

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Sarwono Prawirohardjo, 2014 : 100)

Allah Subhanaahu wa Ta’alaa berfirman dalam ayat-Nya yang mulia :

وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا وَحَمْلُهُ وَفِصَالُهُ ثَلَاثَ شَهْرٍ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ شَهْرًا حَتَّىٰ إِذَا بَلَغَ عَلِيٌّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي دُرِّيَّتِي إِنَّي أَنُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ

“Kami perintahkan kepada manusia supaya berbuat baik kepada dua orang ibu bapaknya, ibunya mengandungnya dengan susah payah, dan melahirkannya dengan susah payah (pula). Mengandungnya sampai

menyapuhnya adalah tiga puluh bulan, sehingga apabila dia telah dewasa dan umurnya sampai empat puluh tahun ia berdoa: “Ya Tuhanku, tunjukilah aku untuk mensyukuri nikmat Engkau yang telah Engkau berikan kepadaku dan kepada ibu bapakku dan supaya aku dapat berbuat amal yang saleh yang Engkau ridhai; berilah kebaikan kepadaku dengan (memberi kebaikan) kepada anak cucuku. Sesungguhnya aku bertaubat kepada Engkau dan sesungguhnya aku termasuk orang-orang yang berserah diri”. (QS. Al-Ahqaf : 15)

b. Lima benang merah

Menurut Rukiah (2009 : 14)

1) Membuat Keputusan Klinik

Pengumpulan data subyektik dan obyektif, diagnosa kerja, penatalaksanaan klinik, evaluasi hasil implementasi tatalaksana.

2) Asuhan sayang ibu dan bayi

Persalinan merupakan peristiwa alami sebagian besar persalinan umumnya akan berlangsung normal, penolong, memfasilitasi proses persalinan, tidak asing, bersahabat, rasa saling percaya, tahu dan siap membantu kebutuhan klien, memberi dukungan moril, dan kerjasama semua pihak (penolong-klien-keluarga).

3) Pencegahan Infeksi

Kewaspadaan standar, mencegah terjadinya dan transmisi penyakit, proses pencegahan infeksi instrument dan aplikasinya dalam

pelayanan, barrier protektif, budaya bersih dan lingkungan yang aman.

4) Rekam Medik (dokumentasi)

Kelengkapan status klien, anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan uji atau penapisan tambahan lainnya, partograf sebagai instrument membuat keputusan dan dokumentasi klien, kesesuaian kelaikan kondisi klien dan prosedur klinik terpilih, upaya dan tatalaksana rujukan yang diperlukan.

5) Sistem rujukan efektif

Alasan keperluan rujukan, jenis rujukan (darurat atau optimal), tatalaksana rujukan, upaya yang dilakukan selama merujuk, jaringan pelayanan dan pendidikan, menggunakan sistem umum atau sistem internal rujukan kesehatan.

c. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Menurut Rukiah, dkk (2009 : 3)

1) Penurunan kadar progesterone

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaiknya estrogen meningkatkan kontraksi otot Rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen didalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his.

2) Teori Oxytosin

Pada akhir kehamilan kadar oxytosin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot Rahim.

3) Peregangan otot-otot

Dengan majunya kehamilan, maka makin tereganglah otot-otot Rahim sehingga timbullah kontraksi untuk mengeluarkan janin.

4) Pengaruh Janin

Hipofise dan kadar suprarenal janin rupannya memegang peranan penting oleh karena itu pada anencephalus kelahiran sering lebih lama.

5) Teori Prostaglandin

Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke-15 hingga aterm terutama saat persalinan yang menyebabkan kontraksi myometrium (Mochtar. 1983 : 223)

d. Faktor persalinan

Menurut Manuaba (2010) faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu :

1) *Power*

- a) His (kontraksi otot Rahim)
- b) Kontraksi otot dinding perut
- c) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
- d) Ketegangan dan kontraksi ligamentum rotundum

2) *Passenger*

Janin dan plasenta

3) *Passage*

Jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang

4) Psikologi ibu

Dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh pada kelancaran proses persalinan. Sebagai contoh pasien bersalin yang didampingi oleh suami dan keluarga yang dicintainya akan mengalami proses persalinan yang lebih lancar jika dibandingkan dengan pasien yang tidak didampingi oleh suami dan keluarganya (Asrinah,2010)

5) Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendokumentasian alat bekas pakai. (Rukiyah,2009)

e. Tanda-tanda Persalinan

Menurut Marmi (2012) tanda – tanda inpartu sebagai berikut.

1) Terjadinya His

His adalah kontraksi yang menimbulkan rasa nyeri pada bagian perut serta menimbulkan pembukaan serviks dan dapat diraba.

His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut.

- a) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar kedepan
- b) Sifat his teratur, interal semakin pendek dan kekuatan semakin besar.
- c) Terjadi perubahan pada serviks
- d) Jika pasien menambah aktivitasnya, maka kekuatan hisnya bertambah.

2) Keluarnya lender bercampur darah

Pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka sedangkan keluarnya lender berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lender dari kanalis servikalis.

3) Kadang ketuban pecah sendirinya

Jika ketuban telah pecah, diharapkan persalinan dapat berlangsung dalam waktu 24 jam, namun apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu seperti ekstraksi vakum atau SC.

f. Pembagian Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2014) Persalinan dibagi dalam kala 4 kala, yaitu.

1) Kala I

Dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, fase laten (8 jam) serviks

membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka dari jam 3 sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.

2) Kala II

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

3) Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

4) Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum.

g. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan ialah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. (Prawirohardjo, 2014)

h. Penanganan Kegawatdaruratan

Kasus gawatdarurat obstetric ialah kasus obstetric yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat fatal bahkan kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir. (Prawirohardjo, 2014)

2. Retensio Plasenta

a. Definisi

Tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir (Sarwono, 2014)

Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir (Nugroho,2012)

Retensio Plasenta adalah belum lepasnya plasenta dengan melebihi waktu setengah jam (Manuaba, 2008)

b. Klasifikasi

Menurut Pranoto (2013) Jenis-jenis retensio plasenta adalah:

- 1) Plasenta *Adhesive*, adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
- 2) Plasenta *akreta* adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan myometrium.
- 3) Plasenta *inkreta* adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki atau mencapai myometrium.
- 4) Plasenta *perkreta* adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- 5) Plasenta *inkarserata* adalah tertahannya plasenta dalam kavum uteri, disebabkan oleh kontriksi ostium uteri.

Menurut Oxorn (2010) klasifikasi dari Retensio Plasenta yaitu:

- 1) Berdasarkan Luasnya
 - a) Total : Seluruh plasenta melekat pada myometrium
 - b) Partial : Ada satu atau lebih kotiledon atau sebagian kotiledon yang melekat.
- 2) Berdasarkan Dalamnya
 - a) Accreta : plasenta melekat pada myometrium. Tidak ada garis pembelahan
 - b) Increta : villi korialis menembus otot uterus tetapi tidak pada keseluruhan tebalnya.
 - c) Percreta : villi korialis menembus dinding uterus dan dapat menimbulkan perforasi lapisan serosa. Dapat terjadi rupture uteri. Pernah dilaporkan suatu kasus villi korialis tumbuh menembus dinding vesika urinaria sehingga menyebabkan hematuria yang nyata.

c. Tanda dan Gejala

Menurut Nugroho (2012)

- a) Tanda dan gejala pada retensio plasenta yang selalu ada:
 - 1) Plasenta belum lahir setelah 30 menit
 - 2) Perdarahan segera
 - 3) Kontraksi uterus baik
- b) Tanda dan gejala yang kadang-kadang ada:
 - 1) Tali pusat putus akibat tarikan berlebihan
 - 2) Inversion uteri akibat tarikan

3) Perdarahan lanjutan

d. Faktor yang mempengaruhi terjadinya Retensio Plasenta

Menurut Pranoto (2013), faktor yang mempengaruhi terjadinya retensio plasenta antara lain:

- 1) Kelainan dari uterus sendiri, yaitu anomaly dari uterus atau serviks; kelemahan dan tidak efektifnya kontraksi uterus; kontraksi yang tetanik dari uterus; serta pembentukan constriction ring.
- 2) Kelainan dari plasenta dan sifat perlekatan plasenta pada uterus.
- 3) Kesalahan manajemen kala III persalinan, seperti manipulasi dari uterus yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak ritmik; pemberian uterotonik yang tidak tepat waktu menyebabkan serviks kontraksi dan menanan plasenta; serta pemberian anastesi terutama yang melemahkan kontraksi uterus.

Menurut Oxorn (2010) faktor – faktor yang mempengaruhi Retensio plasenta diantaranya:

- 1) Faktor-faktor maternal
 - a) Gravida berusia lanjut
 - b) Multiparitas. Plasenta accrete jarang dijumpai diantara primigravida
- 2) Faktor-faktor uterus
 - a) Bekas section caesarea. Sering plasenta tertanam pada jaringan cicatrix uterus

- b) Bekas pembedahan uterus
 - c) Bekas kuretase uterus, yang terutama dilakukan setelah kehamilan atau abortus
 - d) Bekas pengeluaran plasenta secara manual
 - e) Bekas endometritis
- 3) Faktor-faktor plasenta
- a) Plasenta previa
 - b) Implantasi cornual

e. Penyebab Retensio Plasenta

Menurut Maryunani (2013), bahwa penyebab retensio plasenta antara lain:

- 1) Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala III bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus
- 2) Faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta adalah plasenta previa, bekas seksio sesaria, pernah kuret yang berulang dan multiparitas
- 3) Bila sebagian kecil dari plasenta masih tertinggal dalam uterus disebut rest plasenta dan dapat menimbulkan perdarahan postpartum primer atau lebih sering sekunder.

Menurut Rukiyah (2010), bahwa penyebab retensio plasenta secara fungsional dapat terjadi karena:

- 1) His kurang kuat (penyebab terpenting)
- 2) 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 adhesive*.

f. Patogenesis

Setelah bayi dilahirkan, uterus secara spontan berkontraksi. Kontraksi dan retraksi otot-otot uterus menyelesaikan proses ini pada akhir persalinan. Sesudah berkontraksi, sel myometrium tidak relaksasi, melainkan menjadi lebih pendek dan tebal. Dengan kontraksi yang berlangsung kontinyu, myometrium menebal secara progresif, dan kavum uteri mengecil sehingga ukuran juga 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 spongiosis yang longgar memberi jalan lahir, dan pelepasan plasenta terjadi ditempat itu. Pembuluh darah yang terdapat diuterus berada di antara serat-serat otot myometrium yang saling bersilangan. Kontraksi serat-serat otot ini menekan pembuluh darah dan retraksi otot ini mengakibatkan pembuluh darah terjepit serta perdarahan berhenti.

Pengamatan terhadap persalinan kala III dengan menggunakan pencitraan ultrasonografi secara dinamis telah membuka perspektif baru tentang mekanisme kala III persalinan. Kala III yang normal dapat dibagi kedalam 4 fase, yaitu:

1) Fase Laten

Fase laten ditandai oleh menebalnya dinding uterus yang bebas tempat plasenta, namun dinding uterus tempat plasenta melekat masih tipis.

2) Fase Kontraksi

Fase kontraksi ditandai oleh menebalnya dinding uterus tempat plasenta melekat (dari ketebalan kurang dari 1 cm menjadi >2cm)

3) Fase pelepasan plasenta

Fase pelepasan plasenta adalah fase ketika plasenta menyempurnakan pemisahannya dari dinding uterus dan lepas. Tidak ada hematoma yang terbentuk antara dinding uterus yang aktif pada tempat melekatnya plasenta, yang mengurangi permukaan tempat melekatnya plasenta. Akibatnya sobek dilapisan spongiosa.

4) Fase pengeluaran

Fase pengeluaran adalah plasenta bergerak meluncur. Saat plasenta bergerak turun, daerah pemisahan tetap tidak berubah dan sejumlah kecil darah terkumpul didalam rongga Rahim. Ini menunjukkan bahwa perdarahan selama pemisahan plasenta lebih merupakan akibat, bukan sebab.

Lama kala III pada persalinan normal ditentukan oleh lamanya fase kontraksi. Dengan menggunakan ultrasonografi pada kala III 89% plasenta lepas dalam waktu satu menit dari tempat implantasinya. Tanda-tanda lepasnya plasenta adalah sering ada pancaran darah

yang mendadak, uterus menjadi globuler dan konsistensinya semakin kuat. Uterus meninggi ke arah abdomen karena plasenta yang telah berjalan turun masuk ke vagina, serta tali pusat yang ke luar lebih panjang.

5) Setelah plasenta terpisah dari tempat Melek

Setelah plasenta terpisah dari tempat melekatnya, maka tekanan yang diberikan oleh dinding uterus menyebabkan plasenta meluncur ke arah bagian bawah Rahim atau atas vagina. Kadang-kadang, plasenta dapat keluar dari lokasi ini, oleh adanya tekanan inter-abdominal. Namun, wanita yang berbaring dalam posisi terlentang sering tidak dapat mengeluarkan plasenta secara spontan. Umumnya dibutuhkan tindakan artifisial untuk menyempurnakan persalinan kala tinggi. Metode yang biasa dikerjakan adalah dengan menekan dan mengklovasi uterus, bersamaan dengan tarikan ringan pada tali pusat. (Pranoto, 2012)

g. Penanganan

1) 15 menit setelah bayi lahir, plasenta belum lahir :

- a) Berikan 10 IU oksitosin IM dosis kedua (dosis pertama diberikan sesaat setelah bayi lahir berdasarkan manajemen aktif kala III)
- b) Pastikan kandung kemih kosong

2) Ulangi peregangan tali pusat terkendali dengan tekanan dorso kranial, bila dalam 30 menit plasenta belum lahir siapkan pasien untuk dirujuk.

- 3) Namun, bila terjadi tanda perdarahan segera lakukan manual plasenta
 - a) Pasang set dan infus cairan RL atau NaCL
 - b) Melakukan anastesi verbal atau analgesia per rektal
 - c) Berikan pethidine 1mg/kg IV dan diazepam 5-10 mg IV atau ketamine 2mg/kg IV perlahan dalam waktu 2 menit.
- 4) Menyiapkan dan menjalankan prosedur pencegahan infeksi, berikan antibiotic profilaksis (ampicilin dan metronidazole)
- 5) Setelah manual plasenta dilakukan secara legeartis, yaitu:
 - a) Pastikan kandung kemih kosong
 - b) Pakai sarung tangan steril/ DTT panjang siku
 - c) Pegang klem tali pusat. Tegangkan tali pusat perlahan dengan tangan kiri
 - d) Dengan mengenakan sarung tangan, masukan tangan kanan kedalam vagina dengan mengatupkan jari-jari dengan cara menelusuri tali pusat, kemudian masuk ke dalam uterus melalui canalis servikalis
 - e) Lepaskan tangan kiri yang memegang tali pusat, pindahkan ke abdomen untuk menahan fundus uteri selama proses melepaskan plasenta dan untuk mencegah inversi uterus
 - f) Jika sampai terjadi inversi uterus, segera lakukan reposisi uterus
 - g) Gerakan jari-jari tangan ke arah lateral hingga mencapai tepi plasenta

- h) Palpasi bagian dalam rongga uterus untuk memastikan seluruh jaringan plasenta telah terangkat
 - i) Berikan oksitosin 20 IU dalam 1 L cairan Infus (Ringer Laktat) 60 tetes/menit
 - j) Minta tolong asisten melakukan masase fundus uteri untuk merangsang kontraksi uterus yang tonik
 - k) Jika masih ada perdarahan, tambahkan ergometrin 0,2 mg IM atau prostaglandin
- 6) Periksa kelengkapan plasenta (Nugroho,2012)

3. Manual Plasenta

Pengertian manual plasenta adalah prosedur pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding uterus dan mengeluarkannya dari kavum secara manual. Arti manual adalah melakukan tindakan invasi dan manipulasi tangan penolong persalinan yang dimaksudkan langsung kedalam kavum uteri. (Pranoto, 2012)

- 1) Indikasi manual plasenta
 - a) Retensio plasenta, dan
 - b) Plasenta adhesive
- 2) Kontra indikasi
 - a) Plasenta inkreta, dan
 - b) Plasenta perkreta

3) Teknik Plasenta Manual

Sebelum teknik plasenta manual dikerjakan, penderita disiapkan pada posisi litotomi. Keadaan umum penderita diperbaiki kalau ada constriction ring dengan memberikan suntikan diazepam 10 mg IM. Anestesi ini berguna untuk mengatasi rasa nyeri.

Operator berdiri atau duduk dihadapan vulva dengan salah satu tangannya (tangan kiri) memegang tali pusat, tangan yang lain (tangan kanan) dengan jari-jari dikuncupkan membentuk kerucut. Dengan ujung jari menelusuri tali pusat sampai plasenta. Jika pada waktu melewati serviks dijumpai tahanan dari lingkaran kekejangan (constriction ring), dapat diatasi dengan mengembangkan secara perlahan-lahan jari tangan yang membentuk kerucut tadi.

Sementara itu, tangan kiri diletakan diatas fundus uteri dari luar dinding perut ibu sambil menahan atau mendorong fundus itu ke bawah. Setelah tangan yang didalam sampai ke plasenta, telusurilah permukaan fetalnya kearah pinggir plasenta. Pada perdarahan kala III, biasanya telah ada bagian pinggir plasenta yang terlepas.

Melalui celah tersebut, selipkan bagian ulnar dari tangan yang berada didalam antara dinding uterus dengan bagian plasenta yang telah terlepas itu. Dengan gerakan tangan yang seperti mengikis air, plasenta dapat dilepaskan seluruhnya (kalau mungkin), sementara tangan yang diluar tetap menahan fundus uteri untuk membantu memfiksasi uterus. Setelah plasenta lepas seluruhnya

tangan kiri pindah ke pinggir atas symphysis gunakan teknik teknik dorsocranial untuk mengantisipasi terjadinya inversion uteri.

Setelah plasenta berhasil dikeluarkan, lakukan eksplorasi untuk mengetahui kalau ada bagian dinding uterus yang sobek atau bagian plasenta yang tersisa. Pada waktu eksplorasi sebaiknya sarung tangan diganti yang baru. Setelah plasenta keluar, gunakan kedua tangan untuk memilikinya. Segera berikan uterotonika (oksitosin) 10 IU intramuscular, dan lakukan masase uterus. Lakukan inspeksi dengan speculum untuk mengetahui ada tidaknya laserasi pada vagina atau serviks. Jika ada, segera jahit.

Waktu yang paling kritis untuk mencegah perdarahan pasca persalinan adalah ketika plasenta lepas dan segera setelah itu. Untuk itu, langkah-langkah pada penatalaksanaan kala III perlu dikuasai penolong/bidan tanpa membedakan persalinan risiko rendah dan tinggi.

B. Konsep Dasar Asuhan (Tujuh Langkah Varney)

1. Standar 7 langkah Varney Pada Ibu Bersalin

a. Langkah 1: Pengkajian data

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap (Muslihatun, 2011)

1) Data Subyektif

Data subyektif adalah informasi yang dicatat mencakup identitas yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada klien (anamesis) atau dari keluarga atau tenaga kesehatan (allo anamesa) (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

a) Umur

Usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 sampai dengan 35 tahun. (Romauli, 2011)

b) Agama

Sebagian besar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan. (Romauli, 2011)

c) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam menyampaikan informasi mengenai tehnik melahirkan bayi. (Romauli, 2011)

d) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi.(Romauli, 2011)

e) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data juga memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. (Romauli, 2011)

f) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, informasi yang dapat dari pasien adalah terasa kenceng-kenceng di perut, ada pengeluaran lendir yang bercampur darah. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

Kala I

- (1) Kontraksi yang semakin sering dan bertahan lama
- (2) Keluarnya lendir yang disertai dengan darah.

Kala II

- (1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit
- (2) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- (3) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan vagina.
- (4) Perineum terlihat menonjol.
- (5) Vulva dan sfingter ani terlihat membuka.
- (6) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Kala III

- (1) Pasien mengatakan bahwa bayinya telah lahir.
- (2) Pasien mengatakan bahwa ari-arinya belum lahir
- (3) Pasien mengatakan bahwa dirinya lemah

- (4) Pasien menanyakan mengapa pengeluaran plasenta dibutuhkan waktu yang lama
- (5) Pasien menanyakan apakah dia akan baik-baik saja
- (6) Pasien menanyakan mengapa perlu dilakukan tindakan manual plasenta
- (7) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
- (8) Pasien mengatakan perut bagian bawahnya terasa mules

Kala IV

- (1) Pasien mengatakan bahwa ari-arinya telah lahir dengan cara Manual plasenta
- (2) Pasien mengatakan perutnya mules.
- (3) Pasien mengatakan lelah tapi bahagia.

g) Riwayat menstruasi

- (1) *Menarche* adalah usia pertama kali mengalami menstruasi. Untuk wanita pada usia sekitar 12-16 tahun.
- (2) Siklus menstruasi adalah jarak antara menstruasi yang di alami dengan menstruasi berikutnya dalam hubungan biasanya sekitar 23-32, pasien masih dalam batas normal.
- (3) HPHT ialah untuk menentukan usia kehamilan yang tepat dan menstruasi yang akurat biasanya membantu penepatan tanggal perkiraan persalinan yang disebut taksiran persalinan (TP) (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

h) Riwayat kehamilan yang lalu

Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpin persalinan, karena jalan persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor mempengaruhi persalinan. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

i) Riwayat kesehatan klien

Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu kita ketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes melitus, ginjal, hipertensi, hepatitis, atau anemia (Mandriwati, 2007)

j) Riwayat kesehatan keluarga

Anggota keluarga tidak sedang dan tidak memiliki riwayat penyakit menurun, dan menular yang dapat berpotensi mempengaruhi keadaan ibu (Mandriwati, 2007).

k) Data fungsional kesehatan

(1) Nutrisi

Data ini penting di tanyakan pada klien jenis, kesukaan, pantangan, intake untuk mengetahui pemenuhan nutrisi selama hamil. (Mufdilah, 2009)

(2) Aktivitas

Ibu tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat. (Mufdilah, 2009)

(3) Pola istirahat

Istirahat sangat perlu oleh ibu hamil. Oleh karena itu bidan perlu menggali kebiasaan istirahat supaya diketahui hambatan ibu yang mungkin muncul. (Mufdilah, 2009).

(4) Personal hygiene

Ibu sudah mandi, berganti pakaian dan pakaian dalam. (Mufdilah, 2009)

1) Tujuan persalinan

Adapun tujuan asuhan persalinan menurut Kurniati (2010) karena sebagai bidan harus mampu menggunakan pengetahuan, ketrampilan dan pengambilan keputusan yang tepat terhadap kliennya untuk:

- (1) Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu keluarganya selama persalinan dan kelahiran.
- (2) Melakukan pengkajian, membuat diagnosa, mencegah, menangani komplikasi-komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
- (3) Melakukan rujukan pada kasus-kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapatkan asuhan spesialis jika perlu.

2) Data Obyektif

Data ini dikumpulkan guna melengkapi data untuk menegakan diagnosis, bidan melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, prekuensi, dan

pemeriksaan penunjang yang dilakukan secara berurutan.
(Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

a) Pemeriksaan umum

(1) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu apakah baik atau lemah, keadaan ibu persalinan baik. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

(2) Kesadaran

Kesadaran ibu composmentis (kesadaran maksimal..
(Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

(3) Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi. (Mandriwati, 2007).

(4) Berat badan

Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,50 kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,50 sampai dengan 16 ,50 kg. (Mandriwati, 2007).

(5) Tekanan darah

Tekanan darah ibu tidak boleh mencapai 140 systolik atau 90 diastolik. Tekanan darah ibu besalin masih dalam batas normal.
(Romauli, 2011)

(6) Nadi

Nadi normal dalam 1 menit adalah 60 sampai dengan 100 kali/menit. Nadi ibu bersalin masih dalam batas normal (Romauli, 2011).

(7) Respirasi

Normalnya pernafasan dalam 1 menit adalah 16 sampai dengan 24 kali/menit. Respirasi ibu bersalin masih dalam batas normal (Romauli, 2011)

(8) Suhu

Suhu tubuh normalnya adalah 36 °C sampai dengan 37 °C. Suhu tubuh lebih dari 37 °C perlu diwaspadai adanya infeksi. (Romauli, 2011)

b) Pemeriksaan khusus

Adapun pemeriksaan khusus menurut dewi dan sunarsih (2011) adalah sebagai berikut:

(1) Inspeksi adalah memeriksa dengan cara melihat atau memandangi.

Wajah : tidak pucat, tidak ada oedema.

Mata : bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, sklera normal berwarna putih.

Hidung : normal tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan cukup.

Telinga : bentuk simetris, normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau.

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis.

Payudara : bentuk simetris, hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol.

Abdomen : tidak ada bekas operasi, terdapat linea nigra, striae livida dan terdapat pembesaran abdomen.

Vagina : normal tidak terdapat varises pada vulva dan vagina, tidak odema.

Anus : normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus

Ektremitas : normal simetris dan tidak odema.

(2) Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba.

Leopold I : di fundus teraba bagian bulat, keras, melenting.

Leopold II : Punggung terdapat sebelah kiri (tahanan yang terbesar sebelah kiri), bagian-bagian kecil janin terdapat sebelah kanan.

Leopold III : Kepala (bagian yang keraas bundar dan melenting)

Leopold IV : Divergen (bagian terbesar janin turun).

Tinggi fundus uteri : TFU 25 cm.

Detak jantung janin : Detak jantung janin normal berkisaran antara 120 sampai 160 denyut permenit.

c) Pemeriksaan dalam

(1) Pembukaan

Pada nulipara proses pembukaan terjadi servik sering menipis 50 sampai dengan 60 % pembukaan 1 cm. Pada multipara proses pembukaan serviks tidak menipis tetapi hanya membuka 2 sampai dengan 2 cm. (Rohani, dkk, 2011)

(2) Pendataran

Derajat pendataran serviks berbanding dengan yang belum mendatar, jika panjang serviks berkurang separuh, dikatakan 50 % mendatar, namun bila serviks menjadi setipis segmen uterus bawah di dekatnya, serviks dikatakan telah mendatar penuh atau 100 %. (Rohani, dkk, 2011).

b. Langkah II: interpersi data dasar

Data ini adalah data yang telah dikumpulkan , data dasar tersebut kemudian diinterpersikan sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik, meskipun masalah tidak dapat diartikan sebagai diagnosis,tetapi membutuhkan penanganan. (Soepardan, 2007)

- 1) Diagnosa aktual: P₁ A₀ M₀ Kala III dengan Retensio Plasenta
- 2) Masalah: Adanya keluhan plasenta belum lahir 10 menit setelah bayi lahir

- 3) Kebutuhan: memberi KIE, Perbaiki KU dengan pemasangan infus, plasenta manual (Sulistiyawati dan Nugraheny, 2012).

c. Langkah III: Mengidentifikasi diagnosis masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi. (Muslihatun, 2011)

Diagnosa Potensial :

Potensial terjadi syok haemorrhage : karena adanya pendarahan pasca persalinan

Potensial terjadi infeksi puerperium : pada tindakan manual plasenta

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

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 (Muslihatun,2011)

Dalam kasus perdarahan post partum karena retensio plasenta, antisipasi lakukan uji pembekuan darah sederhana. Kegagalan terbentuknya pembekuan setelah 7 menit atau adanya bekuan lunak yang dapat pecah dengan mudah menunjukkan adanya koagulopati.

e. Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang 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,2011)

Kala I (kala Pembukaan)

Fase laten

Tujuan fase laten untuk mengetahui batas waktu normal pembukaan 0 sampai 4 cm.

Rencana asuhan kala I fase laten.

- 1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada klien dan keluarga
- 2) Anjurkan ibu untuk miring ke kiri mencegah tertekanya vena cavainferior sehingga memperlancar sirkulasi darah ibu.
- 3) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin, Agar tidak menghambat penurunan janin.
- 4) Lakukan observasi fase laten di lembar observasi yang meliputi:
Tekanan darah dan suhu tubuh setiap 4 jam, nadi setiap 30-60 menit, DJJ setiap 1 jam, kontraksi setiap 1 jam, pembukaan serpik setiap 4 jam, penurunan kepala janin setiap 4 jam, serta kemajuan perssalinan pada fase laten ditulis di lembar observasi sehingga diketahui perkembangan kondisi ibu dan janin. (Erawati, 2010)

Fase aktif

Rencana kala I fase aktif

- 1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada klien dan keluarga yang telah diberikan.
- 2) Evaluasi Pengukuran tanda vital, intake cairan dan nutrisi, kemajuan persalinan, pengosongan kandung kemih.
- 3) Atasi ketidaknyamanan selama proses persalinan, nyeri akibat his, kram pada tungkai bawah.
- 4) Beri informasikan kepada pasien dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, perlengkapan ibu dan bayi harus disiapkan, dan mendampingi proses persalinan.
- 5) Amati rasa cemas dan memberi dukungan mental dan spritual kepada pasien dan keluarga (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

Pimpin ibu meneran yang benar akan mempercepat proses persalinan dan mengurangi komplikasi yang terjadi.

Kala II (pengeluaran janin)

Kala II primi berlangsung maksimal 2 jam, sedangkan multipara berlangsung maksimal 1 jam.

Rencana asuhan kala II.

- 1) Atur posisi ibu, ibu memilih posisi setengah duduk.
- 2) Penuhi kebutuhan hidrasi, meminta kepada suami agar memberi minum keapda ibu.
- 3) Libatkan suami dalam proses persalinan

- 4) Beri dukungan mental dengan meyakinkan ibu agar proses persalinannya berjalan dengan lancar dengan usaha meneran yang ia lakukan, serta memberi pujian supaya ia semangat untuk meneran, dan memberi dukungan spiritual sesuai dengan agama pasien.
- 5) Lakukan pertolongan persalinan, sesuai dengan kewenangan bidan melakukan pertolongan persalinan normal sesuai dengan langkah APN sebagai berikut:
 - a) Pada saat his membimbing ibu untuk meneran
 - b) Saat kepala ada di vulva dengan diameter 5-6 cm, pasang handuk bersih di perut pasien untuk mengeringkan bayi.
 - c) Buka set partus
 - d) Mulai memakai sarung tangan pada kedua tangan.
 - e) Saat kepala turun, tangan kanan menahan primum dengan arah tahanan ke dalam dan ke bawah, sedangkan tangan kiri menahan kepala bayi agar tidak terjadi defleksi maksimal.
 - f) Setelah bayi lahir, periksa leher bayi apakah ada lilitan tali pusat, ada lilitan tali pusat, kendorkan dan jepit serta gunting tali pusat.
 - g) Tempatkan kedua tangan pada bitemporalis bayi untuk melahirkan bahu dengan cara tarik kepala ke arah bawah untuk melahirkan bahu depan dan tarik kepala ke arah atas untuk melahirkan bahu belakang.
 - h) Pindahkan tangan dominan ke bawah badannya bayi untuk menyangga kepala, leher dan badan bayi sedangkan tangan yang

lain berada di perineum untuk menjepit kedua kaki bayi saat selurug badan bayi telah lahir semuanya.

- i) Lakukan penilaian sekilas pada bayi, kemudian langsung bayi ditempatkan tempat resusitasi, karna bayi tidak menangis. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

Kala III(Pengeluaran Plasenta)

Kala III Plasenta tidak lahir

Rencana asuhan kala III dengan Retensio Plasenta

1. 15 menit setelah bayi lahir, plasenta belum lahir :
 - a) Berikan 10 IU oksitosin IM dosis kedua (dosis pertama diberikan sesaat setelah bayi lahir berdasarkan manajemen aktif kala III)
 - b) Pastikan kandung kemih kosong
2. Ulangi peregang tali pusat terkendali dengan tekanan dorso kranial, bila dalam 30 menit plasenta belum lahir siapkan pasien untuk dirujuk.
3. Namun, bila terjadi tanda perdarahan segera lakukan manual plasenta
 - a) Pasang set dan infus cairan RL atau NaCL
 - b) Melakukan anastesi verbal atau analgesia per rektal
 - c) Berikan pethidine 1mg/kg IV dan diazepam 5-10 mg IV atau ketamine 2mg/kg IV perlahan dalam waktu 2 menit.
4. Menyiapkan dan menjalankan prosedur pencegahan infeksi, berikan antibiotic profilaksis (ampicilin dan metronidazole)
5. Setelah manual plasenta dilakukan secara legeartis, yaitu:
 - a) Pastikan kandung kemih kosong

- b) Pakai sarung tangan steril/ DTT panjang siku
 - c) Pegang klem tali pusat. Tegangkan tali pusat perlahan dengan tangan kiri
 - d) Dengan mengenakan sarung tangan, masukan tangan kanan kedalam vagina dengan mengatupkan jari-jari dengan cara menelusuri tali pusat, kemudian masuk ke dalam uterus melalui canalis servikalis
 - e) Lepaskan tangan kiri yang memegang tali pusat, pindahkan ke abdomen untuk menahan fundus uteri selama proses melepaskan plasenta dan untuk mencegah inversi uterus
 - f) Jika sampai terjadi inversi uterus, segera lakukan reposisi uterus
 - g) Gerakan jari-jari tangan ke arah lateral hingga mencapai tepi plasenta
 - h) Palpasi bagian dalam rongga uterus untuk memastikan seluruh jaringan plasenta telah terangkat
 - i) Berikan oksitosin 20 IU dalam 1 L cairan Infus (Ringer Laktat) 60 tetes/menit
 - j) Minta tolong asisten melakukan masase fundus uteri untuk merangsang kontraksi uterus yang tonik
 - k) Jika masih ada perdarahan, tambahkan ergometrin 0,2 mg IM atau prostaglandin
6. Periksa kelengkapan plasenta (Nugroho,2012)

Kala IV (pengawasan)

Rencana asuhan kala IV

- 1) Lakukan observasi kontraksi uterus dan perdarahan
 - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama persalinan.
 - c) Setiap 30 menit pada 1 jam kedua persalinan.
- 2) Lakukan pemantauan intensif pada pasien
- 3) Lakukan penjahitan luka perineum
- 4) Pantau jumlah perdarahan
- 5) Melakukan pemantauan kala IV
 - a) Tekanan darah dan nadi
 - b) Respirasi dan suhu
 - c) Kontraksi uterus
 - d) Lokia
 - e) Kandung kemih
- 6) Bersihkan ibu dan posisi tubuh yang nyaman
- 7) Beri dukungan dalam pemberian ASI dini
- 8) Tempat dan alas tidur yang kering dan bersih agar tidak terjadi infeksi. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012)

f. Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan asuhan menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman.

Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan

tidak melakukannya sendiri, namun ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarah pelaksanaanya (misalnya dengan memastikan bahwa langkah tersebut benar-benar terlaksana) (Muslihati, 2011)

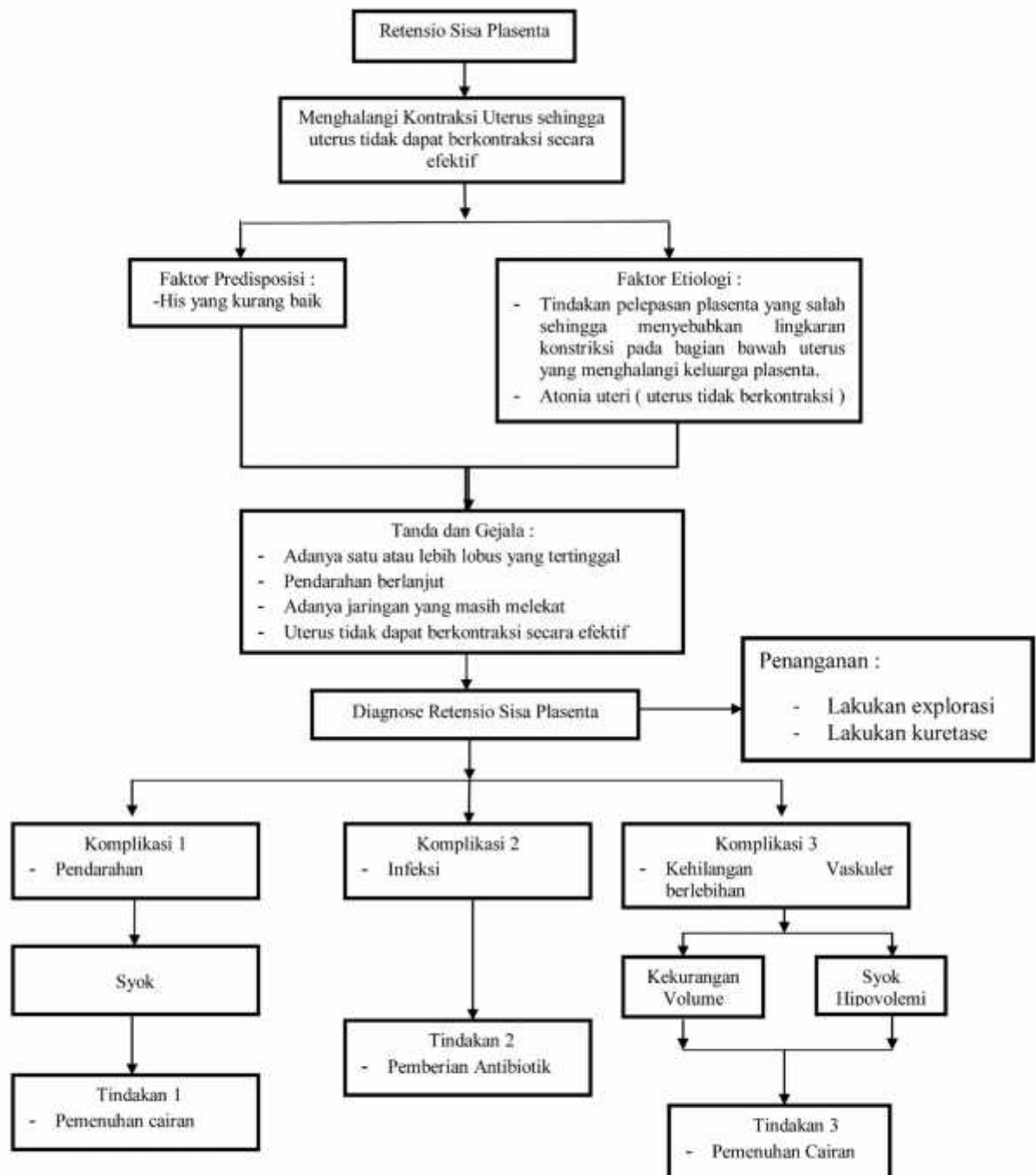
- 1) Mengobservasi KU dan tanda-tanda vital
- 2) Menentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang diambil
- 3) Meregangkan tali pusat
- 4) Melakukan plasenta manual
- 5) Restorasi cairan untuk mengatasi hipovolemia
- 6) Melakukan transfuse darah bila dilakukan
- 7) Memberikan antibiotika profilaksis (ampisilin 2 gram IV atau oral + metronidazole 1 gram supositoria atau oral) secara IM

g. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosis. (Muslihatun, 2011)

- 1) Plasenta lahir lengkap
- 2) Keadaan umum baik
- 3) Ibu merasa nyaman

C. Kerangka Alur Pikir



Sumber: - YeyehRukiyah, 2010.

-Prawirohardjo, 2008.

Bagan 2.1 Pathway Retensio Sisa Plasenta