

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Konsep Dasar

#### 1. Retensio Plasenta

##### a. Definisi

- 1) Retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah persalinan bayi. (Rukiyah, A. Y., 2009).
- 2) Retensio plasenta adalah bila plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir. (Prawihardjo, S., 2010).
- 3) Retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah persalinan bayi. (Iskandar, I., 2009).

#### 2. Jenis Perlekatan Retensio Placenta

Menurut Rohani dkk (2011), jenis retensio placenta menurut perlekatannya ada 5 jenis antara lain

##### a. Plasenta Akreta

Adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian 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.

##### b. Plasenta Inkreta

Adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai / memasuki 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, histerektomi).

### c. 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.

Tanda penting untuk didiagnosis pada pemeriksaan luar adalah ikutan 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 menentukan diagnosis, stabilisasi pasien, dan rujuk ke rumah sakit rujukan karena kasus ini memerlukan tindakan operatif yaitu histerektomi (Rohani dkk, 2010).

Menurut Oxorn dan Forte (2010), Indikasi dilakukan histerektomi antara lain :

- a) Kehamilan selanjutnya tidak dikehendaki
- b) Perdarahan tidak terkendalikan
- c) Penanganan secara konservatif tidak berhasil
- d) *Suppurasi intrauteri*
- e) *Plasenta previa akreta*

### 3. Etiologi retensio plasenta

Setelah bayi dilahirkan, uterus secara spontan berkontraksi. Kontraksi dan retraksi otot-otot uterus menyelesaikan proses ini. Pada akhir persalinan. Sesudah berkontraksi, sel miometrium tidak relaksasi, melainkan menjadi lebih pendek dan lebih tebal. Dengan kontraksi yang berlangsung kontinyu, niometrium menebal secara progresif, dan kavum uteri mengecil.

Pengecilan mendadak uterus ini disertai mengecilnya daerah tempat perlekatan plasenta. Ketika jaringan penyokong plasenta

berkontraksi maka plasenta yang tidak dapat berkontraksi mulai terlepas dari dinding uterus.

Tegangan yang ditimbulkannya menyebabkan lapis dan desidua spongiosa yang longgar memberi jalan, dan pelepasan plasenta terjadi di tempat itu pembuluh darah yang terdapat di uterus berada diantara serat-serat otot miometri yang saling bersilangan. Kontraksi serat-serat otot ini mengakibatkan pembuluh darah terjepit serta perdarahan terhenti. (Prawihardjo, S., 2010 ).

Penyebab retensio plasenta : (Sastrawinata, S., 2005 ).

- a) His kurang kuat (Penyebab terpenting).
- b) Plasenta sukar terlepas karena tempatnya (insersi disudut tuba), bentuknya (Plasenta membranasea, plasenta anularis), dan ukurannya (plasenta yang sangat kecil). Plasenta yang sukar lepas karena penyebab diatas disebut plasenta adhesiva.

#### 4. Patofisiologi retensio plasenta

Jika plasenta belum lepas sama sekali, tidak terjadi perdarahan. Jika lepas sebagian terjadi perdarahan yang merupakan indikasi untuk mengeluarkannya. Plasenta yang belum lepas sama sekali dari dinding uterus karena :

- 1) Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesiva).
- 2) Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korialis menembus desidua sampai mimetrium dibawah peritoneum (plasenta akreta-perkreta).
- 3) Plasenta yang sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran konstiksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (inkarserio plasenta). (Sumarah, 2009 ).

## 5. Patologi retensio plasenta

Retensio plasenta akan mengganggu kontraksi otot rahim dan menimbulkan perdarahan. Retensio plasenta tanpa perdarahan dapat diperkirakan bahwa darah penderita terlalu banyak hilang, keseimbangan baru berbentuk bekuan darah, sehingga perdarahan tidak terjadi, kemungkinan implantasi plasenta terlalu dalam.

Plasenta manual dengan segera dilakukan bila terdapat riwayat perdarahan post partum berulang, terjadi perdarahan post partum melebihi 400cc, pada pertolongan persalinan dengan narkosa, plasenta belum lahir setelah menunggu selama setengah jam, (Manuaba, I. A. C, 2012 ).

### a. Faktor predisposisi retensio plasenta

Kejadian retensio plasenta berkaitan dengan grandemultipara dengan implantasi plasenta dalam bentuk plasenta adhesiva, plasenta akreta, plasenta inkreta dan perkreta. (Manuaba, I. A. C, 2012 ).

Usia kehamilan dikaitkan dengan lama kala III. Usia kehamilan yang lebih muda dihubungkan dengan kala III yang lebih lama. Frekuensi pengeluaran manual plasenta juga dihubungkan kelahiran prematur. Perdarahan meningkat seiring makin muda usia gestasi dan peningkatan pengeluaran plasenta secara manual. (Varney, H., 2007 ).

Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta, plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi chorialis menembus desidua sampai miometrium bahkan sampai dibawah peritonium (Plasenta akreta – perkreta), plasenta yang sudah keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau salah dalam penanganan kala III sehingga terjadi lingkaran konstriksi pada bagian bawah uterus. (Sumarah, 2009 ).

### b. Tanda / gejala klinik retensio plasenta.

- 1) Plasenta tidak lahir setelah 30 menit.
- 2) Perdarahan segera.
- 3) Kontraksi uterus : lemah

Tanda dan gejala kadang – kadang timbul : tali pusat putus akibat traksi berlebihan, inversi uteri akibat tarikan, perdarahan lanjut. (Rukiyah, A. Y. 2010 ).

c. Pencegahan retensio plasenta

Pencegahan retensio plasenta dengan cara pemberian oksitosin segera setelah kelahiran bahu anterior, mengklem tali pusat segera setelah kelahiran bayi dan menggunakan traksi tali pusat terkendali untuk kelahiran plasenta. (Varney, H., 2007 ).

Upaya pencegahan yang dilakukan oleh bidan adalah dengan promosi untuk meningkatkan penerimaan keluarga berencana, sehingga memperkecil terjadi retensio plasenta, meningkatkan penerimaan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terlatih pada waktu melakukan masase dengan tujuan mempercepat proses persalinan plasenta. Masase yang tidak tepat waktu dapat mengacaukan kontraksi otot rahim dan mengganggu pelepasan plasenta, (Rukiyah, A.Y. 2010 ).

d. Penanganan retensio plasenta.

Penanganan secara umum : jika plasenta terlihat dalam vagina, mintalah ibu untuk mengedan, jika anda dapat merasakan plasenta dalam vagina, keluarkan plasenta tersebut, pastikan kandung kemih sudah kosong. Jika diperlukan lakukan keteterisasi kandung kemih, jika plasenta belum keluar, berikan oksitosin 10 unit IM. Jika belum dilakukan pada penanganan aktif kala III. Jangan berikan ergometrin karena dapat menyebabkan kontraksi uterus yang tonik, yang bisa memperlambat pengeluaran plasenta.

Jika plasenta belum dilahirkan setelah 30 menit pemberian oksitosin dan uterus teras berkontraksi, lakukan penarikan tali pusat terkendali, jika traksi pusat terkendali belum berhasil, cobalah untuk melakukan pengeluaran plasenta secara manual :

- 1) Pasang sarung tangan DTT.
- 2) Instruksikan asisten untuk melakukan sedatif dan analgetik melalui selang infus.

- 3) Lakukan kateterisasi kandung kemih.
  - a) Pastikan kateter masuk kedalam kandung kemih dengan benar.
  - b) Cabut kateter setelah kandung kemih dikosongkan.
  - c) Jepit tali pusat dengan koher kemudian tegangkan tali pusat sejajar dengan lantai.
- 4) Secara obstetrik masukkan satu tangan (punggung tangan kebawah) kedalam vagina dengan menelusuri tali pusat bagian bawah.
- 5) Setelah tangan mencapai pembukaan serviks, minta asisten untuk memegang koher, kemudian tangan lain penolong menahan fundus uteri.
- 6) Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan kedalam kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta.
- 7) Buka tangan obstetri menjadi seperti memberi salam (ibu jari rapat kepangkal jari telunjuk).
- 8) Tentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta yang paling bawah.
  - a) Bila berada dibelakang, tali pusat tetap disebelah atas. Bila bagian depan, pindahkan tangan kebagian depan tali pusat dengan punggung tangan menghadap keatas.
  - b) Bila plasenta dibagian belakang, lepaskan plasenta dari tempat implantasinya dengan jalan menyelipkan ujung jari diatas plasenta dan dinding uterus, dengan punggung tangan menghadap kedinding dalam uterus.
  - c) Bila plasenta dibagian depan, lakukan hal yang sama (punggung tangan pada dinding kavum uteri) tetapi tali pusat berada dibawah telapak tangan kanan.
- 9) Kemudian gerakkan tangan kanan ke kiri dan kanan sambil bergeser ke kranial sehingga semua permukaan maternal plasenta dapat dilepaskan.
- 10) Catatan : sambil melakukan tindakan, perhatikan keadaan ibu (pasien), lakukan penanganan yang sesuai jika terjadi penyulit.



- 11) Sementara satu tangan masih berada dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi ulangan untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus.
- 12) Pindahkan tangan luar ke supra simfis untuk menahan, uterus pada saat plasenta dikeluarkan.
- 13) Instruksikan asisten yang memegang koher untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam menarik plasenta keluar (hindari percikan darah).
- 14) Letakkan plasenta kedalam tempat yang telah disediakan.
- 15) Lakukan sedikit pendorongan uterus (dengan tangan luar) kedorso cranial setelah plasenta lahir. Perhatikan kontraksi uterus dan jumlah perdarahan yang keluar. (Saifuddin, A. B., 2009:513-514).

Jika perdarahan terus berlangsung. Lakukan uji pembekuan darah sederhana. Kegagalan terbentuknya pembekuan setelah 7 menit atau adanya bekuan lunak yang dapat pecah dengan mudah menunjukkan adanya koagulopati.

Jika terdapat tanda-tanda dari plasenta satu atau lebih lobus tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif, raba bagian dalam uterus untuk mencari sisa plasenta. Eksplorasi manual uterus menggunakan tehnik yang serupa dengan tehnik yang digunakan untuk mengeluarkan plasenta yang tidak keluar : keluarkan sisa plasenta dengan tangan, cunam ovum, atau kuret besar, jika berlanjut, lakukan uji pembekuan darah. (rukiyah, A. Y., 2009:147).

#### e. Komplikasi

Menurut Manuaba (2010), plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya diantaranya:

##### 1) Perdarahan

Bila *retensio plasenta* terdapat sedikit perlepasan hingga kontraksi terus memompa darah tetapi bagian yang melekat membuat luka tidak menutup.

2) Infeksi

Benda mati yang tertinggal di dalam rahim meningkatkan pertumbuhan bakteri.

3) Dapat terjadi plasentainkarserata

Dimana plasenta melekat terus sedangkan kontraksi pada ostium baik sehingga plasenta tertahan dalam uterus.

4) Terjadi poliplasenta

Sebagai massa proliferaif yang mengalami infeksi sekunder dan nekrosis.

5) Terjadi degenerasi (keganasan) korio karsinoma

Dengan masuknya mutagen, perlukaan yang semula fisiologik dapat berubah menjadi patologik dan akhirnya menjadi karsinoma invasif. Sekali menjadi mikro invasif atau invasif, proses keganasan akan berjalan terus. Sel ini tampak abnormal tetapi tidak ganas. Para ilmuwan yakin bahwa beberapa perubahan abnormal pada sel-sel ini merupakan langkah awal dari serangkaian perubahan yang berjalan lambat, yang beberapa tahun kemudian bisa menyebabkan kanker. Karena itu beberapa perubahan abnormal merupakan keadaan prekanker, yang bisa berubah menjadi kanker.

6. Persalinan

Pengertian 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 (Prawirohardjo, 2010).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Depkes, 2008).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin, air ketuban, plasenta dan selaput ketuban) dari rahim ibu melalui jalan



lahir atau dengan jalan lain, yang kemudian janin dapat hidup di dunia luar (Rohani dkk.,2011).

#### a. Macam-Macam Persalinan

Menurut Baety (2011), persalinan dapat dibedakan menjadi 3 berdasarkan cara pengeluarannya:

- 1) Persalinan spontan atau partus biasa (normal) Proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala melalui jalan lahir yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat dan tidak melukai ibu maupun bayinya, umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
- 2) Persalinan buatan atau partus luar biasa (abnormal) Persalinan pervaginam atau persalinan melalui dinding perut ibu dengan bantuan alat-alat dan tenaga dari luar, misalnya *sectio caesarea* (SC), *forcep*, dan vakum.
- 3) Persalinan anjuran Persalinan dengan kekuatan yang diperlukan ditimbulkan dari luar dengan pemberian obat-obatan atau rangsangan baik disertai pemecahan ketuban atau tanpa pemecahan ketuban.

Menurut Baety (2011), persalinan berdasarkan umur kehamilan dapat dibedakan menjadi 5 diantaranya:

- 1) *Abortus* adalah keluarnya hasil konsepsi (janin) sebelum dapat hidup (*viable*), pada umur kehamilan < 20 minggu.
- 2) Persalinan *imatur* adalah keluarnya hasil konsepsi pada umur kehamilan 21-27 minggu.
- 3) *Partus prematurus* adalah keluarnya hasil konsepsi setelah janin dapat hidup, tetapi belum cukup bulan dengan berat janin antara 1000-2500 gr pada umur kehamilan 28-36 minggu.
- 4) *Partus matur* atau *aterm* (cukup bulan) adalah keluarnya hasil konsepsi setelah janin cukup bulan dengan berat badan di atas 2500 gram pada umur kehamilan 37-42 minggu.

- 5) *Partus postmaturus (serotinus)* adalah keluarnya hasil konsepsi yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir yaitu umur kehamilan > 42 minggu, janin disebut *postmatur*.

Menurut Rohani dkk.(2011), persalinan dibedakan menjadi 2 diantaranya:

- 1) *Partus persipitatus* adalah partus yang berlangsung cepat, mungkin dikamar mandi, diatas kendaraan dan sebagainya  $\pm$  3jam.
- 2) Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalian untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya *Cephalo Pelvix Disproportion*(CPD).

#### b. Tahapan persalinan

Menurut Oxorn dan Forte (2010), tahapan dibedakan menjadi 4 antara lain:

##### 1) Kala I

Dimulai sejak persalinan sungguhan sampai pembukaan lengkap. Pada *primigravida* lamanya 6 sampai 18 jam dan pada *multipara* 2 sampai 10jam.

Menurut Baety (2011), kala I dibagi menjadi 2 fase antarlain:

- a) Fase laten Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan *serviks* secara bertahap, berlangsung lambat dari pembukaan 1-3 cm, lama 7-8 jam.
- b) Fase aktif Terjadi penurunan bagian bawah janin, frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat (kontraksi uterus dianggap adekuat bila terjadi 3 kali atau lebih dalam 10 menit lama 40 detik atau lebih). Fase aktif dibagi menjadi 3 tahap diantaranya:
  - (1) Periode akselerasi (pembukaan 3-4 cm, lama 2jam).

(2) Periode dilatasi maksimal (pembukaan 4-9 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. Pada Kala 2 ini His menjadi lebih kuat, lebih sering, dan lebih lama, frekuensi 3-4 kali / 10 menit / < 40 detik. Selaput ketuban mungkin juga sudah pecah / baru pecah spontan pada awal Kala 2 ini (Baety, 2011).

Menurut Baety (2011), tanda gejala kala II dapat ditandai dengan:

- a) Dorongan meneran (doran)
- b) Tekanan pada anus (teknus)
- c) Perineum menonjol (perjol)
- d) Vulva, vagina, dan spinteran membuka

2) Kala III

Disebut juga kala uri, dimulai dari lahirnya bayi hingga pengeluaran plasenta dan selaput ketuban yang lamanya 5 - 30 menit, biasanya *primigravida* dan *multigravida* berlangsung 6 - 15 menit (Baety, 2011).

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. Bekuan darah ini menambah tekanan pada plasenta dan selanjutnya membantu pemisahan. Kontraksi uterus yang selanjutnya akan melepaskan keseluruhan plasenta dari uterus dan mendorong plasenta keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah *retro plasenta* (Rohani dkk, 2011).

b) Metode pelepasan plasenta

(1) Schultze

Metode yang paling sering terjadi (80%), lepasnya seperti menutup payung, biasanya perdarahan tidak ada sebelum plasenta lahir dan banyak setelah plasenta lahir yaitu dimulai dari bagian tengah terlebih dahulu yang terlepas, kemudian diikuti bagian lain yang terlepas (Rohani dkk, 2011).

(2) Duncan

Lepasnya plasenta dimulai dari bagian pinggir plasenta, diikuti bagian tengah sampai lahir keseluruhan, kemudian darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban (Rohani dkk, 2011)

c) Teknik memastikan pelepasan plasenta

Menurut Rohani dkk.(2011), untuk memastikan plasenta sudah lepas dapat dilakukan pemeriksaan dengan 3 teknik yaitu :

(1) Kustner

Yaitu dengan meletakkan tangan disertai tekanan diatas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti plasenta belum lepas, tetapi bila diam atau maju berarti plasenta sudah lepas.

(2) Klein

Yaitu sewaktu ada his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali berarti plasenta belum lepas, tetapi bila

diam atau turun berarti plasenta sudah lepas.

(3) Strassman

Yaitu dengan menegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tetapi bila tidak bergetar berarti plasenta sudah lepas.

d) Tanda pelepasan plasenta

Menurut Rohani dkk.(2011), tanda pelepasan plasenta dibedakan menjadi:

- (1) Uterus globuler dan perubahan tinggi fundus
- (2) Tali pusat bertambah panjang
- (3) Semburan darah tiba-tiba

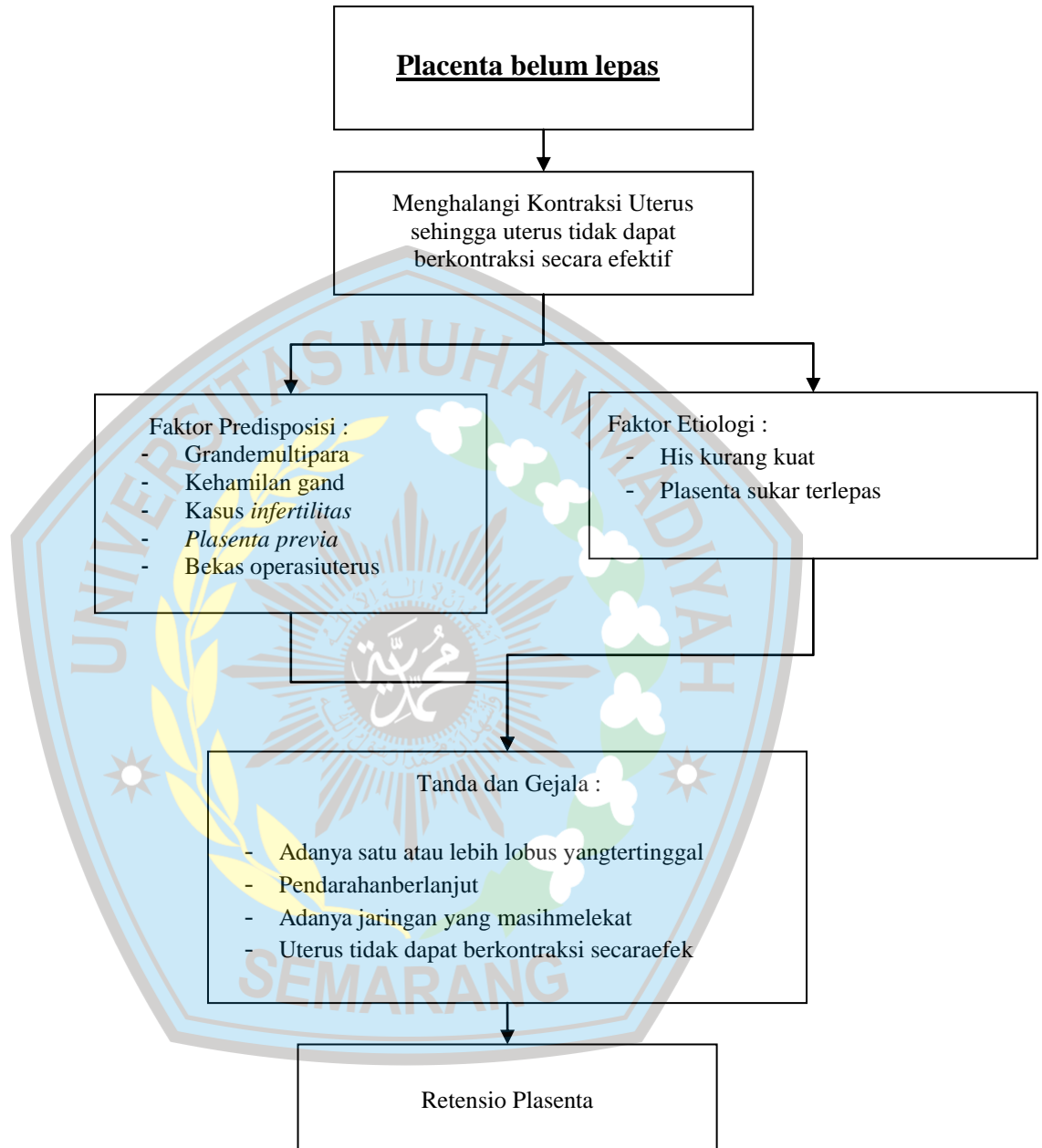
e) Manajemen aktif kala III

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).

3) Kala IV

Dimulai dari keluarnya plasenta sampai keadaan ibu postpartum menjadi stabil. Pemantauan kala IV dilakukan secara menyeluruh mulai dari pemantauan tekanan darah, suhu, tonus uterus dan kontraksi, tinggi fundus uteri, kandung kemih, serta perdarahan pervaginam yang dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama postpartum dan dilanjutkan dengan setiap 30 menit setelah jam kedua pasca persalinan (Rohani dkk,2011).

## B. Patofisiologi

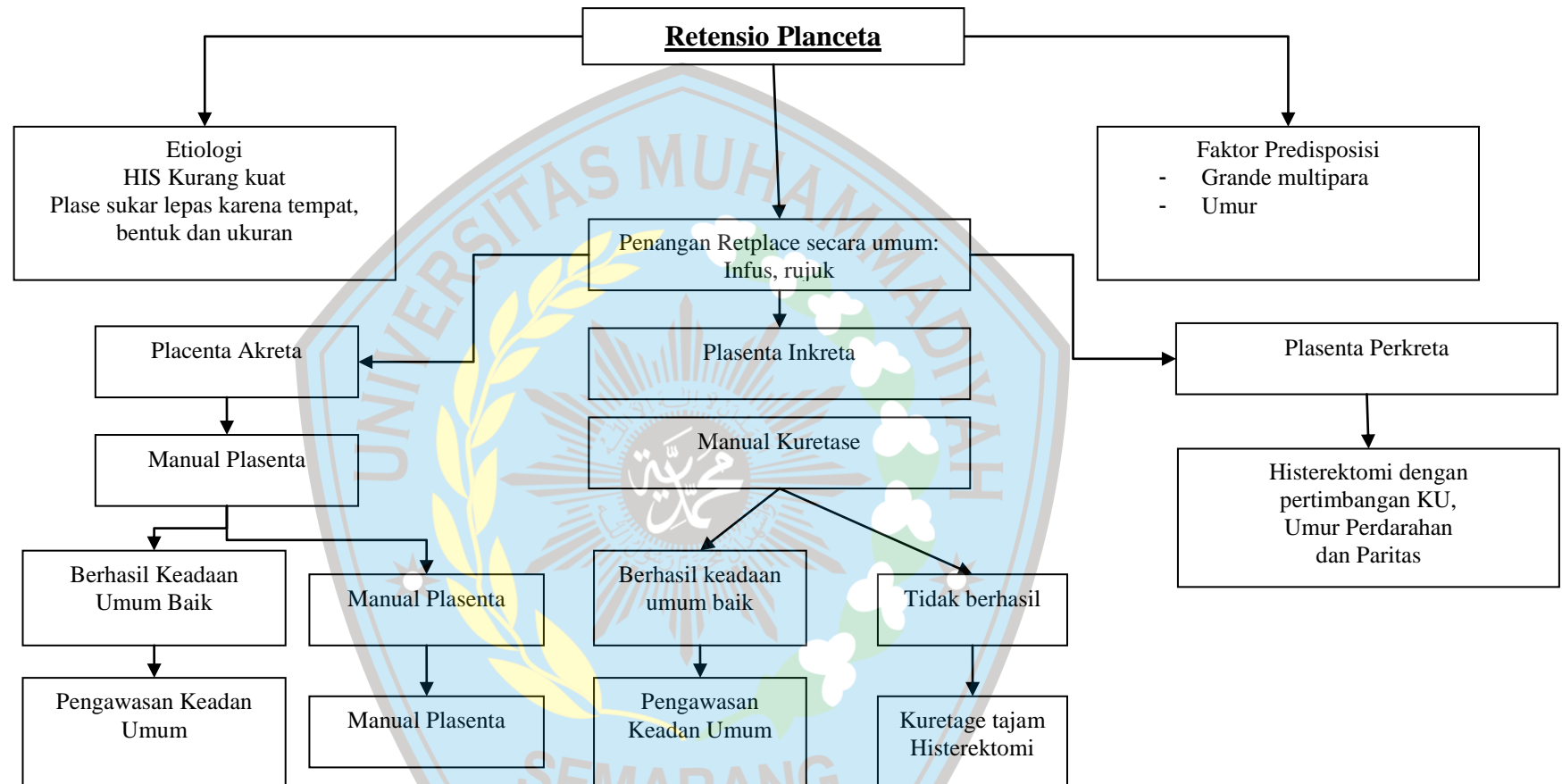


Bagan 2.1. Patofisiologi

Sumber :: - YeyehRukiyah, 2010.



### C. Pathway



Bagan 2.2 Pathway Retensio Plasenta

Sumber :Manuaba, I. A. C, 2012

## D. Teori Manajemen Asuhan Kebidanan

### 1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah bentuk pendekatan yang digunakan bidan dalam memberikan alur pikir bidan, pemecahan masalah atau pengambilan keputusan klinis. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, sederhana, jelas, logis sehingga perlu sesuatu metode pendokumentasian (Varney, 2008).

### 2. Langkah-langkah dalam manajemen kebidanan

Agar proses manajemen kebidanan pada ibu dapat dilaksanakan dengan baik maka diperlukan langkah-langkah sistematis. Adapun langkah-langkah yang harus dilaksanakan menurut Varney (2008), adalah sebagai berikut:

#### a. Langkah I : Pengkajian Data

Pengkajian adalah tahap awal yang dipakai dalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2009).

##### 1) Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian, informasi tersebut tidak dapat ditemukan oleh tim kesehatan secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi (Nursalam, 2009).

##### a) Biodata yang menyangkut identitas pasien (Ambarwati, 2008)

###### (1) Nama

Nama jelas dan lengkap bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan.

## (2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan masa nifas.

## (3) Agama

Untuk mengetahui pasien tersebut dalam membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

## (4) Suku Bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

## (5) Pendidikan

Berpengaruh pada tindakan kebidanan dan mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

## (6) Pekerjaan pasien

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

## (7) Alamat

Ditanyakan karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat yang berbeda

## b) Keluhan utama

Keluhan yang terjadi pada ibu nifas dengan retensio plasenta adalah mengalami perdarahan yang lebih banyak, pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil (Saifuddin, 2010).

## c) Riwayat menstruasi

Umur menarche, siklus, lamanya haid, banyaknya darah, haid

teratur atau tidak, sifat darah (cair atau ada bekuan, warnanya), adanya dismenorhoe (Rohani dkk, 2011).

d) Riwayat perkawinan

Perlu dikaji tentang berapa kali menikah, status menikah syah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologinya, sehingga akan mempengaruhi proses nifas (Ambarwati, 2008).

e) Riwayat kehamilan, persalian dan nifas yang lalu (Manuaba,2010)

(1) Kehamilan

Salah satu penyebab perdarahan post partum adalah grande multipara

(2) Persalinan

Riwayat persalinan perlu dikaji karena faktor penyebab perdarahan postpartum adalah persalinan yang dilakukan dengan tindakan : Pertolongan kala uri sebelum waktunya, persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan, persalinan dengan narkosa.

(3) Nifas

Apakah terjadi perdarahan, infeksi dan bagaimana laktasinya.

(4) Anak

Jenis kelamin, berat badan waktu lahir, hidup atau meninggal, kalau meninggal pada usia berapa, dan sebab meninggal. Jarak yang terlalu pendek, kurang dari 2 tahun juga merupakan penyebab perdarahan postpartum.

f) Riwayat kehamilan sekarang

Menurut Rohani dkk. (2011), data subyektif dari riwayat kehamilan antara lain :

(1) Haid pertama dan haid terakhir merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, apakah cukup bulan atau prematur.

(2) Kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) merupakan data dasar untuk menentukan usia kehamilan menurut taksiran atau perkiraan ibu.

(3) Tafsiran persalinan.

(4) Keluhan pada waktu trimester I, II, dan III.

(5) Apakah ibu pernah memeriksakan kehamilannya dan dimana ibu memeriksakan kehamilannya. Hal ini diperlukan untuk mengidentifikasi masalah potensial yang dapat terjadi pada persalinan kali ini.

(6) Imunisasi TT.

Sudah pernah diimunisasi TT atau belum, berapa kali, dimana, teratur atau tidak (Winkjosastro, 2008).

g) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhentinya penggunaan alat kontrasepsi, dan lama penggunaan alat kontrasepsi (Rohani dkk, 2011).

h) Riwayat penyakit

(1) Riwayat penyakit sekarang

Untuk mendeteksi adanya komplikasi pada persalinan dan kehamilan, dengan menanyakan apakah ibu mengalami sakit kepala hebat, pandangan berkunang-kunang, atau nyeri epigastrium, sehingga dapat mempersiapkan bila terjadi kegawatan dalam persalinan (Rohani dkk, 2011)

(2) Riwayat penyakit sistemik

Riwayat penyakit sistemik yang perlu ditanyakan adalah

apakah ibu mempunyai penyakit yang berbahaya seperti jantung, paru-paru, pernapasan, atau perkemihan. Hal ini digunakan untuk mendeteksi adanya komplikasi pada persalinan dan kehamilan, serta berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin (Rohani dkk,2011).

### (3) Riwayat penyakit keluarga dan keturunan kembar

Untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular, penyakit keturunan ataupun keturunan kembar (Rohani dkk,2011).

#### i) Pola kebiasaan sehari-hari:

##### (4) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makanan dan minum, frekuensi banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan (Ambarwati, 2008).

##### (5) Eliminasi

BAB harus ada dalam 3 hari postpartum dan BAK harus sudah dilakukan spontan dalam 6 jam post partum (Wiknjosastro,2008).

##### (6) Pola istirahat

Istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur (Saifuddin,2010).

##### (7) Penggunaan obat-obatan dan rokok

Menurut Winkjosastro (2008), harus dikaji apakah ibu perokok dan pemakai obat-obatan atau jamu-jamuan selama hamil atau tidak. Jamu-jamuan dapat menyebabkan perlekatan plasenta semakin kuat sehingga memicu terjadinya retensio plasenta.



j) Keadaan psikososial

Menurut Rohani dkk, (2011), untuk mengetahui tentang perasaan ibu sekarang, apakah ibu takut, cemas atau bingung.

2. Data obyektif

Data obyektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur oleh tenaga kesehatan (Nursalam, 2009).

a) Keadaan umum

Keadaan umum ini meliputi : Baik, sedang, atau jelek. Pada pasien retensio plasenta keadaan umumnya sedang (Manuaba, 2010).

b) Kesadaran

Kesadaran adalah kemampuan individu mengadakan hubungan dengan lingkungannya, serta dengan dirinya sendiri melalui panca inderanya dan mengadakan pembatasan terhadap lingkungannya serta terhadap dirinya sendiri melalui perhatian (Ambarwati, 2008). Menurut Ambarwati, (2008), tingkatan menurunnya kesadaran dibedakan menjadi 6 diantaranya:

- (1) Composmentis, suatu bentuk kesadaran normal yang ditandai individu sadar tentang diri dan lingkungannya sehingga ingat, perhatian dan orientasinya mencakup ruang, waktu, dan dalam keadaan baik.
- (2) Amnesia, menurunnya kesadaran ditandai dengan hilangnya ingatan atau lupa tentang suatu kejadian tertentu.
- (3) Apatis, menurunnya kesadaran ditandai dengan acuh tak acuh terhadap stimulus yang masuk (mulai mengantuk).
- (4) Samnolensi, menurunnya kesadaran ditandai dengan mengantuk (rasa malas dan ingintidur).
- (5) Spoor, menurunnya kesadaran ditandai dengan hilangnya

ingatan, orientasi, dan pertimbangan. Sub koma dan koma, menurunnya kesadaran ditandai dengan tidak ada respon terhadap rangsangan yang keras. Perdarahan postpartum yang hebat menyebabkan kehilangan kesadaran sampai dengan kematian (Rohani dkk, 2011).

c) Pemeriksaan fisik

Untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin serta mendeteksi dini adanya komplikasi, informasi dari hasil pemeriksaan fisik dan anamnesa digunakan dalam menentukan diagnosa, mengembangkan rencana, dan pemberian asuhan yang sesuai (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

(1) Tanda-tanda vital:

(a) Tekanan darah

Pada pasien dengan perdarahan postpartum karena retensio plasenta terjadi hipotensi (Saifuddin, 2010).

(b) Suhu

Suhu badan wanita inpartu tidak melebihi  $37,2^{\circ}\text{C}$  umumnya sesudah partus dapat naik  $+ 0,5^{\circ}\text{C}$  dari keadaan normal, pasien dengan retensio plasenta suhu tubuh meningkat tidak melebihi  $38^{\circ}\text{C}$ , sedangkan suhu normal adalah  $36-37^{\circ}\text{C}$  (Marmi dkk, 2011).

(c) Nadi

Pasien dengan retensio plasenta bisa terjadi bradikardi bila banyak kehilangan darah (Saifuddin, 2010).

(2) Tinggi badan

Untuk mengetahui tinggi badan ibu. Tinggi badan yang kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi karena kemungkinan besar persalinan berlangsung kurang

lancar (Rohani dkk, 2011).

(3) Berat badan

Pada perdarahan lanjut dapat menurunkan berat badan sampai *cachexia* (Manuaba,2010).

(4) Lila

Untuk mengetahui status gizi (Varney,2008).

d) Inspeksi

Menurut Nursalam (2009), inspeksi adalah proses observasi secara sistematis yang dilakukan dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran, dan penciuman sebagai alat mengumpulkan data untuk menentukan ukuran tubuh, bentuk tubuh, warna kulit, dan kesimetrisan posisi:

(1) Kepala

Untuk mengetahui kebersihan rambut, rontok atau tidak.

(2) Muka

Untuk mengetahui tampak pucat atau tidak. Pada pasien dengan retensio plasenta, muka pasien terlihat pucat karena perdarahan yang dialaminya.

(3) Mata

Untuk mengetahui conjungtiva pucat atau tidak. Sklera ikterik atau tidak. Pada pasien dengan retensio plasenta, conjungtiva terlihat pucat karena perdarahan yang dialaminya.

(4) Mulut dangigi

Untuk mengetahui ada karies gigi atau tidak, lidah bersih atau kotor, ada stomatitis atau tidak.

(5) Kelenjar tyroid

Untuk mengetahui ada pembesaran kelenjar tyroid atau tidak.

## (6) Kelenjar getah bening

Untuk mengetahui ada pembesaran kelenjar getah bening atau tidak.

## (7) Dada

Untuk mengetahui retraksi dada kanan-kiri saat bernafas sama atau tidak.

## (8) Payudara

Untuk mengetahui simetris atau tidak, areola berpigmentasi atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, kolostrum sudah keluar atau belum.

## (9) Perut

Untuk mengetahui ada bekas operasi atau tidak, ada striae atau tidak, ada linea atau tidak.

## (10) Vulva

Untuk mengetahui ada oedema atau tidak, ada varices atau tidak, laserasi atau tidak, dan pada retensio plasenta untuk menilai pengeluaran pervaginam ada perdarahan atau tidak, darah banyak atau tidak, ada perubahan panjang tali pusat atau tidak.

## (11) Anus

Untuk mengetahui ada haemoroid atau tidak.

## (12) Ekstremitas

Untuk mengetahui ada oedema atau tidak, ada varices atau tidak, *hofmansign* atau mengetahui tandatromboflebitis.

## e) Palpasi

Palpasi adalah teknik pemeriksaan yang menggunakan indra peraba untuk mengumpulkan data tentang suhu, turgor, bentuk, kelembapan, variasi, dan ukuran (Nursalam, 2009).

## (1) Leher

Untuk mengetahui adanya pembengkakan pada kelenjar

getah bening atau tidak.

(2) Dada

Untuk mengetahui bentuk dan ukuran payudara, puting susu menonjol atau tidak, adanya retraksi, masa dan pembesaran pembuluh limfe (Marmi dkk, 2011).

(3) Perut Untuk mengetahui ukuran, bentuk uterus, dan TFU. Pada pasien retensio plasenta dengan uterus yang kenyal pada plasenta inkreta parsial, uterus yang keras pada plasenta Inkarserata dan uterus yang cukup pada plasenta akreta (Rohani dkk, 2011).

f) Auskultasi

Auskultasi merupakan teknik pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh meliputi auskultasi jantung dan napas, apakah ada bunyi *rales*, *ronchi*, *wheezing*, dan *pleuralfrictionrub* (Nursalam, 2009).

g) Perkusi

Pada kasus ibu bersalin dengan perdarahan karena retensio plasenta dilakukan pemeriksaan perkusi dengan cara Strassman yaitu dengan menegangkan tali pusat kemudian ketok pada fundus, untuk mengetahui plasenta sudah lepas atau belum (Rohani dkk, 2011).

h) Data pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dengan sampel darah diambil dan diperiksa untuk mengetahui golongan darah kadar hemoglobin (Hb), dan pembekuan darah (Saifuddin, 2010).

i) Data penunjang

USG untuk mengetahui apakah ada massa atau sisa plasenta di dalam uterus dan dengan USG dapat diketahui jenis perlekatan plasenta (Wiknjosastro, 2008).

b. Langkah II : Interpretasi Data

Interpretasi data adalah langkah yang kedua bergerak dari data interpretasi menjadi masalah atau diagnosa yang teridentifikasi secara spesifik. Interpretasi data ini meliputi:

1) Diagnosa

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan (Varney, 2008).

2) Masalah

Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa (Varney, 2008). Masalah yang muncul pada ibu dengan perdarahan postpartum dalam kecemasan terhadap keadaan yang dialami pasien berupa perdarahan (Saifuddin, 2010).

3) Kebutuhan

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah didapatkan dengan analisa data (Varney, 2008).

Kebutuhan yang muncul pada ibu dengan perdarahan postpartum (Varney, 2008) adalah :

- a) Informasi tentang keadaan ibu.
- b) Informasi tentang tindakan yang akan dilakukan oleh bidan.
- c) Dorongan moral dari keluarga dan tenaga kesehatan.
- d) Pemenuhan kebutuhan cairan.

c. Langkah III : Diagnosa Potensial

Diagnosa potensial adalah suatu hal untukantisipasi, pencegahan jika mungkin, penantian dengan pengawasan penuh dan persiapan untuk kejadian apapun (Varney, 2008). Diagnosa potensial



- 1) Potensi terjadinya infeksi puerperium :  
Pada tindakan manual plasenta (Saifuddin,2010).
  - 2) Potensial terjadinya perdarahan postpartum :  
Karena adanya perdarahan postpartum.
  - 3) Retensio sisa plasenta (Oxorn dan Forte,2010)
  - 4) Inversio uteri akibat penarikan tali pusat yang kuat pada plasenta akreta (Rohani dkk,2011).
- d. Langkah IV :Antisipasi
- Tindakan yang dilakukan berdasarkan data baru yang diperoleh secara terus-menerus dan dievaluasi supaya bidan dapat melakukan tindakan segera dengan tujuan agar dapat mengantisipasi masalah yang mungkin muncul sehubungan dengan keadaan yang dialami ibu (Varney, 2008).
- Dalam kasus perdarahan postpartum karena *retensio plasenta*, antisipasi yang dilakukan adalah pemeriksaan keadaan umum ibu, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu), kontraksi uterus, dan perdarahan, kemudian dilakukan pemberian dalam 500cc NS/RL dengan tetesan 40 tetes per menit pemberian antibiotik profilaksis (ampicilin 2 gram IV/oral + metronidazol 1 gram per oral) serta dilakukan manual plasenta (Rohani dkk.,2011).
- e. Langkah V : Rencana Tindakan
- Sebuah perluasan dari mengidentifikasi masalah dan diagnosa yang telah diantisipasi (Varney, 2008). Pada langkah ini meliputi hal-hal yang diindikasikan oleh kondisi pasien dan masalah lain yang berkaitan dan berdasarkan kerangka pedoman antisipasi terhadap pasien, seperti apa yang akan dilakukan lebih lanjut, apakah kolaborasi atau tidak dan disetujui oleh kedua belah pihak, baik dari pihak keluarga maupun petugaskesehatan.

Pada langkah ini seorang bidan merumuskan rencana tindakan yang sebelumnya telah didiskusikan dengan pasien dan kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya. Semua keputusan berdasarkan pengetahuan dan prosedur yang telah ditetapkan dengan pertimbangan. Apakah hal ini perlu dilakukan atau tidak.

f. Langkah VI :Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah pelaksanaan semua asuhan menyeluruh seperti pada langkah perencanaan (Varney, 2008). Langkah ini dapat dilakukan pada wanita yang bersangkutan, bidan atau tim kesehatan lain.

g. Langkah VII :Evaluasi

Merupakan salah satu pemeriksaan dari rencana perawatan, apakah kebutuhan yang teridentifikasi dalam masalah dan diagnosa sudah terpenuhi atau belum. Didalam evaluasi diharapkan mendapat hasil (Saifuddin, 2006) :

- 1) Keadaan umum ibu baik.
- 2) Tanda-tanda vital kembali normal.
- 3) Plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap.
- 4) Perdarahan dapat teratasi.
- 5) Syok haemorrhagie tidak terjadi.
- 6) Kontraksi uterus kuat.
- 7) Ibu merasa nyaman

#### E. Kewenangan Bidan

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

1. Tenaga medis;
2. Tenaga keperawatan dan bidan
3. Tenagakefarmasian;
4. Tenaga kesehatan masyarakat;
5. Tenaga gizi;
6. Tenaga keterampilan fisik;dan
7. Tenaga keteknisan medis.

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

Sesuai dengan Permenkes No. 1464/Menkes/Per/X/2010 yang menjadi landasan hukum pada asuhan kebidanan ibu bersalin kala III dengan Retensio Plasenta adalah:

1. Pasal 15 ayat 2

Pelayanan kebidanan pada ibu yang diberikan pada masa pra nikah,pra hamil,hamil,bersalin,nifas dan menyusui

2. Pasal 16 ayat 1

Pelayanan ibu nifas abnormal yang mencakup penanganan pada retensio placenta,renjatan dan infeksi ringan

Pemberian uterotonika pada MAK III dan post partum

Penanganan Retensio Plasenta dengan melakukan manual plasenta terdapat dalam 24 standar pelayanan kebidanan yaitu standar 20 yang menyatakan bidan mampu mengenali Retensio Plasenta dan memberikan pertolongan pertama termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan sesuai dengan kebutuhan.

Kriteria pencatatan asuhan kebidanan (catatan perkembangan SOAP) terdapat pula dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Nomor: 938/Menkes/SK/VII/2007 Standar VI tentang Pencatatan Asuhan Kebidanan menyatakan bahwa :

1. Pernyataan standar Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan / kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.
2. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Reka medis/KMS/Status pasien/ buku KIA).
3. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
  - a. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
  - b. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
  - c. A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan
  - d. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif: penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi / *follow up* dan rujukan.