lapisan miometrium. Hilangnya lapisan jaringan ikat longgar Nitabush sehingga plasenta sebagian atau seluruhnya mencapai lapisan desidua basalis. Dengan demikian agak sulit melepaskan diri saat kontraksi atau retraksi otot uterus, dapat terjadi tidak diikuti perdarahan karena sulitnya plasenta lepas. Plasenta manual sering tidak lengkap sehingga perlu diikuti dengan kuretase.

- c. Plasenta Inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai lapisan miometrium. Implantasi jonjot plasenta sampai mencapai otot uterus sehingga, tidak mungkin lepas sendiri. Perlu dilakukan plasenta manual, tetapi tidak akan lengkap dan harus diikuti (kuretase tajam dan dalam, histerotomi).
- d. Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus. Jonjot plasenta menembus lapisan otot dan sampai lapisan peritoneum kavum abdominalis. Retensio plasenta tidak diikuti perdarahan, plasenta manual sangat sukar, bila dipaksa akan terjadi perdarahan dan sulit dihentikan, atau perforasi. Tindakan definitif : hanya histerotomi.
- e. Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh kontriksi ostium uteri. Plasenta sudah terlepas seluruhnya atau sebagian dari dinding uterus, tetapi tertahan karena serviks yang sudah menutup. Perlu dilakukan tindakan operasi.(19)

4. Tanda dan Gejala Retensio Plasenta

Tanda dan gejala dari retensio plasenta yaitu :

- a. Plasenta belum lahir setelah 30 menit
- b. Perdarahan segera (Perdarahan Postpartum Primer)
- c. Uterus tidak berkontraksi
- d. Tinggi Fundus Uteri tetap atau tidak berkurang.(1)

Tabel 2.2 Tabel Klasifikasi Retensio Plasenta(1)

Gejala	Separasi/akreta parsial	Plasenta Inkarserata	Plasenta akreta
Konsistensi uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi fundus	Sepusat	2 jari bawah pusat	Sepusat
Bentuk uterus	Discooid	Agak Globuler	Discooid
Perdarahan	Sedang-Banyak	Sedang	Sedikit/Tidak Ada
Tali pusat	Terjulur sebagian	Terjulur	Tidak Terjulur
Ostium uteri	Terbuka	Konstriksi	Terbuka
Separasi plasenta	Lepas Sebagian	Sudah Lepas	Melekat Seluruhnya
Syok	Sering	Jarang	Jarang sekali, kecuali akibat inversion oleh tarikan yang kuat pada tali pusat.

Sumber: Saifuddin (2011)

5. Bentuk Pelepasan Plasenta

Terdapat 2 bentuk pelepasan plasenta, yaitu:

a. Schulze

Pelepasan dimulai pada bagian tengah dari plasenta dan disini terjadi hematoma retro plasentair yang selanjutnya mengangkat plasenta dari dasarnya. Plasenta dengan hematom di atasnya sekarang jatuh ke bawah dan menarik lepas selaput janin. Bagian plasenta yang nampak pada vulva ialah permukaan foetal, sedangkan hematoma sekarang terdapat dalam kantong yang terputar balik. Maka pada pelepasan plasenta secara Schulze tidak ada perdarahan sebelu plasenta lahir dan sekurangnya terlepas seluruhnya. Baru setelah terlepas seluruhnya atau lahir, darah sekonyong-konyong mengalir. Pelepasan secara Schulze adalah cara yang paling sering kita jumpai.(10)

b. Duncan

Pada pelepasan secara Duncan pelepasan plasenta mulai pada pinggir plasenta. Darah mengalir keluar antara selaput janin dan dinding rahim, jadi perdarahan sudah ada sejak sebagian dari plasenta terlepas dan terus berlangsung sampai seluruh plasenta lepas. Plasenta lahir dengan pinggirnya terlebih dahulu. Pelepasan secara Duncan terutama terjadi pada plasenta letak rendah.(10)

6. Faktor Predisposisi Retensio Plasenta

Faktor predisposisi terjadinya retensio plasenta adalah :

- a. Plasenta previa
- b. Bekas luka section caesarea
- c. Riwayat kuretase berulang
- d. Paritas. Grandemultipara, persalinan lebih dari 4 kali.

Adapun faktor predisposisi lainnya yaitu:

a. Usia

Usia ibu < 20 tahun dan > 35 tahun

- b. Overdistensi rahim, seperti kehamilan kembar, hidramnion, atau bayi besar.
- c. Partus lama
Persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi.
- d. Partus presipitatus
Persalinan yang berlangsung cepat.
- e. Kotiledon tertinggal
- f. Riwayat atonia uteri
- g. Plasenta akreta, inkreta dan perkreta
- h. Manajemen aktif kala III yang tidak benar.
- i. Gangguan koagulopati seperti anemia dan hipofibrinogenemi.(8)

7. Penatalaksanaan Retensio Plasenta

Plasenta yang belum lahir dalam 30 menit harus segera dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya perdarahan dan dapat menyebabkan infeksi karena dianggap benda asing. Dalam prakteknya bidan mempunyai kewenangan dan kompetensi untuk melakukan prosedur plasenta. Bidan berwenang melakukan tindakan plasenta manual bila terdapat tanda-tanda adanya perdarahan.

a. Manual Plasenta

1) Pengertian

Manual Plasenta adalah tindakan untuk melepas plasenta secara manual (menggunakan tangan) dari tempat implantasi dan kemudian melahirkannya keluar dari kavum uteri. Plasenta manual adalah prosedur pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding uterus dan mengeluarkannya dari kavum uteri secara manual.(20)

Arti dari manual disini adalah dengan menggunakan tangan, dimana tangan dari penolong persalinan akan dimasukkan langsung ke dalam kavum uteri. Dalam melakukan prosedur plasenta manual harus diperhatikan tekniknya sehingga tidak menimbulkan komplikasi seperti perforasi dinding uterus, infeksi dan inversio uteri.(20)

2) Prosedur Manual Plasenta

Pada kondisi Retensio plasenta dengan perdarahan > 500 cc, maka perlu langsung melakukan plasenta manual.

a) Persiapan

- (1) Memasang infus
- (2) Berikan 20-40 unit oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9 % atau Ringer Laktat dengan kecepatan tetesan 60 tetes/menit dan 10 unit oksitosin IM. Lanjutkan infus oksitosin 20 unit dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9 % atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti
- (3) Menjelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan
- (4) Melakukan anastesi verbal/analgesik per rektal
- (5) Menyiapkan dan jalankan prosedur pencegahan infeksi

b) Tindakan penetrasi ke dalam kavum uteri

- (1) Memastikan kandung kemih dalam keadaan kosong
- (2) Menjepit tali pusat dengan klem pada jarak 5-10 cm dari vulva, tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai
- (3) Secara obstetrik, masukkan tangan lainnya (punggung tangan menghadap ke bawah) ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat
- (4) Setelah mencapai pembukaan servik, minta seseorang asisten/penolong lain untuk menegangkan klem tali pusat kemudian pindahkan tangan keluar untuk menahan fundus uteri
- (5) Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan dalam hingga ke kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta
- (6) Bentangkan tangan obstetrik menjadi datar seperti memberi salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain saling merapat)

c) Melepas plasenta dari dinding uterus

- (1) Menentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta paling bawah

- (a) Bila plasenta berimplantasi di korpus belakang, tali pusat tetap di sebelah atas dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke bawah (posterior ibu)
 - (b) Bila di korpus depan maka pindahkan tangan ke sebelah atas tali pusat dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke atas (anterior ibu)
 - (2) Setelah ujung-ujung jari masuk diantara plasenta dan dinding uterus, maka perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan ke kanan dan kiri sambil digeserkan ke atas (kranial) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus.
- d) Mengeluarkan plasenta
- (1) Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal
 - (2) Pindahkan tangan luar dari fundus ke supra simpisis (tahan segmen bawah uterus) kemudian instruksikan asisten/penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta keluar (hindari terjadinya percikan darah)
 - (3) Lakukan penekanan (dengan tangan yang menahan supra simpisis) uterus ke arah dorso kranial setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta di dalam wadah yang telah disediakan
- e) Pencegahan infeksi pasca tindakan
- (1) Dekontaminasi sarung tangan (sebelum dilepaskan) dan peralatan lain yang digunakan
 - (2) Lepaskan dan rendam sarung tangan serta peralatan lainnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
 - (3) Cuci tangan
 - (4) Keringkan tangan dengan handuk bersih
- f) Pemantauan pasca tindakan
- (1) Periksa kembali tanda vital ibu

- (2) Catat kondisi ibu dan buat laporan tindakan
 - (3) Tuliskan rencana pengobatan, tindakan yang masih diperlukan dan asuhan lanjutan
 - (4) Beritahu pada ibu dan keluarga bahwa tindakan telah selesai
 - (5) Lanjutkan pemantauan pada ibu hingga 2 jam pasca tindakan
- g) Bila retensio plasenta tanpa perdarahan segera berikan rujukan
- h) Tindakan plasenta manual dilakukan bila plasenta tidak lahir setelah 30 menit bayi lahir dan telah dilakukan manajemen aktif kala III (Retensio Plasenta) disertai adanya perdarahan berlanjut.(20)

3) Pasca Manual Plasenta

- a) Berikan oksitosin 10 unit dalam 500 mL cairan IV (NaCl atau Ringer Laktat) 60 tetes/menit + masase fundus uteri untuk perangsangan kontraksi
- b) Bila masih perdarahan banyak :
 - (1) Berikan ergometrin 0,2 mg IM
 - (2) Rujuk ibu ke rumah sakit
 - (3) Selama transportasi, rasakan apakah uterus berkontraksi baik. Bila tidak, tetap lakukan masase dan beri ulang oksitosin 10 unit IM/IV
 - (4) Lakukan kompresi bimanual atau kompresi aorta bila perdarahan lebih hebat berlangsung sebelum dan selama transportasi.(20)

D. Konsep Dasar Anemia

1. Pengertian

Anemia adalah penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin di dalam sirkulasi darah. Anemia adalah konsentrasi hemoglobin dalam darah kurang dari 13,5gr/dl pada laki-laki dewasa dan kurang dari 11,5 g/dl pada wanita dewasa.(12)

Anemia pada ibu hamil adalah suatu keadaan ketika sel darah merah atau Hemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari normal (<11 g/dl). Kekurangan

zat besi menyebabkan pembentukan sel darah merah tidak mencukupi kebutuhan fisiologis tubuh, terutama pada kondisi hamil dimana banyak terjadi perubahan fisiologis tubuh.(21)

Dari pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa anemia adalah penurunan konsentrasi hemoglobin di dalam sirkulasi darah dengan konsentrasi hemoglobin kurang dari 13,5gr/dl pada laki-laki dewasa dan kurang dari 11,5 gr/dl pada wanita dewasa.

2. Tanda dan gejala

Gejala-gejala yang umumnya sering terjadi pada anemia adalah sebagai berikut:

- a. Badan terasa lemah dan mengantuk
- b. Terasa pusing dan mudah lelah
- c. Malaise
- d. Sakit kepala
- e. Terkadang lidah luka
- f. Nafsu makan turun atau anoreksia
- g. Mual dan muntah
- h. Konsentrasi hilang
- i. Nafas pendek (pada anemia yang parah)

Pada ibu hamil dengan anemia, hasil pemeriksaan akan menunjukkan:

- a. Kulit pucat
- b. Mukosa, gusi, dan kuku jari pucat
- c. Takhikardi (pada anemia yang parah)
- d. Rambut dan kuku rapuh (pada anemia yang parah)
- e. Lidah licin (pada anemia yang parah).(6)

3. Klasifikasi

Menurut Depkes RI secara umum anemia dalam kehamilan diklasifikasikan menjadi :

- a. Tidak anemia : ≥ 11 gr/dl
- b. Anemia : < 11 gr/dl

Sedangkan klasifikasi anemia menurut WHO adalah :

- a. Normal : ≥ 11 gr/dl

- b. Anemia ringan : 9-10 gr/dl
- c. Anemia sedang : 7-8 gr/dl
- d. Anemia berat : >7gr/dl.(22)

4. Diagnosis

Untuk menegakkan diagnosis anemia pada kehamilan, dapat dilakukan anamnesis, akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual muntah yang lebih hebat pada kehamilan muda.

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, perlu dilakukan preparat Fe sebanyak 90 tablet pada setiap ibu hamil di Puskesmas.(6)

5. Pengaruh anemia

Bahaya anemia terhadap kehamilan dapat digolongkan menjadi:

a. Pengaruh anemia terhadap ibu hamil

Anemia dalam kehamilan dapat menyebabkan terjadinya hemoragi dan infeksi dalam kehamilan. Anemia dalam kehamilan juga sering dihubungkan dengan terjadinya retardasi pertumbuhan dalam rahim dan persalinan preterm.(21)

1) Bahaya selama kehamilan:

- a) Dapat terjadi abortus
- b) Persalinan premature
- c) Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim
- d) Proses pembentukan plasenta

Jika ibu mengalami anemia pada kehamilan maka akan ada pengaruh pada proses pembentukan plasenta. Pembentukan plasenta meliputi pembentukan lapisan desidua basalis dan lapisan nitabuch. Lapisan nitabuch merupakan lapisan yang terbentuk dari sel-sel desidua yang berada di antara jaringan desidua basalis dan trofoblas. Jika ibu mengalami anemia maka proses pembentukan lapisan nitabuch akan terhambat karena suplai oksigen dalam darah yang kurang. Sedangkan saat proses melahirkan, plasenta terlepas

dari endometrium yaitu pada lapisan nitabuch tersebut. Jika proses pembentukan lapisan nitabuch terhambat maka proses pelepasan plasenta dari dinding endometrium juga akan terhambat.(6)

- e) Mudah terjadi infeksi
 - f) Ancaman dekompensasi kardis ($Hb < 6 \text{ gr\%}$)
 - g) Mola hidatidosa
 - h) Perdarahan antepartum
 - i) Ketuban pecah dini (KPD)
- 2) Bahaya saat persalinan
- a) Gangguan his-kekuatan mengejan.
 - b) Kala pertama dapat berlangsung lama dan terjadi partus terlantar
 - c) Kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan.
 - d) Kala tiga dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum akibat atonia uteri. Karena anemia adalah kekurangan sel darah merah (hemoglobin) yang fungsinya adalah mengikat oksigen ke seluruh tubuh termasuk ke uterus. Karena jumlah oksigen yang diikat dalam darah kurang maka jumlah oksigen jumlah oksigen yang dikirim ke uterus pun kurang. Hal ini menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat. Kemudian hal ini akan menyebabkan uterus tidak cukup kuat untuk melepaskan plasenta.(9)

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Maka jika uterus tidak berkontraksi dengan kuat maka plasenta plasenta sulit terlepas dari dinding uterus sehingga terjadi retensio plasenta.(17)

- e) Kala empat dapat terjadi perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri.
- 3) Pada kala nifas
 - a) Terjadinya subinvolusi uteri yang menimbulkan perdarahan postpartum.
 - b) Memudahkan infeksi puerperium
 - c) Pengeluaran ASI berkurang
 - d) Mudah terjadi infeksi mammae.(6)
- b. Bahaya terhadap janin, sekalipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai nutrisi dari ibunya, dengan adanya anemia kemampuan metabolisme tubuh akan berkurang sehingga pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim akan terganggu. Akibat anemia pada janin antara lain adalah:
 - 1) Abortus
 - 2) Kematian intrauteri
 - 3) Persalinan prematuritas tinggi
 - 4) Berat badan lahir rendah
 - 5) Kelahiran dengan anemia
 - 6) Dapat terjadi cacat bawaan
 - 7) Bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal
 - 8) Intelgensi rendah.(6)

E. Kewenangan Bidan

1. Konsep Dasar Kewenangan Bidan

Pasal 1 ayat (6) UU nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, menyebutkan yang dimaksud dengan tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Diantaranya :

- a. Tenaga medis
- b. Tenaga keperawatan dan bidan

- c. Tenaga kefarmasian
- d. Tenaga kesehatan masyarakat
- e. Tenaga gizi
- f. Tenaga keterampilan fisik
- g. Tenaga keteknisan medis

Dari penjelasan di atas bidan masuk dalam salah satu tenaga kesehatan, yang mana untuk memperoleh kewenangan bidan juga harus mematuhi ketentuan undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 23 ayat (3) yaitu memiliki izin. (23)

2. Kewenangan Bidan dalam Menangani Retensio Plasenta

- a. Permenkes No. 1464/Menkes/Per/X/2010

Sesuai dengan Permenkes No. 1464/Menkes/Per/X/2010 yang menjadi landasan hukum pada asuhan kebidanan ibu bersalin kala III dengan Retensio Plasenta yaitu Pasal 16 ayat 1 yaitu Pelayanan ibu nifas abnormal yang mencakup penanganan pada retensio plasenta, renjatan dan infeksi ringan.(24)

- b. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 bidan memiliki satu kompetensi yang berhubungan dengan retensio plasenta, yaitu kompetensi 4 (Kegawat daruratan persalinan dengan retensio plasenta) yang berisi bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawardaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir. (25)

- c. Standar Pelayanan Kebidanan

Menurut IBI ruang lingkup standar kebidanan meliputi 24 standar yang meliputi standar pelayanan umum, standar pelayanan antenatal, standar pertolongan persalinan, standar pelayanan nifas dan standar

penanganan kegawatdaruratan. Standar pelayan kebidanan tersebut yang berhubungan dengan retensio plasenta antara lain : (26)

1) Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

Membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan, memperpendek kala III, mencegah terjadinya atonia uteri dan retensio plasenta.

2) Standar 20: Penanganan Kegawat daruratan Retensio Plasenta

Standar 20 berbunyi "Bidan mampu mengenali dan melakukan tindakan yang tepat ketika terjadi retensio plasenta total/parsial." Wewenang bidan dalam menangani kegawatdaruratan khususnya pada kasus retensio plasenta adalah bidan harus mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama termasuk manual plasenta dan penanganan perdarahan sesuai dengan kebutuhan.

Tujuannya adalah mengenali dan melakukan tindakan yang tepat ketika terjadi retensio plasenta . Hasil yang diharapkan ialah penurunan kejadian retensio plasenta. Ibu dengan retensio plasenta mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat. Penyelamatan ibu dengan retensio plasenta meningkat.(26)

F. Aplikasi Manajemen Kebidanan pada Kasus Retensio Plasenta

1. Subjektif

Data subjektif yang menunjang pada kasus retensio plasenta yaitu plasenta belum lahir dalam 30 menit sesudah anak lahir, tidak adanya mulas, grandemultipara atau persalinan lebih dari 4 kali, riwayat sectio caesarea, riwayat kuretase, usia < 20 tahun dan > 35 tahun, dan riwayat kehamilan serta persalinan yang lalu. (14)

2. Objektif

Data objektif yang menunjang pada kasus retensio plasenta (Pemeriksaan Fisik) yaitu nadi dan pernapasan cepat, tekanan darah menurun, suhu

meningkat, ekstremitas terasa dingin, fundus teraba masih tinggi, kontraksi yang lemah atau kurang baik, tali pusat terjulur depan vulva.(14)

3. Analisa

Analisa yang dapat ditegakkan untuk kasus retensio plasenta

- a. Diagnosa Ny....., Usia....., P.....A..... inpartu kala III dengan retensio plasenta.
- b. Masalah Plasenta belum lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir.
- c. Potensial masalah Perdarahan, syok, infeksi, anemia, histerektomi.(14)

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada kasus retensio plasenta disesuaikan dengan kebutuhan klien, tindakan segera dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain yang kemudian direncanakan dan dievaluasi. Penanganan retensio plasenta:

- a. Memperhatikan keadaan klien.
- b. Mengetahui keadaan plasenta
- c. Memberikan infuse dan cairan pengganti.
- d. Retensio plasenta dengan perdarahan (Langsung dilakukan plasenta manual. Melakukan vulva hygiene pada vagina ibu. Lalu memasukkan tangan dalam posisi obstetri. Menggerakkan tangan dalam ke kiri dan kanan sambil bergeser dengan menggunakan sisi ulna tangan untuk melepaskan plasenta sehingga semua permukaan maternal plasenta dapat dilepaskan. Melakukan eksplorasi tanpa mengeluarkan tangan terlebih dahulu lalu memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus)
- e. Retensio plasenta tanpa perdarahan (merujuk klien ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang lebih baik).(11)