

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Asuhan Kebidanan

2.1.1 Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan, 2020). Asuhan yang diberikan dapat berupa pemberian pelayanan kesehatan pada klien yang memiliki masalah atau kebutuhan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana. Tidak terbatas pada masa itu saja menurut Burhan (2015), asuhan kebidanan merupakan asuhan yang diberikan selama reproduksi mulai dari masa bayi, balita, remaja, masa sebelum hamil, hamil, bersalin, nifas hingga menopause dimana bidan bertanggung jawab penuh dalam memberikan pelayanan yang berkesinambungan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa asuhan kebidanan merupakan asuhan yang diberikan oleh bidan pada wanita selama daur hidupnya dengan tujuan menjamin setiap wanita mendapatkan hak-hak reproduksinya sehingga menjalani kehidupan yang sehat dan aman.

Tanggung jawab asuhan diberikan pada bidan dimana bidan berperan sebagai pendamping wanita. Dalam Undang - Undang RI No 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan dijelaskan bahwa bidan merupakan seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan baik di dalam negeri maupun luar

negeri yang diakui secara sah oleh pemerintah pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik kebidanan.. Sedangkan praktik kebidanan merupakan kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam bentuk asuhan kebidanan. Asuhan yang diberikan tidak terbatas pada pelayanan kesehatan namun harus sesuai dengan standar asuhan yang telah ditetapkan baik oleh pemerintah maupun organisasi profesi. Bidan memberikan asuhan harus bersifat holistik, humanistik berdasarkan evidence based dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan dan memperhatikan aspek fisik, psikologi, emosional, sosial budaya, spiritual, ekonomi dan lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi perempuan berupa upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif sesuai dengan kewenangannya (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan, 2020).

2.1.2 Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan yang digunakan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosis kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan (Kepmenkes RI No. 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan). Menurut Helen Varney (1997) dalam Astuti (2016), manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan logis untuk mengambil keputusan yang fokus pada masalah klien. Dalam kata lain manajemen ini merupakan pola pemikiran yang menjadi acuan bidan dalam menentukan keputusan pada setiap tindakan yang

diberikan. Menurut Helen Varney (1997) dalam (Sulistyawati, 2016) manajemen kebidanan memiliki 7 langkah yang berkesinambungan yaitu:

1. Langkah I: Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan semua data yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien secara holistik meliputi biopsikososio, spiritual dan kultural. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesis, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya) dan data objektif (hasil pemeriksaan fisik dan psikologis dan pemeriksaan penunjang) (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan, 2020).

2. Langkah II: Analisa diagnosa dan masalah

Diagnosis kebidanan adalah kesimpulan analisis data yang diperoleh dari pengkajian secara akurat dan logis yang dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan, 2020).

3. Langkah III: Analisa diagnosa dan masalah potensial

Diagnosa atau masalah yang mungkin akan timbul. Diagnosa atau masalah potensial ini didapatkan dari pengkajian data subjektif maupun objektif yang dapat merujuk pada gejala dari masalah yang dapat terjadi selama kehamilan. Identifikasi memiliki tujuan utama untuk mencegah dan mendeteksi masalah sedini mungkin. Usia ibu merupakan faktor risiko komplikasi dalam kehamilan (Rochjati, 2011).

4. Langkah IV: Menetapkan kebutuhan/tindakan segera

Menentukan tindakan yang harus diambil dengan data pendukung subjektif dan objektif. Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien (Astuti, 2016).

5. Langkah V: Intervensi

Intervensi atau merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya (Astuti, 2016).

6. Langkah VI: Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan kebidanan berdasarkan rencana yang diberikan secara yang diberikan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman (safety) kepada klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif baik secara mandiri, kolaborasi atau rujukan (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan, 2020)

7. Langkah VII: Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian secara sistematis dan berkesinambungan terhadap efektifitas tindakan dan asuhan kebidanan yang telah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien, dilakukan sesuai standar dan segera setelah melakukan asuhan dicatat dan dikomunikasikan kepada klien dan/atau keluarga

serta segera ditindaklanjuti (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan, 2020).

2.1.3 Dokumentasi Kebidanan

Menurut Permenkes No 938/Menkes/SK/VI/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Pencatatan asuhan kebidanan tercantum dalam standar VI, dengan pernyataan standar sebagai berikut: “bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yg ditemukan dan dilakukan dlm memberikan asuhan kebidanan”(Istri Yuliani, 2020). Dalam studi kasus ini menggunakan pendekatan dokumentasi SOAP, adapun langkah tersebut sebagai berikut :

1. Data Subyektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf “S”, diberi tanda huruf “O” atau “X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Obyektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini

sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analysis

Langkah selanjutnya adalah analisis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4. Planning

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

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 (Prajayanti 2023)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Ayudita 2023).

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Aristiya Novita 2020).

2.2.2 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Beberapa teori yang menyatakan kemungkinan terjadinya proses persalinan, meliputi:

1. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

2. Teori penurunan progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga

pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3. Teori oksitosin internal

Oksitosin di keluarkan oleh kelenjer hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterin dapat mengubah sensitivitas terjadi kontraksi Braxton Hicks.

4. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak mulai kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.

5. Teori hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

Pada percobaan Linggin (1973) menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus, sehingga disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus dengan persalinan (Harismayanti, Retni, and Kohongia 2023).

2.2.3 Tanda-Tanda Persalinan

Tanda persalinan meliputi terjadinya lightening, terjadi his permulaan, terjadi his persalinan, pengeluaran lendir dan darah, dan pengeluaran cairan ketuban.

1. Lightening menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan:

- 1) Kontraksi Braxton hicks
- 2) Ketegangan dinding perut
- 3) Ketegangan ligamentum rotundum
- 4) Gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah.

Masuknya kepala bayi di pintu atas panggul dirasakan ibu hamil: terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, di bagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan, dan sering miksi.

2. His permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi braxton hicks. Kontraksi ini dapat dikemukakan sebagai keluhan, karena dirasakan sakit dan mengganggu (hidayat fahrul 2023). Kontraksi Braxton hicks terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen, progesteron, dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Dengan makin tua hamil, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu. Sifat his permulaan (palsu):

1. Rasa nyeri ringan di bagian bawah
2. Datangnya tidak teratur
3. Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
4. Durasinya pendek

5. Tidak bertambah bila beraktivitas.
3. His persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

 - 1) Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan
 - 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar
 - 3) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks
 - 4) Makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah
4. Pengeluaran lendir dan darah

Terjadinya his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menyebabkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, dan terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
5. Pengeluaran cairan ketuban

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam (Untari and Astarina 2018).

2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan adalah 5P:

1. Passage

Passage merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal (Untari and Astarina 2018).

2. Power

Power (his dan tenaga meneran) adalah kekuatan his atau kontraksi dan kekuatan mengejan ibu yang sangat penting dalam proses persalinan (Untari and Astarina 2018).

3. Passanger

Keadaan janin (letak, presentasi, ukuran/berat janin, ada/tidak kelainan anatomik mayor) (Untari and Astarina 2018).

4. Psikologis ibu

Keadaan psikologis adalah keadaan emosi, jiwa, pengalaman, adat istiadat, dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat memengaruhi proses persalinan. Banyaknya wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan disaat merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bias melahirkan atau memproduksi anaknya. Khususnya rasa lega itu berlangsung bila kehamilannya mengalami perpanjangan waktu. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula

dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata. Kondisi psikologis ibu meliputi:

- 1) Melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual
- 2) Pengalaman bayi sebelumnya
- 3) Kebiasaan adat
- 4) Dukungan orang terdekat pada kehidupan ibu

(Septiani, Rosyidah, and Urine 2020).

5. Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini Bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Septiani, Rosyidah, and Urine 2020).

2.2.5 Tahapan Persalinan

1. Kala I Persalinan di mulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servik hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm).

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu:

- 1) Fase laten, dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servik secara bertahap. Pembukaan servik kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung selama 8 jam.
- 2) Fase Aktif, Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi 3 kali dalam 10 menit dan lamanya 40 detik atau lebih, servik

membuka dari 4-10 cm, terjadi penurunan bagian terbawah janin.

2. Kala II Dimulai dari pembukaan servik 10 cm (lengkap) sampai dengan lahirnya bayi. Gejala kala II atau kala pengeluaran adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dan durasi 50-100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus Frankenhauser.
- 4) Kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka vagina dan tampak suboksiput sebagai hipomoclon.
- 5) Lamanya kala II pada primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

3. Kala III, Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan Nitabusch. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda (Prajayanti 2023):

- 1) Uterus menjadi bundar.
- 2) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke bawah segemn bawah Rahim.
- 3) Tali pusat bertambah panjang.

4. Kala IV

Dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan meliputi:

- 1) Tingkat kesadaran pasien
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadinya perdarahan (Noviyani and Ruliyah 2023).

2.2.6 Mekanisme Persalinan Normal

Gerakan-gerakan utama dari mekanisme persalinan adalah sebagai berikut:

1. Penurunan kepala

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP) dapat dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan promontorium. Pada sinklitismus, os parietal depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan dan mendekati simfisis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam

keadaan asinklitismus, ada dua jenis asinklitismus yaitu sebagai berikut:

- 1) Asinklitismus posterior: bila sutura sagitalis mendekati simfisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan.
- 2) Asinklitismus anterior: bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.

Pada derajat sedang asinklitismus pasti terjadi pada persalinan normal, tetapi bila berat gerakan ini dapat menimbulkan disproporsi sepelopelvis dengan panggul yang berukuran normal sekalipun.

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segemen bawah rahim sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong ke dalam jalan lahir. Penurunan kepala ini juga disebabkan karena tekanan cairan intrauterine, kekuatan meneran, atau adanya kontraksi otot-otot abdomen dan melurusnya badan anak (Ayudita 2023).

2. Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi

yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun- ubun kecil lebih rendah dari ubunubun besar. Hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboccipito bregmantika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm) sampai di dasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal. Ada beberapa teori yang menjelaskan mengapa fleksi bisa terjadi. Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari serviks, dindingpanggul, atau dasar panggul. Akibat dri keadaan ini terjadilah fleksi (Di, Kerja, and Lakudo 2023).

3. Rotasi dalam (putaran paksi dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke arah simfisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan karena merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul (Di, Kerja, and Lakudo 2023).

4. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Jika kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi, maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya. Suboksiput yang tertahan pada pinggir bawah simfisis akan menjadi pusat pemutaran (hypomochlion), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum: ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi (Di, Kerja, and Lakudo 2023).

5. Rotasi luar (putaran paksi luar)

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu

bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber iskiadikum sepihak (Di, Kerja, and Lakudo 2023).

6. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir. Dengan kontraksi yang efektif, fleksi kepala yang adekuat, dan janin dengan ukuran yang rata-rata, sebagian besar oksiput yang posisinya posterior berputar cepat segera setelah mencapai dasar panggul sehingga persalinan tidak begitu bertambah panjang.

Akan tetapi, pada kira-kira 5-10% kasus, keadaan yang menguntungkan ini tidak terjadi. Sebagai contoh kontraksi yang buruk atau fleksi kepala yang salah atau keduanya, rotasi mungkin tidak sempurna atau mungkin tidak terjadi sama sekali, khususnya kalau janin besar (Crystallography 2020).

2.2.7 Tanda Bahaya Pada Persalinan

1. Perdarahan lewat jalan lahir

Perdarahan yang terjadi saat hamil disebabkan oleh beberapa hal, antara lain keguguran (abortus), kehamilan di luar kandungan (Kehamilan Ektopik Terganggu), ataupun

“hamil anggur”. Untuk mengetahui kondisi apa yang sebenarnya sedang dialami ibu hamil, segera bawa ibu hamil ke fasilitas kesehatan untuk segera ditangani oleh bidan atau dokter (Crystallography 2020).

2. Tali pusar atau tangan bayi keluar dari jalan lahir

Pada persalinan normal, posisi bayi adalah terbalik dengan kepala berada di bawah. Jika posisi bayi tidak normal, yaitu berbaring menyamping, saat persalinan bisa saja tali pusar atau tangan bayi yang keluar dari jalan lahir. Ketika ini terjadi, jangan sekali-sekali mencoba untuk mengubah posisi bayi karena bisa mengakibatkan robeknya rahim, terpisahnya plasenta dari dinding rahim, dan implikasi lainnya. Jika terlihat darah segar berwarna merah terang, itu bisa berarti plasenta telah terpisah dari dinding rahim atau juga pembukaan rahim, dan kondisi ini sangat berbahaya (Crystallography 2020).

3. Ibu mengalami kejang

Jika ibu mulai memiliki kejang dan Anda tahu dia tidak memiliki epilepsi, kejang bisa merupakan akibat dari pre-eklampsia. Ibu hamil dengan epilepsi juga bisa mendapatkan toksemia (keracunan kehamilan) (Crystallography 2020).

4. Ibu tidak kuat mengejan

Mengejan adalah cara alami ibu dalam membantu otot rahim mendorong bayi menuju jalan lahir. Jika ibu tidak kuat

mengejan, maka bayi akan terlalu lama berada di jalan lahir (dasar panggul). Ini akan membahayakan keadaan calon bayi yang mengakibatkan kondisi bayi setelah lahir lemah, mengalami gangguan pernafasan, tidak bisa menangis, dan bayi tampak pucat. Untuk itu, sudah merupakan prosedur standar bahwa bidan akan merujuk Ibu hamil ke rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan medis dari dokter dengan melakukan operasi ataupun tindakan lainnya (Crystallography 2020).

5. Air ketuban keruh dan berbau

Pada persalinan normal, air ketuban yang berwarna merah muda akan pecah menjelang persalinan. Jika air ketuban berwarna coklat atau hijau dan berbau tidak sedap bisa berarti bahwa janin telah terinfeksi dengan virus atau bakteri dan itu sangat berbahaya. Ini yang biasa disebut dengan “minum ketuban” atau “keracunan ketuban”. Jika masih pada tahap awal persalinan, atau jika ibu belum mulai mengejan untuk mendorong bayi keluar, jalan terbaik adalah segera ke bidan untuk dirujuk ke rumah sakit terdekat (Yelvita 2022).

6. Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat

Keadaan emosional ibu yang gelisah dan kesakitan hebat bias mengganggu proses persalinan, dan itu harus diwaspadai karena berbahaya. Karena ibu adalah subjek utama yang mempengaruhi berlangsungnya persalinan normal dan

yang lain, termasuk tenaga medis hanya membantu ibu dalam melakukan persalinan. Jika ibu merasa gelisah dan mengalami kesakitan, ibu harus mencoba untuk rileks dan tidak gelisah berlebihan. Sehingga pada persalinan ibu dan janin hanya memerlukan sedikit medikasi dan bahkan sedikit intervensi dalam proses bersalin. Jika ibu tetap gelisah dan mengalami kesakitan, sebaiknya bidan merujuknya ke rumah sakit untuk lebih mendapat bantuan persalinan yang dibutuhkan (Kebidanan et al. 2023).

2.3 Pendarahan Post Partum

Perdarahan pasca persalinan adalah kehilangan darah melebihi 500 ml yang terjadi setelah bayi lahir. perdarahan primer (perdarahan pasca persalinan dini) terjadi dalam 24 jam pertama, sedangkan perdarahan sekunder (perdarahan masa nifas). Perdarahan postpartum (PPP) didefinisikan sebagai kehilangan 500 ml atau lebih darah setelah persalinan pervaginam. (Reeder, Martin dan Koniak-griffin, 2010).

2.3.1 Etiologi Pendarahan Post Partum

Meskipun terdapat beberapa faktor risiko yang dapat diidentifikasi untuk PPH, sebagian besar kasus terjadi secara tidak terduga. Etiologi umum perdarahan postpartum adalah empat T yaitu tone, tissue, trauma, dan thrombosis :

1. Tonus (tone)

Pada kelompok tonus, PPH umumnya disebabkan oleh atoni uteri yang disertai dengan kegagalan dalam kontraksi dan retraksi miometrium dapat

menyebabkan perdarahan yang cepat dan berat hingga terjadi syok hipovolemik. Hingga kini, atoni uteri menjadi penyebab paling sering postpartum hemorrhage dengan prevalensi kasus sekitar 80%. Adanya distensi berlebih pada uterus menjadi penyebab utama terjadinya atoni uteri yang bisa terjadi akibat kehamilan multifetal, makrosomia janin, polihidramnion, atau kelainan janin seperti hidrosefalus berat, kelainan struktural uterus, maupun kegagalan untuk mengeluarkan plasenta atau distensi dengan darah sebelum atau setelah pengeluaran plasenta. Kegagalan kontraksi miometrium dapat pula dikarenakan kelelahan akibat persalinan yang terlalu lama, obat penghambat kontraksi seperti agen anestesi terhalogenasi, nitrat, obat antiinflamasi nonsteroid, magnesium sulfat, betasimpatomimetik, dan nifedipine. Penyebab lainnya dapat berupa implantasi plasenta di segmen bawah uterus, toksin dari bakteri oleh penyakit infeksi seperti korioamnionitis, endometriitis, septicemia, hipoksia, dan hipotermia. Uterus mendapat pasokan darah dari dua arteri uteri dan dua arteri ovari yang mengalirkan darah antara 500 hingga 900 mL per menit. Setelah persalinan selesai, terjadi peningkatan kadar oksitosin dan prostaglandin F₂-alpha yang menyebabkan adanya kontraksi uterus dan vasokonstriksi. Kontraksi tonus otot uterus menjadi mekanisme primer pasca persalinan berlangsung dan apabila terjadi gangguan pada otot miometrium dalam berkontraksi akan berujung pada terjadinya postpartum hemorrhage. (Escobar, 2022)

2. Trauma

Terjadinya postpartum hemorrhage dapat disebabkan oleh trauma pada traktus genitaliyang terjadi secara spontan maupun perlukaan yang dibuat untuk

memudahkan jalan lahir. Pada persalinan caesarean menyebabkan jumlah perdarahan dua kali lipat dibandingkan dengan persalinan pervagina. Trauma dapat dalam bentuk laserasi di perineum, vagina, dan serviks pada persalinan pervagina. Derajat laserasi dinilai dari kedalamannya mulai dari derajat 1 hingga 4. Beberapa derajat laserasi dapat mempersulit sebesar 60% dengan 80% diantaranya merupakan kasus ringan namun pada derajat 3 hingga 4 dapat membahayakan struktur disekitar traktus genitalia seperti uretra, arteri vagina, dan sfingter anal. Pada laserasi berat memerlukan intervensi bedah serta tranfusi darah (Medscape, 2018; Papazian dan Kacmar, 2017). Trauma lainnya adalah ruptur uteri yang biasanya terjadi pada ibu dengan riwayat persalinan perabdominal sebelumnya. Oleh karena itu, kebiasaan palpasi transvaginal pada bekas luka tidak lagi rekomendasikan. Setiap ibu hamil yang pernah menjalani prosedur hingga mengakibatkan gangguan pada dinding uterus, akan dianggap memiliki resiko terhadap rupture uteri. (Escobar, 2022)

3. Jaringan (Tissue)

Pada kelompok tissue, PPH berkaitan dengan pelepasan dan pengeluaran plasenta oleh kontraksi dan retraksi uterus. Retraksi lanjutan dan oklusi pembuluh darah akan optimal pada pelepasan plasenta secara menyeluruh sedangkan retensi dari pelepasan plasenta lebih sering terjadi pada plasenta dengan bentuk lobus succenturiate atau aksesoris. Plasenta pada kehamilan dengan masa preterm gestation kurang dari 24 minggu memiliki kemungkinan yang signifikan untuk terjadi perdarahan. Adanya plasenta yang tertahan memerlukan intervensi pelepasan segera yang biasanya penanganan dilakukan melalui operasi. Penelitian

juga menunjukkan bahwa pemberian uterotonic prostaglandine tidak memberikan dampak pada plasenta yang tertahan dan apabila usaha untuk melepaskan plasenta gagal dilakukan kemungkinan terjadi plasenta akreta. Pelepasan plasenta secara parsial sering terjadi pada plasenta akreta dan sejenisnya yang mana awalnya terjadi sedikit perdarahan namun menjadi perdarahan hebat akibat usaha dalam pelepasannya. Sedangkan pada pasien dengan plasenta previa harus diinformasikan mengenai resiko terjadinya PPH yang memungkinkan dilakukannya transfusi darah dan histerektomi. (Escobar, 2022)

4. Trombin (thrombosis)

Pada periode pasca persalinan, adanya gangguan pada faktor koagulasi sesungguhnya tidak banyak mempengaruhi akibat dari mekanisme penghentian perdarahan melalui kontraksi dan retraksi dari uterus. Namun hal ini dapat berbahaya saat terjadi deposisi fibrin dan bekuan darah pada pembuluh darah pada saat beberapa jam hingga beberapa hari pasca persalinan. (Escobar, 2022)

2.3.3 Patofisiologi Pendarahan Post Partum

Pada dasarnya perdarahan terjadi karena pembuluh darah, didalam uterus masih terbuka. Pelepasan plasenta memutuskan pembuluh darah dalam stratum spongiosum, sehingga sinus-sinus maternalis, ditempat insersinya plasenta terbuka. Pada waktu uterus berkontraksi, pembuluh darah yang terbuka tersebut akan menutup, kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah sehingga perdarahan akan berhenti. Adanya gangguan retraksi dan kontraksi otot uterus, akan menghambat penutupan pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan yang banyak. Keadaan demikian menjadi faktor utama penyebab perdarahan paska

persalinan. Perluasan yang luas akan menambah perdarahan seperti robekan servix, vagina dan perinium.

2.3.4 Klasifikasi Pendarahan Post Partum

Klasifikasi klinis perdarahan postpartum yaitu (Manuaba, 2008)

1. Perdarahan Postpartum Primer yaitu perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri.
2. Perdarahan Postpartum Sekunder yaitu perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum 13 sekunder disebabkan oleh, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal.

2.4 Persalinan dengan Retensio Plasenta

2.4.1 Konsep Dasar Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Istilah retensio plasenta dipergunakan jika plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir. Retensio plasenta adalah plasenta dan ketuban yang masih tertinggal dalam rongga rahim. (Maryunani anik, 2013)

2.4.2 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. (Maryunani anik, 2013)

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. (Kurniarum A, 2016)
- 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. (Kurniarum A, 2017)

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. (Kurniarum A, 2016)

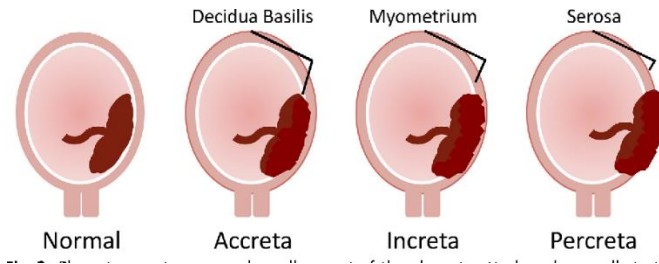
- 3) Plasenta sulit lepas. Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena tumbuh terlalu melekat lebih dalam. Jenis retensio plasenta ini yaitu disebabkan oleh jenis perlekatan plasenta diantaranya plasenta akreta, inkreta, perkreta. (Kurniarum A, 2016)

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). (Maternity D, 2016)

2.4.3 Jenis Retensio Plasenta

- a. 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, histeroktomi).
- 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 histeroktomi.



Gambar 2.4.3 Jenis Retensio Plasenta

2.4.4 Tanda dan Gejala Retensio Plasenta

Tanda dan gejala dari retensio plasenta yaitu :

- e. Plasenta belum lahir setelah 30 menit
- f. Perdarahan segera (Perdarahan Postpartum Primer)
- g. Uterus tidak berkontraksi
- h. Tinggi Fundus Uteri tetap atau tidak berkurang.

Tabel 2.4.4 Tabel Tanda dan Gejala Retensio Plasenta

Gejala	Separasi/akreta parsial	Plasenta Inkarserata	Plasenta akreta
Konsistensi Uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi fundus	Sepusat	2 jari bawah pusat	Sepusat
Bentuk uterus	Discoid	Agak 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 (2011)

2.4.5 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 Schultze tidak ada perdarahan sebelu plasenta lahir dan sekurang-kurangnya terlepas seluruhnya. Baru setelah terlepas seluruhnya atau lahir, darah sekonyong-konyong mengalir. Pelepasan secara Schulze adalah cara yang paling sering kita jumpai. (Sastrawinata S, 1983)

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. (Sastrawinata S, 1983)

2.4.6 Faktor Resiko yang Mempengaruhi Retensio Plasenta

Menurut beberapa sumber, berikut ini merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya retensio plasenta diantaranya :

1) Usia

Usia adalah masa hidup seorang ibu yang di hitung sejak lahir dalam satuan tahun. Usia adalah lamanya kehidupan seseorang yang dinyatakan dalam satuan tahun, bulan atau hari. Penyebab kematian ibu dapat disebabkan dari faktor usia. Pembagian usia dibagi menjadi,

a) Umur < 20 tahun, merupakan kategori usia yang beresiko karena organ reproduksi masih belum berkembang sempurna

b) Umur 20-35 tahun, merupakan kategori usia yang aman untuk hamil dan melahirkan

c) Umur > 35 tahun , merupakan kategori usia yang bereiko karena wanita sudah mengalami penurunan fungsi reproduksi.

Wanita yang melahirkan anak pada usia dibawah 20 tahun

atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan post partum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia dibawah 20 tahun alat reproduksi wanita belum berkembang dengan sempurna, sedangkan pada wanita yang lebih dari 35 tahun fungsi reproduksi mengalami penurunan sehingga terjadi komplikasi – komplikasi seperti retensio plasenta. (Sari dkk, 2014)

2) Paritas

Para adalah istilah yang digunakan untuk menilai wanita yang sudah melahirkan satu kali atau lebih dengan kelahiran bayi atau bayi telah mencapai titik bertahan hidup. Titik ini dipertimbangkan sampai pada usia kehamilan 20 minggu (atau berat janin 500g), yang merupakan batasan pada definisi aborsi. paritas dibagi menjadi :

- a) Nulipara, merupakan istilah yang digunakan untuk ibu yang belum pernah melahirkan bayi atau menyelesaikan kehamilan melewati masa gestasi 20 minggu.
- b) Primipara, merupakan istilah yang digunakan untuk wanita yang sudah pernah melahirkan bayi satu kali.
- c) Multipara, merupakan istilah yang digunakan untuk menilai wanita yang sudah melahirkan lebih dari satu kali.

Semakin meningkat paritas semakin meningkat pula kelainan pada tempat implantasi plasenta. Dengan kehamilan berulang, otot rahim digantikan oleh jaringan fibrosa, dengan penurunan

dari kekuatan kontraktile rahim akhirnya dapat menyebabkan atonia uteri dan retensio plasenta. Pasien multipara dan grandemultipara memiliki risiko tinggi terhadap kejadian perdarahan pasca persalinan dan retensio plasenta.

Ibu bersalin dengan paritas tinggi dapat meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas maternal. Ibu bersalin dengan paritas tinggi atau melahirkan lebih dari satu kali beresiko 2,250 lebih besar mengalami retensio plasenta pada saat persalinan (Lathifatuzzahro, 2020). Pada setiap kehamilan dan persalinan akan menyebabkan terjadinya penurunan sel desidua yang mengakibatkan terjadinya penurunan sel-sel desidua atau tidak adanya sel desidua basalis secara total atau parsial dan kelainan perkembangan lapisan nitabuch (fibrinoid), sehingga vili plasenta akan melekat sampai ke myometriium (plasenta akreta). Vili juga bisa sampai menembus kedalam myometriium (plasenta ikreta), dan bahkan bisa sampai menembus seluruh ketebalan myometriium (plasenta perkreta) (Kusumastuti, 2018).

3) Anemia

Anemia dalam kehamilan merupakan suatu keadaan dimana ibu dengan kadar Hb <11 gr% pada trimester I dan III dan <10,5gr% pada trimester II. Nilai batas tersebut akan berbeda dengan kondisi wanita tidak hamil terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester II (Saifuddin, 2015).

Pada wanita hamil, anemia dapat meningkatkan jumlah

komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Perdarahan antepartum dan postpartum lebih sering ditemui pada ibu yang mengalami kasus anemia dan dapat berakibat fatal karena wanita yang mengalami anemia tidak dapat mentolerir jumlah darah yang hilang (Manuaba, 2010). Anemia merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian perdarahan postpartum. Menurut Fraser & Coper dalam Riyanto, (2015) yaitu anemia

pada ibu hamil dan bersalin dapat menyebabkan kontraksi serat-serat myometrium terutama yang terletak di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah di tempat perlekatan plasenta menjadi lemah sehingga dapat meningkatkan resiko terjadinya retensio plasenta karena otot-otot rahim tidak dapat berkontraksi.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara anemia dengan kejadian retensio plasenta. Ibu yang mengalami anemia beresiko 2,390 kali mengalami retensio plasenta dibandingkan ibu yang tidak anemia (Permatasari dkk, 2017).

4) Riwayat SC

Wanita dengan riwayat persalinan sesar mengalami jaringan parut pada rahimnya, sehingga dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian pada kehamilan dan persalinan selanjtnya (Prawirohardjo, 2013).

5) Riwayat Abortus

Riwayat abortus terutama yang disertai tindakan kuretase merupakan faktor risiko penting terhadap terjadinya retensio plasenta pada kehamilan berikutnya. Prosedur kuretase dapat menyebabkan trauma pada lapisan endometrium, khususnya decidua basalis, yang berperan penting dalam proses perlekatan normal plasenta.

Trauma ini dapat mengganggu regenerasi dan perkembangan normal decidua, sehingga saat terjadi kehamilan berikutnya, plasenta dapat mengalami perlekatan abnormal yang lebih dalam ke lapisan miometrium, bukan hanya terbatas pada decidua. Akibatnya, saat proses persalinan plasenta tidak dapat lepas secara spontan sebagaimana mestinya, yang dikenal dengan istilah retensio plasenta. Riwayat abortus merupakan salah satu etiologi dari terjadinya plasenta akreta (Rika Astria, 2024)

6) Manajemen aktif kala III

Manajemen aktif kala III adalah suatu tindakan untuk mengupayakan kala III selesai secepat mungkin dengan melakukan langkah-langkah yang memungkinkan plasenta lepas dan lahir dengan cepat (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010).

Adapun beberapa keuntungan dilakukannya manajemen aktif kala III yaitu agar persalinan kala III berlangsung lebih singkat, dapat mengurangi jumlah kehilangan darah serta mengurangi terjadi retensio plasenta. Dengan demikian maka manajemen aktif kala III dapat membantu mempercepat kelahiran plasenta dan

dapat mencegah dan mengurangi perdarahan postpartum terutama yang disebabkan oleh retensio plasenta (JNPK-KR, 2012).

7) Preeklamsia

Preeklamsia adalah penyakit yang ditandai dengan adanya hipertensi, oedema dan protein urine yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini biasanya timbul pada kehamilan trimester ke-3 tetapi dapat timbul sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Marmi, 2015).

Peningkatan kejadian pre eklampsia yang mengalami perdarahan post partum dapat dikarenakan pada ibu dengan pre eklampsia mengalami penurunan volume plasma yang mengakibatkan hemokonsentrasi dan peningkatan hematokrit maternal. Vasospasme siklik lebih lanjut menurunkan perfusi organ dengan menghancurkan sel-sel darah merah. Penurunan jumlah sel darah merah ini berkaitan dengan kejadian anemia. Kekurangan Hb dalam darah akan mengganggu jumlah oksigen yang dibawa ke sel-sel dalam tubuh termasuk yang berada di uterus. Berkurangnya jumlah oksigen dalam darah inilah yang menyebabkan otot-otot uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik sehingga terjadilah retensio placenta. Retensio plasenta menjadi salah satu penyebab terjadinya perdarahan postpartum. (Marmi, 2015)

8) Plasenta previa

Plasenta merupakan plasenta yang berimplantasi di atas atau mendekati ostium serviks interna (WHO, 2013). Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu berada bagian segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi seluruhnya atau sebagian pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta plasenta terletak pada bagian atas uterus.

Plasenta previa merupakan faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta. Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan, plasenta previa yang didiagnosis selama kehamilan memiliki risiko 65,02 kali terjadi plasenta akreta hingga perkreta (Kusumastuti, 2018).

2.4.7 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 kewenangan dan kompetensi untuk melakukan prosedur plasenta. Bidan berwenang melakukan tindakan plasenta manual bila terdapat tanda-tanda adanya perdarahan. 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.

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. (Kurniarum, 2016)

2.4.8 Prosedur Manual Plasenta

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

a) Persiapan

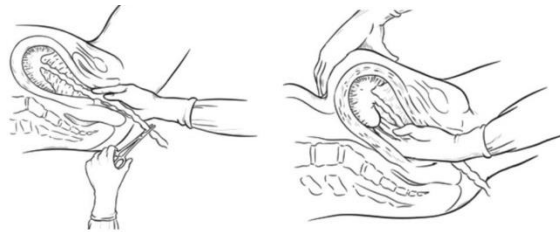
- (1) Memasang infus
- (2) Berikan 20-40 unit oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9 % atau Ringer Laktat dengan kecepatan tetesan 60 tetes/menit dan 10 unit oksitosin IM. Lanjutkan infus oksitosin 20 unit dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9 % atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti
- (3) Menjelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan
- (4) Melakukan anastesi verbal/analgesik per rektal (untuk mengurangi rasa nyeri)
- (5) Berikan antibiotika dosis tunggal (profilaksis)/ Ampisilin 2 g IV + metronidazol 500 mg IV ATAU Cefazolin 1 g IV + metronidazol 500 mg IV (untuk mencegah 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)



Gambar 2.4.8 Tindakan penetrasi ke dalam kavum uteri

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) Jika plasenta tidak dapat dilepaskan dari permukaan uterus, kemungkinan plasenta akreta. Siapkan laparotomi untuk histerektomi supravaginal.

f) Eksplorasi untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus.

g) Periksa plasenta lengkap atau tidak, bila tidak lengkap, lakukan eksplorasi ke dalam kavum uteri.

h) Pasca Manual Plasenta

Berikan oksitosin 10 unit dalam 500 mL cairan IV (NaCl atau Ringer Laktat) 60 tetes/menit + masase fundus uteri untuk perangsangan kontraksi. Bila masih perdarahan banyak :

- 1) Berikan ergometrin 0,2 mg IM
- 2) Rujuk ibu ke rumah sakit dengan fasilitas yang lebih baik bila terjadi pendarahan banyak dan infeksi.
- 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. (Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, 2013)

2.4 Kewenangan Bidan

2.4.1 Kewenangan Bidan dalam Menangani Retensio Plasenta

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 BAB III Tentang Standar Profesi Bidan.

- a. Pada point B kompetensi 5, yang berbunyi 'kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu bersalin, kondisi gawat darurat dan rujukan'.
- b. Pada point B kompetensi 4, yang berbunyi 'Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan penanganan situasi kegawatdaruratan dan system rujukan'. Dalam hal ini Bidan memiliki pengetahuan dan mampu melakukan asuhan kebidanan yang tepat ketika terjadi kegawatdaruratan, salah satunya yaitu retensio plasenta.

B. Standar Pelayanan Kebidanan

Menurut IBI yang 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 pelayanan kebidanan tersebut yang berhubungan dengan retensio plasenta antara lain : (Ikatan Bidan Indonesia, 2016)

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 retesio plasenta mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat. Penyelamatan ibu dengan retensio plasenta meningkat. (Ikatan Bidan Indonesia, 2016)

D. Kewenangan Bidan di Rumah Sakit

Bidan di rumah sakit dapat menangani kegawatdaruratan obstetri dalam batas kompetensi, termasuk melakukan tindakan awal pada kasus retensio plasenta. Bidan berwenang memberikan pertolongan seperti:

1. Pemeriksaan dan diagnosis awal, seperti pemantauan tanda tanda retensio plasenta dan pendarahan.
2. Pemantauan dan pertolongan pertama, seperti pemberian obat uteronika (oksitosin) untuk merangsang kontraksi dan PTT (Penegangan Tali Pusat Terkendali).
3. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOg jika plasenta belum keluar, dan melakukan tindakan manual plasenta, bagi Bidan upaya pengeluaran plasenta secara manual hanya dilakukan jika sudah mendapatkan pelatihan khusus (seperti pelatihan Asuhan Persalinan Normal/APN, PONEK, atau pelatihan penanganan kegawatdaruratan).

Dalam hal ini termasuk ke dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan BAB III Pasal 18 yang berbunyi ‘Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan. Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan : a. Pelayanan kesehatan ibu, b. Pelayanan kesehatan anak dan c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.’ yang diperjelas di Pasal 19 yang diantaranya ‘penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan’ dan ‘pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum.’