

## BAB II

### TIJAUAN PUSTAKA

#### A. Teori Medis

##### 1. Persalinan

###### a. Definisi

- 1) Menurut Aprilia (2011:111) persalinan adalah proses membuka dan menipisnya servik, dan janin turun ke dalam jalan lahir.
- 2) Menurut Rohani dkk (2013:2) persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir.
- 3) Menurut Sarwono (2009) persalinan normal adalah pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan, presentasi belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam baik bagi ibu maupun janin.
- 4) Menurut Sumarah (2009:1) persalinan adalah rangkaian peristiwa mulai dari kenceng-kenceng teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban dan selaput ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir

atau melalui jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri.

- b. Menurut penjelasan dari berbagai sumber diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin, plasenta, ketuban dan selaput ketuban yang terjadi pada kehamilan cukup bulan ataupun kurang bulan yang ditandai dengan rasa nyeri ringan dibagian bawah, teratur dan interval makin pendek serta keluar lendir darah dan cairan ketuban. Macam-macam persalinan Menurut Aprilia (2011:111-113) terdapat beberapa macam-macam persalinan yaitu:

1) Berdasarkan cara pengeluarannya

a) Persalinan Spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir.

b) Persalinan Buatan

Persalinan dengan bantuan tenaga dari luar misalnya forcep/vakum/SC.

c) Persalinan Anjuran

Persalinan dengan bantuan diberi obat-obatan baik disertai ataupun tanpa pemecahan ketuban.

2) Berdasarkan Usia Kehamilan

Menurut Aprilia (2011) macam-macam persalinan berdasarkan usia kehamilannya adalah sebagai berikut:

## a) Abortus

Keluarnya hasil konsepsi (bayi) sebelum dapat hidup pada usia <20 minggu.

## b) Persalinan Imatur

Keluarnya hasil konsepsi pada UK 20-27 minggu.

## c) Persalinan Prematur

Keluarnya hasil konsepsi pada UK 28-35 minggu.

## d) Persalinan Matur atau Aterm

Keluarnya hasil konsepsi pada 36-40 minggu.

## e) Persalinan Postmatur atau Serotinus

Keluarnya hasil konsepsi pada UK >40 minggu.

## c. Faktor Penyebab Terjadinya Persalinan

Menurut Sumarah, dkk (2011:112-113), ada beberapa faktor terjadinya persalinan yaitu:

## 1) Teori Kerenggangan

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

## 2) Teori Penurunan Progesteron

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur hamil 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron

mengalami penurunan, sehingga otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

### 3) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar Hipofisi Pars Posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

### 4) Teori Pengaruh Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat pada usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan (Rohani, 2011:5).

### 5) Teori Berkurangnya Nutrisi

Teori ini ditemukan pertama kali oleh Hipokrates. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan (Sumarah, 2009:4)

### 6) Faktor Lain

Tekanan pada ganglion servikale dari *pleksus frankerhauser* yang terletak di belakang serviks. Bila ganglion ini tertekan maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan ((Sumarah, 2009:4).

d. Tahapan Persalinan

Menurut Rika N (2012:11), persalinan dibagi menjadi beberapa tahap yaitu:

1) Kala I

Dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan mencapai lengkap. Lama kala I pada primigravida 18 jam sedangkan pada multigravida 2 sampai 10 jam. Kala I dibagi 2 fase, yaitu:

a) Fase laten

Dimulai sejak awal terjadinya kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan 1-3 cm, lama 7- 8 jam.

b) Fase aktif

Terjadi penurunan bagian terbawah janin, frekuensi dan lama kontraksi terus meningkat (kontraksi uterus dianggap adekuat bila terjadi 3 kali atau lebih dalam 10 menit lama 40 detik atau lebih). Pada fase aktif dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

(1) Periode akselerasi (pembukaan 3-4 cm, lama 2 jam.

(2) Periode dilatasi maksimal (pembukaan 4-9 cm, lama 2 jam).

(3) Periode deselerasi (pembukaan 9-10 cm, lama 2 jam).

## 2) Kala II

Fase yang dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Pada primigravida lamanya 30 menit sampai 3 jam, dan pada multipara 5 sampai 30 menit. Median lamanya persalinan kala II pada multipara sedikit berkurang dari 20 menit dan pada primigravida sedikit kurang dari 50 menit.

Menurut Aprilia (2011:116) tanda dan gejala yang terjadi pada kala II, yaitu:

### a) Tanda dan gejala kala II

(1) Dorongan meneran (doran).

(2) Tekanan pada anus (teknus).

(3) Perineum menonjol (perjol).

(4) Vulva, vagina dan sfingter ani terbuka.

(5) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

### b) Tanda pasti Kala II

(1) Pembukaan lengkap.

(2) Terlihat kepala di introitus vagina, kepala tampak di depan vulva dengan diameter 5-6 atau disebut juga dengan crowning.

## 3) Kala III

Kala III dimulai dari lahirnya bayi hingga pengeluaran plasenta. Lama kala III pada primigravida dan multigravida 6 hingga 15 menit.

a) Mekanisme pelepasan plasenta

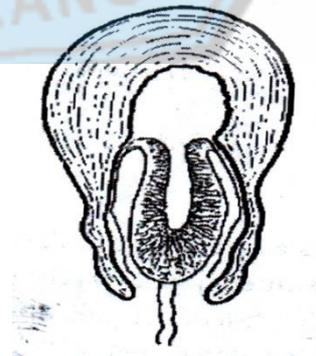
Pemisahan plasenta ditimbulkan dari kontraksi dan retraksi miometrium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil sehingga plasenta mulai memisahkan diri dari dinding uterus karena plasenta tidak elastis seperti uterus dan tidak dapat berkontraksi atau beretraksi. Pada area pemisahan, bekuan darah retroplasenta terbentuk. Berat bekuan darah ini menambah tekanan pada plasenta dan membantu pemisahan. Kontraksi uterus selanjutnya juga membantu melepaskan plasenta dari uterus dan mendorongnya keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah retroplasenta (Rohani, 2013:205-206).

b) Metode pelepasan plasenta

Menurut Rohani (2013:207) ada dua metode untuk pelepasan plasenta, yaitu sebagai berikut:

(1) Metode schultze

Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantong amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan. Hal tersebut terjadi karena terdapat serat otot oblik dibagian atas segmen uterus.

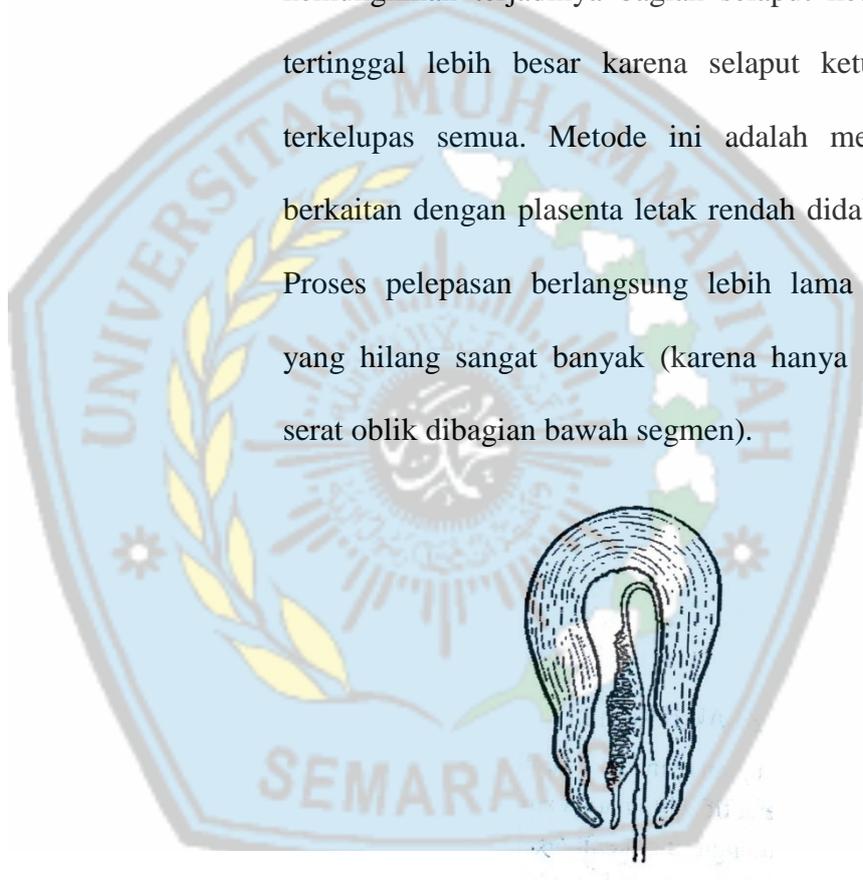


Gambar 2.1

Pelepasan Plasenta Metode Schultze

(2) Metode matthew duncan

Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu seperti kancing yang memasuki lubang baju, bagian plasenta tidak berada dalam kantong. Pada metode ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tidak terkelupas semua. Metode ini adalah metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah didalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang sangat banyak (karena hanya ada sedikit serat oblik dibagian bawah segmen).



Gambar 2.2

Pelepasan Plasenta Metode Duncan

c) Teknik memastikan pelepasan plasenta

Menurut Rohani (2013:207), untuk memastikan plasenta sudah lepas dapat dilakukan pemeriksaan dengan 3 teknik, yaitu:

(1) Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan diatas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti plasenta belum terlepas, apabila diam atau maju berarti plasenta sudah terlepas.

(2) Klein

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali berarti plasenta belum terlepas, tetapi bila plasenta diam atau turun berarti plasenta sudah lepas.

(3) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum terlepas, tetapi apabila plasenta tidak bergetar berarti sudah terlepas.

d) Tanda pelepasan plasenta

Menurut Aprilia (2011:117) tanda pelepasan plasenta adalah sebagai berikut:

(1) Tali pusat bertambah panjang.

- (2) Perubahan ukuran dan bentuk uterus dari bentuk diskoid menjadi globuler dan keras.
- (3) Semburan darah secara tiba-tiba.
- (4) Fundus uteri naik ke atas, lebih tinggi sedikit di atas pusat.

e) Manajemen aktif kala III

Tujuannya untuk mempersingkat kala III, mengurangi jumlah kehilangan darah, dan mengurangi kejadian retensio plasenta dengan pemberian suntikan oksitosin 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali dan masase fundus uteri (Rohani dkk.,2011:208).

4) Kala IV

Menurut Sumarah dkk. (2009:166) kala IV persalinan dimulai dari pengeluaran uri sampai 2 jam kemudian. Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali ke bentuk normal. Hal itu dapat dilakukan dengan masase uterus agar uterus berkontraksi dengan baik dan keras, memastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap serta tidak ada sedikitpun plasenta yang tertinggal

e. Tanda-tanda persalinan

Menurut Aprilia (2011:113) tanda-tanda persalinan meliputi:

- 1) Tanda persalinan sudah dekat

a) Terjadi lightening

Yaitu kepala turun memasuki PAP, pada primigravida akan terjadi lightening menjelang minggu ke-36. Lightening menyebabkan:

(1) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang.

(2) Dibagian bawah terasa sesak.

(3) Terjadi kesulitan saat berjalan dan sering miksi.

b) Terjadi his permulaan

Sifat his permulaan atau palsu:

(1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah.

(2) Datangnya tidak teratur dan durasinya pendek.

(3) Tidak ada perubahan pada serviks dan tidak bertambah bila beraktivitas.

2) Tanda pasti persalinan

Terjadi his persalinan yang sifatnya:

a) Teratur, interval makin pendek, kekuatan makin bertambah jika beraktifitas dan mempunyai pengaruh pada perubahan serviks.

b) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.

c) Keluar lendir darah serta cairan ketuban.

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Sumarah dkk. (2009:25-42) faktor yang mempengaruhi persalinan adalah sebagai berikut:

1) Passage

Passage atau jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot besar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku.

2) Passanger (janin dan plasenta)

Faktor yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin meliputi ukuran kepala janin, presentasi janin, letak janin, sikap janin, dan posisi janin.

a) Ukuran kepala janin

(1) Diameter sub occipito bregmatika 9,5 cm.

(2) Diameter occipitofrontalis Jarak antara tulang oksiput dan frontal adalah 12 cm.

(3) Diameter vertikomento/supraoksipitomental/mento occipitalis 13,5 cm, merupakan diameter terbesar, terjadi presentasi dahi.

(4) Diameter submentobregmatika 9,5 cm atau diameter anteroposterior pada presentasi muka.

b) Ukuran circumferensia (keliling)

(1) Circumferensia fronto occipitalis 34 cm.

(2) Circumferensia mento occipitalis 35 cm.

(3) Circumferensia sub occipito bregmatika 32 cm.

c) Presentasi janin

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm. Tiga presentasi janin yang utama adalah kepala (96%), bokong (3%), bahu (1%).

d) Letak janin

Letak adalah hubungan antara sumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung) ibu.

e) Sikap janin

Sikap adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi ke arah dada, dan paha fleksi ke arah sendi lutut. Sikap ini disebut fleksi umum. Tangan disilangkan di depan thorax dan tali pusat terletak diantara lengan dan tungkai.

f) Posisi janin

Posisi adalah hubungan antara bagian presentasi (oksiput, sacrum, mentum/dagu, sinsiput/puncak kepala yang defleksi/menengadah) terhadap empat kuadran panggul ibu. Yaitu posisi oksipito anterior kanan (OAKa), oksipito tranversa kanan (OTKa), oksipito posterior kanan (OPKa), oksipito posterior kiri (OPKi), oksipito tranversa kiri (OTKi), oksipito anterior kiri (OAKi).

### 3) Power

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila servik berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter.

## 2. Retensio Plasenta

### a. Definisi

- 1) Menurut Aprilia (2009:156), retensio plasenta adalah plasenta yang belum lahir setengah jam setelah janin lahir.
- 2) Menurut Rohani dkk. (2011:217), retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir.

3) Retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi (Ai Yeyeh & Lia Yulianti, 2010:296).

b. Jenis Retensio Plasenta

Menurut Ai Yeyeh & Lia Yulianti (2010:299) jenis retensio plasenta menurut perlekatannya ada 4 macam antara lain:

1) Plasenta akreta

Adalah plasenta yang menembus lebih dalam ke miometrium tetapi belum menembus serosa.

2) Plasenta inkreta

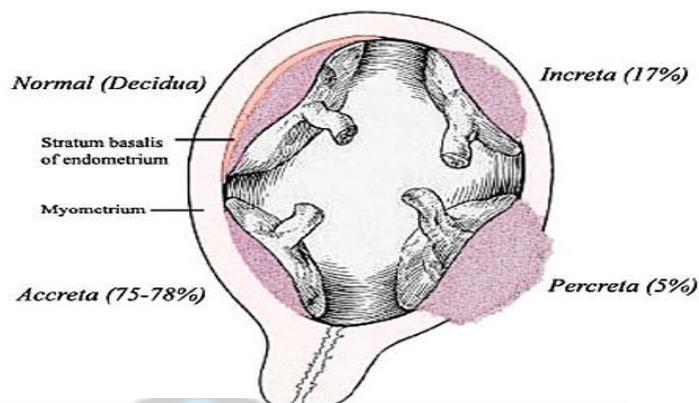
Adalah dimana vili khoralis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua sampai ke mio miometrium.

3) Plasenta Perkreta

Adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan miometrium hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.

4) Plasenta inkarserata

Adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh kontriksi ostium uteri.



Gambar 2.3

## Klasifikasi Retensio Plasenta

## c. Presdiposisi

Menurut Manuaba (2010), faktor presdiposisi terjadinya retensio plasenta adalah:

- 1) Grandemultipara
- 2) Kehamilan ganda, sehingga memerlukan implantasi plasenta yang luas
- 3) Kasus infertilitas, karena lapisan endometrium tipis
- 4) Plasenta previa, karena bagian isthmus, pembuluh darah sedikit, sehingga perlu lebih masuk kedalam perlekatannya
- 5) Bekas operasi uterus

## d. Etiologi

Menurut Nur H&Faridatul (2010), sebab-sebab terjadinya Retensio Plasenta antara lain:

- 1) Fungsional
  - (1) His kurang kuat

(2) Plasenta sukar terlepas (plasenta adhesiva) karena tempatnya (insersi di sudut tuba) bentuknya (plasenta membranasea, plasenta anularis) dan ukurannya (plasenta yang sangat kecil).

## 2) Patologi-anatomi

### (1) Plasenta akreta

Adalah plasenta yang menembus lebih dalam ke miometrium tetapi belum menembus serosa.

### (2) Plasenta inkreta

Adalah dimana vili khorialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua sampai ke mio miometrium.

### (3) Plasenta perkreta

Adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan miometrium hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.

### (4) Plasenta inkarserata

Adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh kontriksi ostium uteri.

## e. Patofisiologi

Menurut Anik & Eka (2013:161), patofisiologi terjadinya retensio plasenta adalah:

1) Proses kala III di dahului dengan tahap pelepasan atau separasi plasenta akan ditandai oleh perdarahan pervaginam (cara

pelepasan Duncan) atau plasenta sudah lepas sebagian tetapi tidak keluar pervaginam (cara pelepasan Schultze), sampai akhirnya tahap ekspulsi, plasenta lahir.

- 2) Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan.
- 3) Sebagian plasenta yang sudah terlepas, dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala III) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan plasenta manual, meskipun kala uri belum lewat setengah jam (Prawirohardjo, 2008:527).

#### f. Gambaran Klinis

2.1 Tabel gambaran dan dugaan penyebab retensio plasenta

<b>Gejala</b>	<b>Akreta / Separasi Parsial</b>	<b>Inkarserata</b>	<b>Akreta</b>
Konsistensi uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi fundus	Sepusat	2 jari bawah pusat	Sepusat
Bentuk uterus	Diskoid	Agak globuler	Diskoid
Perdarahan	Sedang-banyak	Sedang	Sedikit/tidak ada
Tali pusat	Terjuler sebagian	Terjuler	Tidak terjuler
Ostium uteri	Terbuka	Konstriksi	Terbuka
Pelepasan plasenta	Lepas sebagian	Sudah lepas	Melekat seluruhnya
Syok	Sering	Jarang	Jarang sekali, kecuali akibat inversio uteri oleh tarikan kuat pada tali pusat.

Sumber: Rohani dkk., 2013

g. Penatalaksanaan Retensio Plasenta

Menurut Rohani dkk. (2013:218), penatalaksanaan retensio plasenta disesuaikan dengan jenis retensio yang terjadi:

- 1) Retensio plasenta dengan separasi parsial
  - a) Tentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang akan diambil
  - b) Regangkan tali pusat dan minta klien untuk meneran. Bila ekspulsi tidak terjadi, coba traksi terkontrol tali pusat
  - c) Pasang infus oksitosin 20 unit dalam 500 cc NS/RL dengan 40 tetes per menit. Bila perlu, kombinasikan dengan misoprostol 400 mg rektal (sebaiknya tidak menggunakan ergometrin karena kontraksi tonik yang timbul dapat mengakibatkan plasenta tetperangkap dalam kavum uteri)
  - d) Bila traksi terkontrol gagal untuk melahirkan plasenta, lakukan manual plasenta secara hati-hati dan halus (melahirkan plasenta yang melekat erat secara paksa dapat menyebabkan perdarahan atau perforasi)
  - e) Restorasi cairan untuk mengatasi hipovolemia
  - f) Lakukan transfusi darah bila diperlukan
  - g) Beri antibiotik profilaksis (ampicilin 2 g IV atau per oral + metronidazol 1 g per oral)
  - h) Segera atasi bila terjadi komplikasi perdarahan hebat, infeksi, dan syok neurogenik

(1) Indikasi manual plasenta

Menurut Manuaba (2010), indikasi dilakukan manual plasenta adalah:

- (a) Perdarahan mendadak sekitar 400-500 cc
- (b) Riwayat haemorrhagie postpartum habitualis
- (c) Post operasi (trans vaginal dan trans abdominal)
- (d) Penderita dalam keadaan narkosa atau anastesi umum

(2) Prosedur manual plasenta

Menurut Anik & Eka (2013:161), prosedur manual plasenta adalah sebagai berikut:

- (a) Pastikan kandung kemih dalam keadaan kosong
- (b) Jepit tali pusat dengan klem pada jarak 5-10 cm dari vulva, tegangkan tangan sejajar lantai
- (c) Secara obstetrik, masukkan tangan lainnya (punggung tangan menghadap ke bawah) ke dalam vagina menyusuri sisi bawah tali pusat
- (d) Setelah mencapai permukaan serviks, minta seorang asisten untuk memegang klem tali pusat kemudian pindahkan tangan luar untuk menahan fundus uteri
- (e) Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan dalam sampai kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta

- (f) Bentangkan tangan obstetrik menjadi tangan datar seperti memberi salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain saling merapat)
- (g) Tentukan implantasi plasenta, temuan tepi plasenta yang paling bawah
- (h) Perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan kanan kekanan dan kekiri sambil digeser keatas (kranial ibu) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus
  - (i) Sementara satu tangan masih didalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada plasenta yang tertinggal
  - (j) Pindahkan tangan luar dari fundus ke suprasimfisis (tahan segmen bawah rahim) kemudian instruksikan asisten atau penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta keluar (hindarkan terjadinya percikan darah)
- (k) Lakukan penekanan (dengan tangan yang menahan suprasimfisis) uterus kearah dorso kranial setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta ke dalam wadah yang telah disediakan
- (l) Perlu diperhatikan bila tepi plasenta tidak teraba atau plasenta berada pada dataran yang sama

dengan dinding uterus, maka hentikan upaya manual plasenta karena hal ini menunjukkan plasenta inkreta. Bila hanya sebagian dari implantasi plasenta yang dapat dilepas dan bagian lainnya melekat erat, maka hentikan pula manual plasenta karena hal ini adalah plasenta akreta. Untuk keadaan ini ibu diberikan uterotonika tambahab (misoprostol 600 mcg per rektal) sebelum dirujuk ke fasilitas kesehatan

2) Retensio plasenta dengan plasenta inkarserata

- a) Tentukan diagnosa kerja melalui anamnesis, gejala klinik, dan pemeriksaan
- b) Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan untuk menghilangkan konstiksi serviks dan melahirkan plasenta
- c) Pilih flouthane atau eter untuk konstiksi serviks yang kuat, tetapi siapkan infus oksitosin 20 IU dalam 500 ml NS/RL dengan tetesan 40 tetesan per menit untuk mengantisipasi gangguan kontraksi yang disebabkan bahan anastesi tersebut
- d) Bila prosedur anastesi tidak tersedia, tetapi serviks dapat dilalui oleh cunam ovum, lakukan manuver skrup untuk melahirkan plasenta. Untuk prosedur tersebut, berikan analgetikb (Tramadol 100 mg IV atau pethidine 50 mg IV)

dan sedatif (diazepam 5 mg IV) pada tabung terpisah.

Teknik dalam melakukan manuver Skrup adalah:

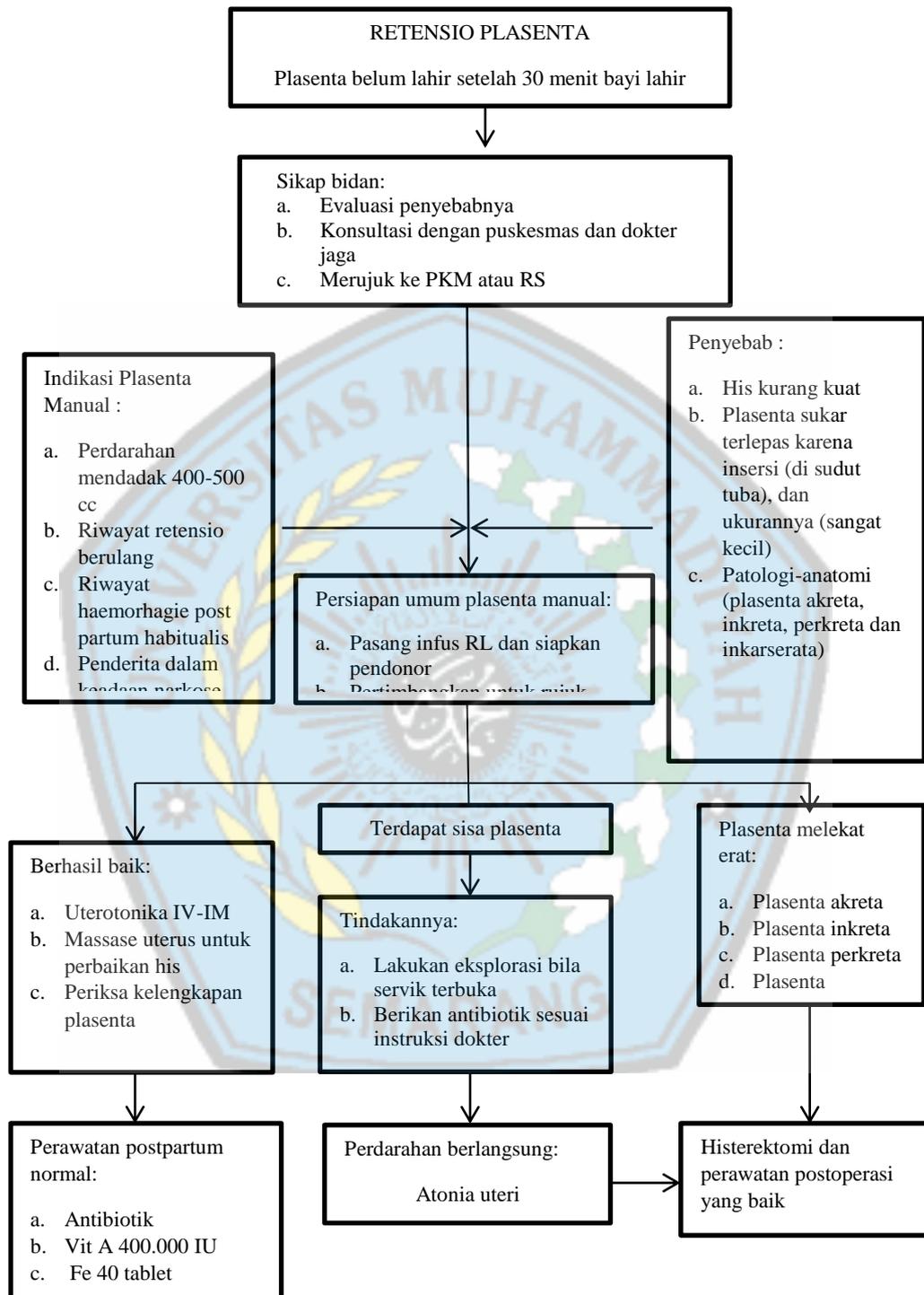
- (a) Pasang spekulum sims sehingga ostium dan sebagian plasenta tampak dengan jelas
  - (b) Jepit portio dengan klem ovarium pada jam 12, 4 dan 8 kemudian lepaskan spekulum
  - (c) Tarik ketiga klem ovum agar tali pusat dan plasenta tampak jelas
  - (d) Tarik tali pusat kearah lateral sehingga menampakkan plasenta di sisi berlawanan agar dapat dijepit sebanyak mungkin. Minta asisten memegang klem tersebut
  - (e) Lakukan hal yang sama pada plasenta pada sisi yang berlawanan
  - (f) Satukan kedua klem tersebut sambil diputar searah jarum jam, tarik plasenta perlahan-lahan melalui pembukaan ostium
- e) Pengamatan dan perawatan lanjutan meliputi pemantauan tanda vital, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan perdarahan pasca tindakan. Tambahan pemantauan adalah pemantauan efek samping atau komplikasi dari bahan-bahan sedative, analgetik atau anastesi umum (mual dan muntah, cegah aspirasi bahan muntahan, halusinasi, pusing , mengantuk dan lain-lain).

### 3) Plasenta akreta, inkreta dan perkreta

Tanda penting untuk didiagnosis pada pemeriksaan luar adalah ikutnya fundus atau korpus apabila tali pusat ditarik. Pada pemeriksaan dalam sulit ditentukan tepi plasenta karena implantasi yang dalam. Upaya yang dapat dilakukan pada fasilitas pelayanan dasar adalah menemukan diagnosis, stabilisasi pasien, dan rujuk ke rumah sakit rujukan karena kasus ini memerlukan tindakan operatif



## h. Pathway Retensio Plasenta



Bagan 2.1 Pathway Retensio Plasenta

Sumber : Anik Maryuni & Eka Puspita, 2013 ; Marmi, dkk. 2015 ; Yeyeh & Lia Yulianti, 2010

## B. Manajemen Kebidanan

### 1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnose kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Mufdlillah, et al, 2012:110).

### 2. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan

Menurut Mufdlillah, et al (2012:111) ada prinsip proses manajemen kebidanan yaitu :

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan intepretasi data.
- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d. Memberi informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individu

- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila penyimpangan dari keadaan normal.
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

3. Langkah-langkah manajemen kebidanan

a. Langkah I : pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari berbagai sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pengumpulan data dilakukan melalui anamnesis. Anamnesis adalah pengkajian dalam rangka mendapatkan data tentang pasien melalui pengajuan pertanyaan-pertanyaan (Sulistyawati, 2012:166).

Pengkajian data subyektif pada kasus Retensio Plasenta adalah biasanya pasien mengatakan perutnya terasa mulas-mulas dan merasakan nyeri menjalar ke pinggang bagian bawah (Ratna, 2012).

b. Langkah II : Interpretasi data dasar

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Langkah awal dari perumusan masalah/diagnose kebidanan adalah pengolahan/analisa

data yaitu menggabungkan dan menghubungkan data satu dengan lainnya sehingga tergambar fakta. Masalah/diagnosa adalah suatu pernyataan dari masalah pasien/klien yang nyata atau potensial dan membutuhkan tindakan. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan (Mufdlilah, et al, 2012:112).

Diagnosa kebidanan pada kasus retensio plasenta adalah “Ny. P A, umur, persalinan kala III dengan retensio plasenta”

- c. Langkah ke III : Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial
- Pada langkah ini bidan mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah teridentifikasi (Muslihatun, et al, 2009:144). Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi (Sulistiyawati, 2012:181).

Diagnosa potensial yang kemungkinan akan muncul pada kasus retensio plasenta adalah dapat menimbulkan perdarahan postpartum sehingga pasien mengalami syok hemorhagik (Ratna, 2012)

- d. Langkah ke IV : Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi. Beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Mufdlilah, et al, 2012:117).

Tindakan segera yang dapat dilakukan pada kasus persalinan dengan retensio plasenta adalah segera menangani sesuai dengan penyebab terjadinya retensio plasenta dan kolaborasi dengan Sp.OG (Rohani., dkk. 2011)

- e. Langkah ke V : Merencanakan asuhan yang komprehensif / menyeluruh.

Pada langkah ini dilakukan perencanaan menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi (Muslihatun, 2009:117).

Asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu bersalin dengan retensio plasenta adalah dengan jelaskan pada ibu tentang tindakan

yang mungkin dilakukan, jelaskan pada ibu bahwa pengeluaran plasenta tidak seperti pengeluaran bayi dan lakukan observasi vital sign pada ibu (Rohani., 2013).

f. Langkah ke VI : Pelaksanaan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana). Bila perlu kolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan (Muslihatun, et al, 2009:146).

g. Langkah ke VII : Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif atau merencanakan kembali asuhan yang belum terlaksana (Dewi, 2013:125).

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum efektif. Karena proses

manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu evaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif. Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berfikir yang mempengaruhi tindakan yang memperjelas proses berpikir yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi (Muslihatun, et al, 2009:147).

Menurut Ratna (2012) hal penting yang harus diobservasi pada pemantauan pada kasus retensio plasenta adalah dengan memantau kontraksi uterus, periksa kelengkapan plasenta, observasi luka pada vagina dan perineum serta masase fundus selama 15 detik.

### **C. Teori Hukum Kewenangan Bidan**

Bidan dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya telah memiliki landasan hukum dimana bidan harus menjalankan tugasnya sesuai dengan kewenangan yang telah ditetapkan. Hukum kewenangan bidan antara lain :

1. Permenkes RI Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010

Menurut Permenkes RI Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010

(BAB III), tentang penyelenggaraan praktik bidan yaitu:

- a. Pasal 9, yang berbunyi:

Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu
- 2) Pelayanan kesehatan anak
- 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

b. Pasal 14, yang berbunyi:

- 1) Bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dapat melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 9.
- 2) Daerah yang tidak memiliki dokter sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) adalah kecamatan atau kelurahan/desa yang ditetapkan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.
- 3) hal daerah sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) telah terdapat dokter, kewenangan bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku

c. Pasal 18 ayat (1) point c, yang berbunyi merujuk kasus yang bukan kewenangan bidan atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu

d. Pasal 19 point a, yang berbunyi dalam melaksanakan praktik/kerja, bidan mempunyai hak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik/kerja sesuai dengan standar

dan dalam point c disebutkan bahwa bidan melaksanakan tugas sesuai dengan kewenangan dan standar

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

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 bidan memiliki beberapa kompetensi, antara lain:

a. Kompetensi 1

Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.

b. Kompetensi 2

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.

c. Kompetensi 3

Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

- d. Kompetensi 4 (Kegawatdaruratannpersalinan dengan retensio plasenta)

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawardaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

(Berdasarkan kompetensi 4 tentang asuhan selama persalinan dan kelahiran, bidan berwenang untuk menangani situasi kegawatdaruratan salah satunya yaitu tindakan kegawatdaruratan pada kasus retensio plasenta).

- e. Kompetensi 5

Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

- f. Kompetensi 6

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

- g. Kompetensi 7

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan-5 tahun).

- h. Kompetensi 8

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

### 3. Standar pelayanan kebidanan, IBI (2006)

Menurut IBI (2006) ruang lingkup standar kebidanan meliputi 24 standar yang meliputi standar pelayanan umum, standar pelayanan antenatal, standar pertolongan persalinan, standar pelayanan nifas dan standar penanganan kegawatdaruratan. Standar pelayanan kebidanan tersebut meliputi:

#### a. Standar 1: Persiapan untuk kehidupan keluarga sehat

Memberikan penyuluhan kesehatan yang tepat untuk mempersiapkan kehamilan yang sehat dan terencana serta menjadi orang tua yang bertanggung jawab.

#### b. Standar 2: Pencatatan dan pelaporan

Bidan mampu mengumpulkan, mempelajari dan menggunakan data untuk pelaksanaan penyuluhan, kesinambungan pelayanan dan penilaian kinerja

#### c. Standar 3: Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

d. Standar 4: Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Memberikan pelayanan antenatal berkualitas dan deteksi dini komplikasi kehamilan

e. Standar 5: Palpasi abdominal

Bidan mampu memperkirakan usia kehamilan, pemantauan pertumbuhan janin, penentuan letak, posisi dan bagian bawah janin

f. Standar 6: Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan mampu menemukan anemia pada kehamilan secara dini dan melakukan tindak lanjut yang memadai untuk mengatasi anemia sebelum persalinan berlangsung.

g. Standar 7: Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan mampu mengenali dan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda serta gejala pre-eklamsi lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

h. Standar 8: Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik

i. Standar 9: Asuhan persalinan kala I

Untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi.

j. Standar 10: Persalinan kala dua yang aman

Bidan mampu memastikan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi.

k. Standar 11: Penatalaksanaan aktif persalinan kala III

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

l. Standar 12: Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi

Penanganan kala II dengan gawat janin pada saat kepala janin meregangkan perineum.

m. Standar 13: Perawatan bayi baru lahir

Bidan mampu menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipoglikemia dan infeksi.

n. Standar 14: Penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan

Bidan mampu mempromosikan perawatan ibu dan bayi yang bersih dan aman selama kala 4 untuk memulihkan kesehatan

bayi, meningkatkan asuhan sayang ibu dan sayang bayi melalui pemberian IMD.

o. Standar 15: Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

Bidan mampu memberikan pelayanan kepada ibu dan bayi sampai 42 hari setelah persalinan dan penyuluhan ASI eksklusif.

p. Standar 16: Penanganan perdarahan dalam kehamilan pada trimester III

Bidan mampu mengenali dan melakukan tindakan cepat dan tepat perdarahan dalam trimester 3 kehamilan, serta melakukan pertolongan pertama dan merujuknya.

q. Standar 17: Penanganan kegawatdaruratan dan eklamsia

Bidan mampu mengenali secara dini tanda-tanda dan gejala preeklamsia berat dan memberikan perawatan yang tepat dan segera dalam penanganan kegawatdaruratan bila eklamsia terjadi.

r. Standar 18: Penanganan kegawatan pada partus lama

Bidan mampu mengetahui dengan segera dan penanganan yang tepat keadaan kegawatdaruratan pada partus lama/macet.

s. Standar 19: Persalinan dengan menggunakan vakum ekstraktor

Mempercepat persalinan pada keadaan tertentu dengan menggunakan vakum ekstraktor.

t. Standar 20: Penanganan retensio plasenta

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 plasenta manual dan penanganan perdarahan sesuai dengan kebutuhan).

u. Standar 21: Penanganan perdarahan postpartum primer

Bidan mampu mengenali dan mengambil tindakan pertolongan kegawatdaruratan yang tepat pada ibu yang mengalami perdarahan postpartum primer atau atoni uteri.

v. Standar 22: Penanganan perdarahan postpartum sekunder

Bidan mampu mengenali gejala dan tanda-tanda perdarahan postpartum sekunder serta melakukan penanganan yang tepat untuk menyelamatkan jiwa ibu.

w. Standar 23: Penanganan sepsis puerpuralis

Bidan mampu mengenali tanda-tanda sepsis puerpuralis dan mengambil tindakan yang tepat.

x. Standar 24: Penanganan asfiksia neonatorum

Bidan mampu mengenal dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia neonatorum, mengambil tindakan yang tepat dan melakukan pertolongan kegawatdaruratan bayi baru lahir yang mengalami asfiksia neonatorum.