BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Persalian Normal

1. Pengertian

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa yang ibu dan keluarga nantikan setelah menanti selama 9 bulan. Ketika proses persalinan dimulai, ibu memiliki peran yang sangat penting dalam melahirkan bayinya. Petugas kesehatan juga berperan dalam memantau persalinan sehingga dapat mendeteksi secara dini adanya komplikasi, disamping itu bersama keluarga memberikan bantuan serta dukungan pada ibu bersalin.

- a. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.¹
- 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).²
- c. Persalinan Spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- d. Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah.

2. Tanda dan Gejala Persalinan

Tanda dan gejala yang biasanya kita jumpai yaitu:

- a. Timbul rasa sakit atau nyeri abdomen oleh adanya his yang bersifat intermiten datang lebih kuat, sering, dan teratur.
- b. Keluar lendir bercampur darah (bloody show) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks.
- c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya. Pemecahan membran yang normal terjadi pada kala I persalinan. Hal ini terjadi pada 12% wanita, dan lebih dari 80% wanita akan memulai persalinan secara spontan dalam 24 jam.
- d. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

Berikut ini adalah perbedaan penipisan dan dilatasi serviks antara nulipara dan multipara.

1) Nulipara

Biasanya sebelum persalinan, serviks menipis sekitar 50-60% dan pembukaan sampai 1cm dan dengan dimulainya persalinan, biasanya ibu nulipara mengalami penipisan serviks 50-100%, kemudian terjadi pembukaan.

2) Multipara

Pada multipara sering kali serviks tidak menipis pada awal persalinan, tetapi hanya membuka 1-2 cm. Biasanya pada multipara serviks akan membuka, kemudian diteruskan dengan penipisan.

e. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).³

3. Faktor Penyebab 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 didalam 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

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan kandung kemih dan lambung bila dindingnya teregang oleh isinya yang 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. Teori Prostaglandin

Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.⁴

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Power

Power ialah suatu kekuatan yang mendorong janin keluar, terdiri dari:

1) *His*

His merupakan kontraksi dan relaksasi otot uterus yang bergerak dari fundus ke korpus sampai dengan ke servik secara tidak sadar. Resultante efek gaya kontraksi tersebut dalam keadaan normal mengarah ke daerah lokus minoris yaitu daerah kanalis servikalis (jalan lahir) yang membuka, untuk mendorong isi uterus ke luar. Terjadinya his, akibat dari kerja hormon oksitosin serta regangan dinding uterus oleh isi konsepsi.

b. Passage

Passage atau jalan lahir terdiri dari :

- 1) Jalan lahir keras yaitu tulang pinggul (*os coxae, os sacrum* atau promontorium, dan *os coccygis*).
- 2) Jalan lahir lunak : yang berperan dalam persalinan adalah segmen bahwa rahim, servik uteri dan vagina, juga otot-otot, jaringan ikat dan ligament yang menyokong alat urogenital.

c. *Passanger* (janin atau plasenta)

Passanger terdiri dari janin dan plasenta. Janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin memiliki ukuran yang paling besar, dalam persalinan 90% bayi dilahirkan dengan letak kepala. Kelainan-kelainan yang sering menghambat dari pihak passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephalus, kelainan letak seperti letak muka atau pun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau letak sungsang.

d. Psikis (Psikologis)

Psikologis adalah keadaan emosi, jiwa (pengalaman), adat istiadat dan dukungan dari orang-orang terdekat dapat mempengaruhi proses persalinan.

e. Penolong

Proses persalinan tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan dari penolong saat sedang menghadapi persalinan.⁵

5. Kala dalam Persalinan

a. Kala I

Kala I persalinan dimulai dari saat pembukaan 1cm sampai pembukaan lengkap (10cm). Proses ini terbagi menjadi 2 fase yaitu fase laten awal serviks membuka sampai pembukaan 3cm dan fase aktif serviks membuka dari 4cm sampai 10cm. kontraksi menjadi lebih kuat dan timbul semakin sering selama fase aktif.¹

1) Diagnosis

Ibu sudah maasuk dalam persalinan kala I jika pembukaan serviks kurang dari 4cm dan kontraksi muncul secara teratur minimal 2 kali dalam 10 menit lamanya 40 detik.³

2) Penanganan

- a) Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu terlihat gelisah, ketakutan dan kesakitan seperti memberikan dukungan dan yakinkan bahwa dirinya mampu melewati persalinan ini, berikan informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan, dengarkan keluhannya dan cobalah untuk lebih sensitif terhadap perasaan ibu.
- b) Jika ibu terlihat kesakitan, dukungan/asuhan yang dapat diberikan yaitu seperti bantu ibu memilih posisi yang nyaman, 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 relaksasi ini dapat dilakuikan sewaktu terasa kontraksi.
- c) Penolong menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain selalu menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin ibu.
- d) Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi, berikanlah ibu minum yang cukup.
- e) Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.³

b. Kala II

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

1) 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.³

Gejala-gejala Kala II adalah:

- a) His, menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
- b) Pasien mulai mengejan.
- c) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul yaitu dengan perineum menonjol, vulva membuka dan tekanan pada anus.⁴

2) Penanganan

- a) Selalu memberikan dukungan kepada ibu secara terus menerus dengan mendampingi ibu, menawarkan minum dan memijat bagian punggung ibu.
- b) Membantu ibu memilih posisi yang nyaman baginya seperti jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk atau terlentang.
- c) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi rasa cemas atau takut yang ibu alami dengan cara memberikan penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan.³

Tabel 2.1 Kala dan Fase Persalinan

Tanda dan Gejala	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu / belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9cm: kecepatan pembukaan 1 cm/jam atau lebih, kepala semaki turun	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm): penurunan kepala berlanjut, ibu belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal (Nonekspulsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) : bagian terbawah	II	Akhir (ekspulsif)

janin telah mencapai dasar panggul, ibu ingin meneran

c. Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tempat implantasi plasenta sering pada dinding depan dan belakang korpus uteri atau lateral. Setelah bayi lahir uterus akan teraba keras dengan fundus setinggi pusat, beberapa saat kemudian uterus akan berkontraksi untuk melepaskan plasenta dari tempat implantasinya. Miometrium berkontraksi mengikuti penyusupan volume rongga uterus setelah bayi lahir. Penyusupan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Tempat implantasi plasenta semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal, dan kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau kedalam vagina. ²⁸

Waktu paling kritis untuk mencegah terjadinya perdarahan postpartum adalah ketika plasenta lahir dan segera setelah itu. Manajemen aktif kala III yang baik mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan postpartum. Pengkajian awal pada kala III yaitu palpasi uterus untuk menentukan apakah ada janin kedua atau tidak kemudian melakukan manajemen aktif kala III.⁶

Penatalaksanaan aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) membantu menghindarkan terjadinya perdarahan postpartum, meliputi:

1. Pemberian oksitosin dengan segera

Pemberian oksitosin perlu dilakukan pengkajian dengan melakukan palpasi pada abdomen untuk meyakinkan hanya ada bayi tunggal. Pemberian oksitosin secara intramuscular pada sepertiga paha bagian luar diberikan 1 menit setelah bayi lahir. Bila 15 menit plasenta belum lahir, maka dilakukan

pemberian oksitosin kedua, evaluasi kandung kemih apakah penuh atau tidak, bila penuh lakukan katerisasi. setelah 30 menit belum lahir, maka lakukan persiapan rujukan.²⁹

2. Penanganan tali pusat terkendali

Penanganan tali pusat terkendali dilakukan dengan cara menegangkan tali pusat secara berkala dengan mendorong uterus kearah *dorso cranial* yakni kearah kepala ibu dengan tangan penolong diletakan di atas simphisis pubis ibu.³⁰

Adapun beberapa perasat untuk mengetahui plasenta telah terlepas atau belum dari tempat implantasi :

a) Perasat Kustner

Perasat Kustner dilakukan dengan cara tangan kanan penolong meregangkan tali pusat, sedangkan tangan kiri menekan daerah di atas simpisis, apabila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina maka artinya plasenta belum terlepas dari dinding uterus. Begitu pula jika tali pusat tetap atau tidak masuk kembali ke dalam vagina maka plasenta sudah terlepas dari dinding uterus.

b) Perasat Strassman

Perasat strassman dilakukan dengan cara tangan kanan penolong meregangkan tali pusat, sedangkan tangan kiri mengetuk fundus uteri, apabila saat diketuk terasa getaran pada tali pusat maka plasenta belum terlepas dari dinding uterus. Namun jika saat diketuk tidak teraba adanya getaran pada tali pusat maka plasenta telah terlepas dari dinding plasenta.

c) Perasat Klein

Perasat klein dilakukan dengan cara meminta pasien untuk mengedan, apabila tali pusat tampak turun ke bawah dan jika mengedan dihentikan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, itu artinya plasenta belum terlepas dari dinding uterus.³⁰

3. Masase uterus.

Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan memastikan bahwa kotiledon dan selaput plasenta dalam keadaan lengkap dari sisi maternal dan fetal. Masase fundus uteri perlu dilakukan untuk merangsang kontraksi uterus yang adekuat, sehingga perdarahan postpartum yang sering diakibatkan oleh atonia uteri dapat dihindari.³⁰

d. Kala IV

Kala IV dimulai dari plasenta lahir sampai dengan 2 jam pertama postpartum.¹

1) 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.³

2) Penanganan

a) 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, akan menjepit pembuluh darah untuk otot uterus mengehentikan perdarahan. Hal ini dapat mengurangi kehilangan dan mencegah darah perdarahan pascapersalinan. Kontraksi uterus yang tidak kuat dapat menyebabkan terjadinya atonia uteri yang dapat mengancam keselamatan ibu. Pemantauan dapat dilakukan dengan cara meraba bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tinggi fundus uterus telah turun dari pusat, karena normalnya setelah plasenta lahir fundus uterus berada 1-2 jari dibawah pusat. Kemudian selain kontraksi, perdarahan sangat penting juga menjadi untuk dipantau pengeluarannya. Perkiraan darah yang hilang sangat penting untuk keselamatan ibu, terdapat beberapa cara untuk menghitung jumlah kehilangan darah, salah satunya melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Jika menyebabkan lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500ml. Perdarahan terjadi karena kontraksi uterus yang tidak kuat, sehingga tidak mampu menjepit pembuluh darah disekitarnya akibatnya perdarahan tak dapat dihentikan.^{5,28}

- b) Anjurkan ibu untuk minum demi mencegah dehidrasi. Tawarkan juga ibu untuk makan.
- c) Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayinya. Sebagai permulaan menyusui bayinya.
- d) Ajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi, tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.³

B. Konsep Dasar Retensio Plasenta

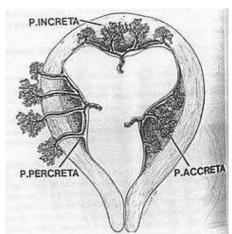
1. Pengertian

Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh terganggunya kontraksi uterus.

2. Jenis Retensio Plasenta

 a. Plasenta Adhesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.

- b. Plasenta Akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki bagian lapisan miometrium.
- c. Plasenta Inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai lapisan miometrium.
- d. Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- e. Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh kontriksi ostium uteri.¹



Gambar 2.1 Plasenta Akreta, Inkreta dan Perkreta

3. Penyebab Retensio Plasenta

Penyebab rentensio plasenta adalah:

- a. Fungsional:
 - 1) His kurang kuat
 - 2) Terhalang oleh kandung kemih yang penuh
 - 3) Plasenta sulit lepas
- b. Kelainan anatomik:
 - 1) Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena tempat perlekatan yang terlalu dalam.
 - 2) Plasenta sudah lepas tapi belum keluar, karena :

- Atonia uteri yaitu ketidak mampuan uterus untuk berkontraksi setelah bayi lahir. Hal ini akan menyebabkan perdarahan yang banyak.
- b) Adanya lingkaran kontriksi pada bagian rahim akibat kesalahan penanganan kala III sehingga menghalangi plasenta keluar (plasenta inkarserata).

4. Anatomi Plasenta

a. Plasenta

1) Bentuk dan Ukuran

Plasenta berbentuk bundar atau oval, ukuran dari diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, berat 500-600 gram. Rata-rata plasenta atau uri terbentuk lengkap pada usia kehamilan kira-kira 16 minggu, tampak ruang amnion telah mengisi seluruh rongga uterus.

2) Letak plasenta dalam uterus

Letak plasenta normal umumnya pada korpus uteri bagian depan atau belakang agak kearah fundus uteri. Apabila letak plasenta dibagian bawah dikatakan plasenta previa parsial, marginal dan totalis.

3) Pembagian plasenta

Plasenta terbagi dua yakn pada bagian fetal (janin) terdiri dari karion frondosom dan vili, dibagian permukaan janin terdapat amnion yang tampak licin, sedangkan pada bagian bawah amnion terdapat banyak cabang-cabang pembuluh darah tali pusat. Sedangkan pada bagian maternal (ibu) terdiri atas desidua kompakta yang terbentuk dari beberapa lobus dan kotiledon (15-20 buah).

4) Hormone plasenta

Hormon-hormon yang dihasilkan plasenta ykni HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*), plasenta lactogen (*Chorionic somatomamotropin*), estrogen, progesteron, serta hormon lainnya.

5) Tipe plasenta

Menurut bentuknya terdiri atas plasenta normal, plasenta membranosa (tipis), plasenta suksenturiata (1 lobus), plasenta spuria, plasenta bilobus (2 lobus), dan plasenta trilobus (3 lobus). Menurut perlekatannya terdiri dari plasenta adhesiva, plasenta akreta, plasenta ankreta, dan plasenta perkreta.³¹

b. Selaput ketuban

Ruang yang dilapisi oleh selaput janin (amnion dan karion) berisi air ketuban (*liquor amnii*). Ciri-ciri kimiawi dari amnion yakni volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-1500 cc. bila volume air ketuban < 500 cc disebut oligohidramnion, dan jika volume air ketuban >200 cc disebut polihidramnion.

Faal dari air ketuban yakni untuk proteksi janin, mencegah perlekatan janin dengan amnion, janin dapat bergerak bebas, regulasi terhadap panas dan perubahan suhu, membersihkan jalan lahir bila ketuban sudah pecah. Air ketuban berasal dari kencing janin (*fetal urine*), transfusi dari darah ibu, sekresi dari epitel amnion dan nasal campuran.

c. Tali pusat

Struktur tali pusat merentang dari pusat janin hingga ke plasenta bagian permukaan fetal janin. Warna bagian luar putih merupakan tali yang terpilin dengan panjang rata-rata 55-59 cm, diameter 1-2,5 cm. Terdiri darizat seperti agar-agar yang disebut *jelly harton* yang mencegah kompresi pembuluh darah sehingga pemberian makanan yang kontinu untuk janin.³¹

5. Tanda dan Gejala Retensio Plasenta

Tanda dan gejala dari retensio plasenta yaitu:

- a. Terjadinya perdarahan segera
- b. Uterus tidak berkontraksi
- c. Tinggi Fundus Uteri tetap atau tidak berkurang
- d. Plasenta belum lahir selama 30 menit setelah bayi lahir.¹

Tabel 2.2 Klasifikasi Retensio Plasenta

Gejala	Separasi/Plasenta Akreta Parsial	Plasenta Inkarserata	Plasenta Akreta
Konsistensi Uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi Fundus	Sepusat	2 jari bawah pusat	Sepusat
Bentuk Uterus	Discoid	Sedikit globuler	Discoid
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, 2016

6. Faktor yang Mempengaruhi Retensio Plasenta

Faktor predisposisi Retensio Plasenta yaitu:

a. Kelahiran prematur

Pengeluaran hasil konsepsi antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

- b. Kontraksi uterus yang lemah
- c. Tindakan manajemen aktif Kala III yang tidak benar. 7

Adapun faktor predisposisi lainnya yaitu:

a. Paritas

Persalinan lebih dari 4 kali, semakin meningkat paritas semakin meningkat pula kelainan pada tempat implantasi sehingga menyebabkan resiko semakin tinggi.

b. Usia

Usia menjadi salah satu faktor terjadinya retensio plasenta karena usia ibu berpengaruh terdapat kualitas dari tempat perlekatan plasenta itu sendiri. Usia ibu yang terlalu muda < 20 tahun atau usia yang terlalu tua > 35 tahun dapat meningkatkan resiko.

c. Riwayat seksio sesarea

Hal ini dikarenakan plasenta melekat secara tidak normal yang disebabkan oleh adanya trauma pada endometrium karena prosedur operasi sebelumnya.

d. Overdistensi rahim, seperti kehamilan kembar, hidramnion, atau bayi besar.

e. Partus lama

Persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi.

- f. Partus presipitatus
- g. Kotiledon tertinggal
- h. Riwayat atonia uteri
- i. Plasenta akreta, inkreta dan perkreta
- j. Manajeman aktif kala III yang tidak benar.
- k. Gangguan koagulopati seperti anemia dan hipofibrinogenemi.

7. Bentuk Pelepasan Plasenta

Terdapat 2 bentuk pelepasan plasenta, yaitu:

a. Schultze

Pelepasan berawal dari bagian tengah pada 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 fetal (permukaan yang menghadap ke janin), sedangkan permukaan maternal (permukaan yang menghadap dinding rahi) sekarang terdapat dalam kantong yang terputar balik. Maka pada pelepasan plasenta secara Schultze tidak ada perdarahan sebelum plasenta

lahir atau terlepas seluruhnya. Baru setelah terlepas seluruhnya atau lahir, darah mengalir. Pelepasan secara Schulze adalah cara yang paling sering kita jumpai.⁴

b. Duncan

Pada pelepasan secara Duncan, lepasnya plasenta dimulai 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 biasa terjadi pada plasenta letak rendah.⁴

8. Patofisiologis

Pada proses kala III yang didahului dengan tahap pelepasan/separasi plasenta akan ditandai dengan adanya perdarahan pervaginam (cara pelepasan Duncan) atau plasenta sudah lepas sebagian tetapi tidak keluar pervaginam (cara pelepasan Schulze), sampai akhirnya tahap ekspulsi, plasenta lahir. Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala III) dan harus segera diantisipasi dengan melakukan tindakan manual plasenta, tetapi dalam hal ini tindakan tersebut dilakukan atas indikasi perdarahan, bukan atas indikasi retensio plasenta.⁸

9. Penatalaksanaan

Penanganan retensio plasenta yaitu berupa pengeluaran plasenta apabila plasenta belum lahir dalam satu setengah jam sampai satu jam setelah bayi lahir terlebih apabila disertai dengan perdarahan.⁹

Jika plasenta dapat di palpasi di dalam vagina, kemungkinan pelepasan telah terjadi, dan jika uterus berkontraksi dengan baik, upaya maternal (mengejan) dapat dianjurkan. Jika terjadi keraguan, bidan harus memakai sarung tangan steril sebelum melakukan pemeriksaan vagina untuk memastikan terjadinya pelepasan. Sebagai upaya terakhir, jika ibu tidak

mampu mengejan secara efektif, tekanan fundus dapat dilakukan. Ibu harus rileks saat bidan memberi tekanan pada fundus yang sedang berkontraksi kuat.

Metode ini dapat menyebabkan ibu merasakan nyeri yang cukup kuat dan disstres pada ibu. Hal ini merupakan prosedur yang sangat berbahaya jika dilakukan oleh tangan yang tidak trampil dan tidak dianjurkan dalam praktik sehari-hari jika dapat dilakukan metode yang lain yang lebih aman.

Pelepasan plasenta secara manual, prosedur ini harus dilakukan oleh tenaga medis yang sudah ahli.

Pada situasi yang sangat khusus, yaitu ketika tidak ada dokter yang dapat dipanggil, bidan diharapkan dapat melakukan pelepasan plasenta secara manual. Setelah mendiagnosis bahwa retensio plasenta sebagai penyebab perdarahan pascapartum, bidan harus bertindak cekatan untuk menurunkan resiko terjadinya syok dan kehilangan darah. Harus diingatkan bahwa resiko terjadinya syok akibat pelepasan plasenta secara manual lebih besar jika anestetik tidak diberikan.

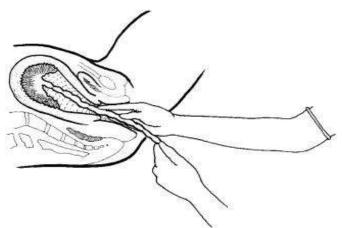
Peran bidan dalam penatalaksanaan retensio plasenta meliputi:

- a. Melakukan penatalaksanaan aktif kala III pada semua ibu yang melahirkan melalui vagina.
- b. Bila plasenta tidak lahir dalam waktu 15 menit, berikan 10 IU oksitosin secara IM dosis kedua.
- c. Periksa kandung kemih, jika ternyata penuh, gunakan teknik aseptic untuk memasukan cateter nelaton desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk mengosongkan kandung kemih.
- d. Ulangi kembali penanganan tali pusat terkendali dan tekanan dorso kranial.
- e. Berikan informasi kepada keluarga bahwa rujukan mungkin diperlukan jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit.
- f. Pada menit ke 30 coba lagi melahirkan plasenta dengan melakukan penegangan tali pusat terkendali untuk terakhir kalinya, jika plasenta tetap tidak lahir, segera lakukan rujukan.

- g. Jika plasenta belum lahir kemudian secara tiba-tiba terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan manual plasenta untuk segera mengosongkan kavum uteri.
- h. Melakukan prosedur manual plasenta sesuai dengan standar.

Adapun prosedur melakukan manual plasenta adalah sebagai berikut:

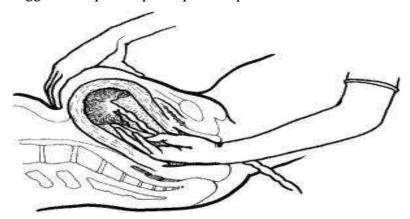
- a. Memasang infus set dan cairan infuse NaCl 0,9% atau RL dengan tetesan cepat, jarum berlubang besar (16 atau 18 G) untuk mengganti cairan yang hilang.
- b. Menjelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan.
- c. Melakukan anastesia verbal atau analgesia per rectal.
- d. Menyiapkan dan menjalankan prosedur pencegahan infeksi.
- e. Memastikan kandung kemih dalam keadaan kosong.
- f. Menjepit tali pusat dengan klem pada jarak 5-10 cm dari vulva, tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai.
- g. Secara obstetrik, masukan tangan lainnya (punggung tangan menghadap ke bawah) ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat.



Gambar 2.2 Memasukkan tangan menyusuri tali puasat (Saifuddin AB, 2002 : P-42)

h. Setelah mencapai bukaan servik, minta seorang asisten/penolong lain untuk menegangkan klem tali pusat kemudian pindahkan tangan luar untuk menahan fundus uteri.

i. Sambil menahan fundus, masukkan tangan ke dalam kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta.



Gambar 2.3 Menahan fundus sewaktu melepas plasenta (Saifuddin AB, 2002 :P-43)

- j. Bentangkan tangan obstetrik menjadi datar seperti memberi salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain saling merapat).
- k. Tentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta paling bawah. Bila plasenta berimplantasi di korpus belakang, tali pusat tetap disebelah atas dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke bawah (posterior ibu). 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 (anterio ibu).
- Setelah ujung-ujung jari masuk diantara plasenta dan dinding uterus maka perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan ke kanan dan kiri sambil digeser ke atas (cranial ibu) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus.
- m. Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.
- n. Memindahkan tangan luar dari fundus ke supra simfisis (tahan segmen bawah uterus) kemudian instruksikan asisten/penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta keluar (hindari terjadinya percikan darah).

- o. Melakukan penekanan (dengan tangan yang menahan supra simfisis) uterus kearah dorso kranial setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta di dalam wadah yang telah disediakan.
- p. Mendekontaminasi sarung tangan (sebelum dilepaskan) dan peralatan lain yang telah digunakan.
- q. Melepaskan dan rendam sarung tangan serta peralatan lainnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- r. Mencuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir.
- s. Mengeringkan tangan dengan handuk bersih dan kering.
- t. Memeriksa kembali tanda-tanda vital ibu.

Menurut Bukusaku, 2013 yaitu:

- a. Berikan 20-40 IU oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0.9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 60 tetes/menit dan 10 IU IM.
- b. Lanjutkan infus oksitosin 20 IU dalam 1000 ml larutan NaCl 0.9% atau ringer laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti.
- c. Lakukan tarikan tali pusat terkendali.
- d. Bila tarikan tali pusat tidak berhasil, lakukan plasenta manual secara hati-hati.
- e. Berikan antibiotik profilaksis dosis tunggal (ampisilin 2 g IV dan metronidazol 500 mg IV)
- f. Segera atasi atau rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap bila terjadi komplikasi perdarahan hebat atau infeksi.

10. Komplikasi Pasca Manual Plasenta

Menurut Manuaba (2010) tindakan Manual Plasenta dapat menimbulkan komplikasi:

- a. Terjadinya perforasi uterus
- b. Terjadinya infeksi : terdapat sisa plasenta atau membrane dan adanya bakteria yang terdorong ke dalam rongga rahim.

c. Terjadinya perdarahan karena atonia uteri

Kompikasi dalam pengeluaran plasenta secara manual selain infeksi/komplikasi yang berhubungan dengan transfusi darah yang dilakukan, multiple organ failure yang berhubungan dengan kolaps sirkulasi dan penurunan perfusi organ dan sepsis, ialah apabila ditemukan plasenta akreta. Dalam hal ini villi korialis menembus desidua dan memasuki miometrium dan tergantung dari dalamnya tembusan itu dibedakan antara plasenta inakreta dan plasenta perkreta. Plasenta dalam hal ini tidak mudah untuk dilepaskan melainkan sepotong demi sepotong dan disertai dengan perdarahan. Jika disadari adanya plasenta akreta sebaiknya usaha untuk mengeluarkan plasenta dengan tangan dihentikan dan segera dilakukan histerektomi dan mengangkat pula sisa-sisa dalam uterus.²

11. Kewenangan Bidan

Beberapa wewenang bidan yang ada di Indonesia dan sudah diatur dalam Undang-undang, Permenkes dan Standar Pelayanan Kebidanan.

- a. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonasia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan Disebutkan dalam BAB III mengenai Standar Kompetensi Bidan.⁴¹
- b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019
 Di Undang-Undang disebutkan dalam BAB VI Praktik Kebidanan dalam:

Paragraf 1 Pelayanan Kesehatan Ibu

Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat

- (1) huruf a, Bidan berwenang:
 - a. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;
 - b. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
 - c.memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
 - d. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;

- e. melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
- f. melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Paragraf 5 Keadaan Gawat Darurat

Pasal 59

- (1) Dalam keadaan gawat darurat untuk pemberian pertolongan pertama, Bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sesuai dengan kompetensinya.
- (2) Pertolongan pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa Klien.
- (3) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan yang mengancam nyawa Klien.
- (4) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bidan sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.
- (5) Penanganan keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (4) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.³⁵

c. Standar Pelayanan Kebidanan

Standar 20: Penanganan Kegawatdaruratan Retensio Plasenta

Tujuan : Mengenali dan melakukan tindakan yang tepat ketika terjadi retensio plasenta total/parsial.

- Pernyataan Standar : Bidan mampu mengenali retensio plasenta, dan memberikan pertolongan pertama, termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan, sesuai dengan kebutuhan.³⁶
- d. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 mengenai pelimpahan wewenang kepada bidan dimana tertuang dalam Paragraf 4 dalam pasal 53-57.³⁵ Kemudian dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan

Penyelenggaraan Praktik Bidan dalam Bagian ketiga mengenai pelimpahan wewenang pasal 22 – 27.³⁴

12. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan

a. Pengertian Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam penerapan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.³²

- b. Tahapan Dalam Manajemen Asuhan Kebidanan menurut Helen Varney
 - 1) Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini semua informasi yang akurat dan lengkap dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan melalui:

- a) Anamnesis
- b) Pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan
- c) Pemeriksaan tanda vital
- d) Pemeriksaan khusus
- e) Pemeriksaan penunjang
- 2) Langkah II : Mengidentifikasi Diagnosa/Masalah Aktual

Pada langkah ini, bidan melakukan identifikasi diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat terhadap data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasi sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosis dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian.

3) Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa/Masalah Potensial Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah di identifikasi. Langkah ini membutuhkan antisispasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap mencegah diagnosis/masalah potensial bila terjadi.

4) Langkah IV: Melaksanakan Tindakan Segera/Kolaborasi

Pada langkah ini, mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter untuk segera melakukan konsultasi atau melakukan penanganan bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan pranatal saja, tetapi selama hamil bersama bidan secara terus menerus, pada waktu wanita tersebut dalam masa persalinan.

Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat yang bidan yang bidan harus bertindak segera untuk keselamatam jiwa ibu dan anak (mis : perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir,distosia bahu, atau nilai apgar yang rendah). Dari data yang dikumpulkan dapat ditentukan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara kondisi lain mungkin harus menunggu intervensi dari dokter.

5) Langkah V: Merencanakan Asuhan Kebidanan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh dan ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi/perkiraan yang mungkin terhadap wanita tersebut, apakah dibutuhkan penyuluhan/konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah yang berkaitan dengan social,ekonomi,kultural atau masalah psikologis. Asuhan terhadap wanita sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan harusdisetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan secara efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu, tugas bidan dalam langkah ini adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan klien yang kemudian membuat kesepakatan sebelum melaksanakannya.

6) Langkah VI: Melaksanakan Asuhan Kebidanan

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh yang telah diuraikan pada langkah 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dilakukan seluruhmya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lain. Penatalaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien

7) Langkah VII : Evaluasi Asuhan Kebidanan

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, meliputi apakah pemenuhan kebutuhan telah terpenuhi sesuai diagnosis dan masalah. Rencana dianggap efektif jika memang benar efektif pelaksanaannya. 33

c. Pendokumentasian Manajemen Asuhan Kebidanan (SOAP)

1) Data Subjektif (S):

 Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnesa.

- Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat
- c) menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup).
- d) Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa.

2) Data Objektif (O):

- a) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil lab, dan test diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung assesment.
- b) Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda KU, Fital sign, Fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang).
- c) Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil Laboratorium, sinar X, rekaman CTG, dan lain-lain) dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dapat dimasukkan dalam kategori ini. Apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnosa yang akan ditegakkan.

3) Assesment (A):

 a) Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

- b) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi: Diagnosa/masalah.
- c) Antisipasi masalah lain/diagnosa potensial

4) Planning (P):

Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehaan dan harus sesuai dengan instruksi dokter.³²