

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **A. Pengertian Persalinan**

##### **1. Definisi Persalinan**

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.(Saifuddin, 2002).

Persalinan adalah serangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan dihiri dengan pelahiran plasenta. (Helen, varney, 2007:672).

Jadi persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan (37-41 minggu), spontan, presentasi belakang kepala, dengan dorongan dari kekuatan ibu sendiri.

##### **2. Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan**

Lima benang merah dalam asuhan persalinan dirasa sangat penting dalam memberikan asuhan persalinan dan kelahiran bayi yang bersih dan aman. Berbagai aspek yang melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis. Kelima aspek ini selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan. Lima benang merah dalam asuhan persalinan,(JNPK-KR,2012)yaitu :

a. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Langkah-langkah dalam proses pengambilan keputusan klinik, yaitu :

1) Pengumpulan data

Pengumpulan data dapat diambil dari pengumpulan data subyektif dan obyektif. Data subyektif adalah informasi yang diceritakan oleh ibu tentang apa yang dirasakan, apa yang dialami dan apa yang telah dialaminya. Data obyektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan / pengamatan terhadap ibu atau bayi baru lahir.

2) Diagnosis

Setelah data terkumpul, penolong persalinan dapat melakukan analisis data segera membuat diagnosis secara tepat.

3) Penatalaksanaan asuhan

Berdasarkan data yang terkumpul dan diagnosis yang pasti (berdasarkan bukti nyata) susun rencana penatalaksanaan sebagai elemen asuhan atau perawatan yang memadai bagi ibu dan bayi baru lahir.

4) Evaluasi

Penatalaksanaan yang telah dilakukan harus dievaluasi untuk menilai tingkat efektifitas asuhan.

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan dari pasien dalam hal ini ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan

keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah menyentuh bayi dengan lembut dan tidak memberikan intervensi yang tidak diperlukan.(JNPK-KR,2012)

c. Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi merupakan komponen yang tidak terpisahkan dengan tindakan-tindakan dalam asuhan persalinan dan kelahiran bayi. Prinsip-prinsip pencegahan infeksi, yaitu:

- 1) Semua individu (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan), harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi yang terjadi bersifat asimtomatik.
- 2) Setiap individu harus dianggap berisiko terkena infeksi.
- 3) Permukaan tempat pemeriksaan, peralatan dan benda-benda lain yang akan dan telah bersentuhan dengan kulit tidak utuh/selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi sehingga setelah selesai digunakan harus dilakukan proses pencegahan infeksi secara benar.
- 4) Apabila tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses dengan benar, harus dianggap telah dan masih terkontaminasi.
- 5) Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, namun dapat dikurangi seminimal mungkin dengan menerangkan tindakan pencegahan infeksi yang benar dan konsisten.

d. Pencacatan (rekam medik)

Catat setiap asuhan yang sudah diberikan kepada ibu maupun bayi. Apabila asuhan tidak dicatat, maka dapat dianggap asuhan tersebut tidak

pernah dilaksanakan. Pencacatan merupakan bagian penting dari proses pembuatan keputusan klinik karena dengan pencatatan yang benar memungkinkan penolong persalinan dapat terus menerus memperhatikan asuhan yang sudah diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.(JNPK-KR,2012).

e. Rujukan

Tindakan rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan rujukan atau yang memiliki sarana lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Hal-hal yang harus dipersiapkan dalam melakukan rujukan sering kali disingkat dengan BAKSOKUDO, (JNPK-KR,2012)yaitu:

B : Bidan

Pastikan bahwa ibu dan / atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk menatalaksana kegawatdarutan obstetrik dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

A : Alat

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, mas nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

K : Keluarga

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan/atau bayi perlu dirujuk.Jelaskan pada mereka dan tujuan

merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan bayi baru lahir hingga ke fasilitas rujukan.

**S : Surat**

Berikan surat ke tempat rujukan, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang sudah diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

**O : Obat**

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan selama di perjalanan.

**K : Kendaraan**

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

**U : Uang**

Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas pelayanan.

**DO : Donor darah**

Pastikan ibu telah mendapatkan calon pendonor sebagai persiapan apabila terjadi kegawatdaruratan. (Djami, Moudy E. U & Indrayani, 2016:22-39)

### 3. Faktor –Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

#### a. Power

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar.

Kekuatan tersebut meliputi :

#### 1) His (kontraksi uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi, dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Tiap his di mulai sebagai gelombang dari salah satu sudut di mana tuba masuk ke dalam dinding uterus. Di tempat tersebut ada suatu pace maker dari mana gelombang tersebut berasal. Kontraksi ini bersifat involunter karena berada di bawah pengaruh saraf intrinsik. Ini berarti wanita tidak memiliki kendali fisiologis terhadap frekuensi dan durasi kontraksi. Kontraksi uterus juga bersifat intermiten sehingga ada periode relaksasi uterus di antar kontraksi, fungsi penting relaksasi, yaitu: mengistirahatkan otot uterus, memberi kesempatan istirahat bagi ibu, mempertahankan kesejahteraan bayi karena uterus menyebabkan kontriksi pembuluh darah plasenta.

#### 2) Pembagian his dan sifatnya :

- a) His pendahuluan : his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau bloody show
- b) His pembukaan (kala 1): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit

- c) His pengeluaran (kala 2) : untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
  - d) His pelepasan plasenta (kala 3):kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta
  - e) His pengiring (kala 4):kontraksi lemah,masih sedikit nyeri,terjadi pengecilan dalam beberapa jam atau hari
- 3) Hal hal yang harus di perhatikan pada his saat melakukan obeservasi :
- a) Frekuensi his :jumlah his dalam waktu tertentu ,biasanya per menit per 10 menit
  - b) Intensitas his :kekuatan his (adekuat atau lemah)
  - c) Durasi (lama his):lamanya setiap his berlangsung dan di tentukan dalam detik,misalnya 50 detik
  - d) Interval his : jarak antara his yang satu dengan his berikutnya,his datan tiapa 2-3 menit (Asrinah,2010:10)
- 4) Identifikasihis / kontraksi

Jika persalinan salah di diagnosis,mungkin kan di lakukan intervensi yang tidak tepat untuk mempercepat persalinan. Sebaliknya,jika persalinan tidak di diagnosis,janin berada dalam bahaya akibat penyulit tidak terduga.Walaupun diagnosis banding antara persalinan palsu dan persalinan sejati kadang sulit di tentukan,diagnosis biasanya di buat berdasrakan kontraksi yang terjadi

## 5) Perbedaan his persalinan dan his palsu

Tabel 1  
Perbedaan His Persalinan dan His Palsu

His Persalinan	His Palsu
a. Interval teratur	a. Tidak teratur
b. Makin lama intervalnya makin pendek	b. Tidak berubah
c. Lama dan kekuatannya bertambah	c. Tidak berubah
d. Rasa nyeri mulai di belakang dan menjalar ke depan	d. Rasa nyeri terutama di depan
e. Jalan-jalan menaikkan intensitasnya	e. Tidak berubah
f. Ada hubungan antara derajat pengerasan uterus dengan intensitas rasa nyeri	f. Tidak ada hubungan
g. Seringkali ada lendir darah	g. Tidak ada
h. Serviks mendatar dan membuka	h. Tidak ada perubahan serviks
i. Bagian terendah janin turun	i. Tidak turun
j. Pada waktu tidak ada his kepala terfiksasi.	j. Kepala tetap bebas
k. Sedativa tidak menghentikan his sungguhan	k. Sedativa yang efisien menghilangkan his palsu

(Djami Moudy, Indrayani,2016; hal.84).

## 6) Perubahan perubahan akibat his

## a) Pada uterus dan serviks

Uterus teraba keras/padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauterin naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (effacement) dan terbuka (dilatasi)

## b) Pada Ibu

Rasa nyeri karena iskemia uterus dan kontraksi uterus. Juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah

## c) Pada Janin

Pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenta kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat (bradikardi) dan kurang jelas di

dengar karena adanya iskemia fisiologis. jika benar-benar terjadi hipoksia yang agak lama, misalnya pada kontraksi tetanik, maka terjadi gawat janin asfiksia dengan denyut jantung janin di atas 160 per menit, tidak teratur

#### b. Passage

Passage atau jalan lahir merupakan faktor jalan lahir, terbagi menjadi 2 yaitu :

##### 1) Bagian keras

Bagian ini terdiri dari tulang panggul (Os coxae, Os Sacrum, Os Coccygis), dan Artikulasi (Simpthesis pubis, Artikulasi sakro-iliaka, artikulasi sakro-kosigiu). Dari tulang-tulang dasar dan artikulasi yang ada, maka bagian keras janin dapat dinamakan Ruang panggul (Pelvis mayor dan minor), pintu panggul (Pintu atas panggul, Ruang tengah panggul, Pintu bawah panggul, dan ruang panggul yang sebenarnya yaitu antara inlet dan outlet), Sumbu panggul (merupakan garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan), bidang-bidang (Hodge I, Hodge II, Hodge III, dan Hodge IV). Jenis- jenis panggul menurut Caldwell & Moloy, 1993 adalah Ginegoid yang bulat 45%, Android panggul pria 15%, Antroid Lonjong seperti telur 35%, Platipeloid pica menyempit arah muka belakang 5 %.(Djami Moudy, Indrayani,2016; hal.54).

##### 2) Bagian lunak

Jalan lunak yang berpegaruh dalam persalinan adalah SBR, Serviks Utreri, dan vagina. Diamping itu otot-otot, jaringan ikat, dan ligament yang menyokong alat-alat urogenital juga sangat berperan penting dalam persalinan.

### c. Passenger

Passenger meliputi janin, plasenta dan air ketuban.

#### 1) Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor yakni kepala janin, presentasi, leak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal (Sumarah, 2010)

#### 2) Plasenta

Plasenta merupakan organ yang luar biasa. Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selmaa kehidupan intrauterine. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas keutuhan dan efisiensi plasenta. Plasenta adalah alat yang sangat penting bagi janin. Karena merupakan alat pertukaran zat antara ibu dan anak atau sebaliknya.

#### 3) Tali Pusat

Umumnya plasenta akan lengkap pada kehamilan kira-kira 16 minggu, di mana ruang amnion telah mengisi seluruh rongga rahim. Tali pusat atau cord umbilicalis disebut juga foeniculus. Pada minggu ke 5 tali pusat terbentuk. Tali pusat terdapat di antara pusat janin dan permukaan fetal plasenta.

### d. Psikologis

Keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar disbanding dengan ibu bersalin tanpa

pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan (Asrinah, 2010:21).

Perubahan psikologis dan perilaku ibu, terutama yang terjadi selama fase laten, aktif, dan transisi pada kala 1 persalinan memiliki karakteristik masing-masing. Sebagian besar ibu hamil yang memasuki masa persalinan akan merasa takut. Apalagi untuk seorang primigravida yang pertama kali beradaptasi dengan ruang bersalin. Hal ini harus disadari dan tidak boleh diremehkan oleh petugas kesehatan yang akan memberikan pertolongan persalinan. Ibu hamil yang akan bersalin mengharapkan penolong yang dapat dipercaya dan dapat memberikan bimbingan dan informasi mengenai kedaannya. Kondisi psikologis ibu bersalin dapat juga dipengaruhi oleh dukungan dari pasangannya, orang terdekat, keluarga, penolong, fasilitas dan lingkungan tempat bersalin, bayi yang dikandungnya merupakan bayi yang diharapkan atau tidak.

#### e. Posisi

Posisi Ibu memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman dan melancarkan sirkulasi darah. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, berjongkok dan duduk. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi untuk penurunan bagian terendah janin. Kontraksi uterus lebih kuat dan lebih efisien untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks sehingga persalinan lebih cepat. Posisi tegak dapat mengurangi insidensi penekanan tali pusat.

#### 4. Tahap-Tahap Dalam Persalinan

Dalam proses persalinan ada beberapa tahapan yang harus dilalui oleh ibu, tahapan tersebut dikenal dengan empat kala, yaitu:

a. Kala satu (kala pembukaan)

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus atau dikenal dengan “his” yang teratur dan meningkat (baik frekuensi maupun kekuatannya) hingga serviks berdilatasi hingga 10 cm (pembukaan lengkap) atau kala pembukaan berlangsung dari mulai adanya pembukaan sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan kala satu, his yang timbul tidak begitu kuat sehingga ibu masih kooperatif dan masih dapat berjalan-jalan. Tanda dan gejala kala satu termasuk :

- 1) Penipisan dan pembukaan serviks.
- 2) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
- 3) Cairan lendir bercampur darah (“*show*”) melalui vagina.

(JNPK-KR, 2012:37)

Kala satu persalinan dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten pada kala satu persalinan

- a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b) Dimulai dari adanya pembukaan sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm atau serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

2) Fase aktif pada kala satu persalinan

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.
- d) Pada umumnya, fase aktif berlangsung hampir atau hingga 6 jam.
- e) Fase aktif menjadi dibagi lagi menjadi tiga fase, yaitu:
  - (1) Fase akselerasi, pembukaan 3 ke 4, dalam waktu 2 jam.
  - (2) Fase kemajuan maksimal/dilatasi maksimal, pembukaan berlangsung sangat cepat, yaitu dari pembukaan 4 ke 9 dalam waktu 2 jam.
  - (3) Fase deselerasi, pembukaan 9 ke 10 dalam waktu 2 jam.
- f) Fase-fase tersebut terjadi pada primigravida. Pada primigravida juga demikian, namun fase laten, aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.
- g) Dengan perhitungan maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan dan dipantau dengan menggunakan lembar partograf. Masalah/komplikasi yang dapat muncul pada kala satu adalah ketuban pecah sebelum waktunya (pada fase laten), gawat janin, inersia uteri. (Djami, Moudy E. U & Indrayani, 2016:43-45)

b. Kala dua (pengeluaran bayi)

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua adalah:

- 1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vaginanya.
- 3) Perineum menonjol.
- 4) Vulva - vulva dan spingter ani membuka.
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Pada kala dua persalinan his/ kontraksi yang semakin kuat dan teratur. Umumnya ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran. Kedua kekuatan, his dan keinginan untuk meneran akan mendorong bayi keluar. Kala dua berlangsung hingga 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara.

Pada kala dua, penurunan bagian terendah janin hingga masuk ke ruang panggul sehingga menekan otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa ingin meneran, karena adanya penekanan pada rektum sehingga ibu merasa seperti ingin buang air besar yang ditandai dengan anus membuka. Saat adanya his bagian terendah jnin akan semakin terdorong keluar sehingga kepala mulai terlihat, vulva membuka dan perineum menonjol. Masalah / komplikasi yang dapat muncul pada kala dua adalah pre-eklamsia/eklamsia, gawat janin, kala dua memanjang/ persalinan lama, tali pusat menumbung, partus macet, kelelahan ibu, distosia bahu, inersia uteri, lilitan tali pusat. (Djami, Moudy E. U & Indrayani, 2016:45-46)

c. Kala tiga (pelepasan uri)

Kala tiga persalinan disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala tiga persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Setelah kala dua persalinan, kontraksi uterus

berhenti sekitar 5 sampai 0 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan Nitabuch, karena sifat retraksi otot-otot rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda di bawah ini:

- 1) Perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri.
  - a) Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan umum tinggi fundus uteri di bawah pusat.
  - b) Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berubah bentuk menjadi seperti buah pear/alpukat dan tinggi fundus uteri menjadi di atas pusat.
- 2) Tali pusat bertambah panjang.
- 3) Terjadi semburan darah secara tiba-tiba perdarahan (bila pelepasan plasenta (bila pelepasan plasenta secara Duncan/dari pinggir).

Masalah/komplikasi yang dapat muncul pada kala tiga adalah retensio plasenta, plasenta lahir tidak lengkap, perlukaan jalan lahir. Pada kasus retensio plasenta, tindakan manual plasenta hanya dapat dilakukan dengan pertimbangan terdapat perdarahan. (Djami, Moudy E. U & Indrayani, 2016:46)

d. Kala empat (pemantauan)

Kala empat persalinan disebut juga dengan kala pemantauan. Kala empat dimulai dari setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Pada kala paling sering terjadi perdarahan postpartum, yaitu pada 2 jam pertama postpartum. Masalah/komplikasi yang dapat mungkin disebabkan oleh atonia uteri, lacerasi jalan lahir dan sisa plasenta. Oleh karena itu harus dilakukan pemantauan,

yaitu pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam. Pemantauan pada kala IV dilakukan:

- 1) Setiap 15 menit pada satu jam pertama pascapersalinan.
- 2) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
- 3) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri yang sesuai.

Kontraksi uterus selama kala empat umumnya tetap kuat dengan amplitudo sekitar 60 sampai 80 mmHg, kekuatan kontraksi ini tidak diikuti oleh interval pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk trombus. Pengeluaran oksitosin sangat penting yang berfungsi:

- 1) Merangsang otot polos yang terdapat disekitar alveolus kelenjar mammae, sehingga ASI dapat dikeluarkan.
- 2) Oksitosin merangsang kontraksi uterus dan mempercepat involusi uteri.

Kontraksi otot uterus yang disebabkan oksitosin mengurangi perdarahan postpartum. (Djami, Moudy E. U & Indrayani, 2016:47)

## **B. Pengertian Retensio Plasenta**

### **1. Definisi Retensio Plasenta**

Retensio Plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. Perdarahan pervaginam disebabkan oleh pelepasan plasenta secara Duncan yaitu pelepasan/separasi plasenta atau secara Schultze yaitu plasenta sudah sebagian lepas tetapi tidak keluar pervaginam. Pada retensio

plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala tiga) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan manual plasenta, meskipun kala uri belum lewat setengah jam.

## 2. Penyebab Retensio Plasenta

Sepertri dilansir *Mom Junction*, ada beberapa penyebab plasenta tertahan di dalam rahim, berikut di antaranya:

### a. Atonia uteri

Jenis retensio plasenta yang paling umum terjadi adalah ketika rahim tidak berkontraksi atau berhenti berkontraksi agar plasenta keluar dari rahim.

### b. Plasenta terperangkap

Penyebab retensio plasenta ini terjadi saat plasenta terlepas dari rahim tetapi terperangkap di belakang serviks yang tertutup. Ini biasanya terjadi ketika serviks mulai menutup sebelum plasenta dikeluarkan.

### c. Plasenta adheren

Ketika semua atau sebagian plasenta melekat di dinding rahim, kondisi ini dikenal sebagai plasenta adheren. Dalam kasus yang jarang terjadi, ketika sebagian plasenta melekat di dinding rahim, yang dikenal sebagai plasenta akreta. Ini lebih mungkin terjadi ketika plasenta melekat pada bekas luka caesar sebelumnya.

### d. Plasenta akreta

Plasenta akreta terjadi ketika plasenta menempel di dalam rahim, yang kemungkinan karena bekas luka operasi caesar yang dilakukan sebelumnya.

e. Plasenta perkreta

Plasenta perkreta terjadi saat plasenta tumbuh dan berkembang di sepanjang dinding rahim.

Sementara penyebab retensio plasenta langka lainnya termasuk lobus succenturiate: Retensio plasenta yang juga bisa berkembang ketika sebagian plasenta terhubung ke bagian utama oleh pembuluh darah yang menempel di dalam rahim. Pembuluh darah ini dikenal sebagai lobus succenturiate

### 3. Jenis-Jenis Retensio Plasenta

Jenis-jenis perlekatan plasenta yang abnormal yaitu:

a. Plasenta Adhesiva

Implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.

b. Plasenta Akreta

Suatu plasenta yang tidak dapat dipisahkan dari dinding uterus baik sebagian ataupun seluruhnya. Hal ini dikarenakan implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium. Keadaan ini disebabkan karena tidak adanya desidua basalis baik sebagian atau seluruhnya terutama lapisan yang berbusa.

c. Plasenta Inkreta

Implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai/memasuki miometrium.

d. Plasenta Perkreta

Implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus. Penetrasi abnormal elemen korionik ke dalam lapisan serosa uterus.

e. Plasenta Inkarserata

Tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstiksi ostium uteri.

#### **4. Etiologi dan Patofisiologi**

Kegagalan plasenta untuk lahir dapat terjadi karena ketidaknormalan perlekatan plasenta pada miometrium, atau karena plasenta telah berhasil terlepas namun tetap berada dalam uterus karena sebagian serviks tertutup.

Kegagalan pelepasan plasenta jauh lebih mengkhawatirkan daripada terperangkapnya plasenta didalam uterus. Sudah lama diketahui bahwa istilah retensio plasenta mencakup sejumlah patologi. Beberapa plasenta hanya terjebak di belakang serviks yang tertutup, ada pula yang patuh pada dinding rahim namun mudah dipisahkan secara manual (placenta adherens) sedangkan yang lainnya secara patologis menyerang miometrium (placenta accreta). Terdapat 3 mekanisme utama penyebab dari retensio plasenta, yaitu:

a. Invasive Plasenta

Perlekatan plasenta yang tidak normal yang disebabkan karena trauma pada endometrium karena prosedur operasi sebelumnya. Hal ini menyebabkan kelainan pada perlekatan plasenta mulai dari plasenta adherent, akreta hingga perkreta. Proses ini menghambat pelepasan plasenta yang mengarah ke retensio plasenta. Mekanisme ini terdapat pada karakteristik pasien dan riwayat obstetrik.

b. Hipoperfusi Plasenta

Hubungan antara hipoperfusi plasenta dengan retensio plasenta adalah adanya oxidative stress, yang diakibatkan oleh remodelling arteri spiral yang tidak lengkap dan plasentasi yang dangkal, hal ini umum pada hipoperfusi

plasenta dengan retensio plasenta. Pada model kedua ini terdapat pada hipoperfusi plasenta, berkaitan dengan komplikasi kehamilan terkait plasenta.

c. Kontraktilitas yang tidak Adekuat

Tidak adekuatnya kontraksi pada retro-placental myometrium adalah mekanisme ke tiga yang menyebabkan retensio plasenta. Pada model ketiga berkaitan dengan persalinan itu sendiri.

## 5. Tanda dan Gejala Retensio Plasenta

Tabel 2  
Tanda dan Gejala Retensio Plasenta

Gejala	Separasi/akreta parsial	Plasenta inkarserata	Plasenta akreta
Konsistensi uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi fundus	Sepusat	2 jari bawah pusat	Sepusat
Bentuk uterus	Diskoid	Agak globuler	Diskoid
Perdarahan	Sedang banyak	Sedang	Sedikit/tidak ada
Tali pusat	Terjulang sebagian	Terjulang	Tidak terjulang
Ostium uteri	Terbuka	Konstriksi	Terbuka
Separasi plasenta	Lepas sebagian	Sudah lepas	Melekat seluruhnya
Syok	Sering	Jarang	Jarang sekali, kecuali akibat inversio oleh tarikan kuat pada tali pusat

## 6. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Retensio Plasenta

Menurut beberapa sumber faktor risiko terjadinya retensio plasenta yaitu:

a. Usia

Seorang ibu dengan usia 35 tahun atau lebih merupakan faktor risiko tinggi pada ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian perinatal dan kematian maternal. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, usia 35 tahun keatas merupakan usia berisiko terjadi kesakitan dan kematian maternal dengan risiko

sebesar 5,4 kali dan semakin meningkat pada usia >40 tahun dengan risiko sebesar 15,9 kali dibandingkan usia lebih muda. Semakin meningkat usia ibu semakin meningkat pula risiko untuk terjadi retensio plasenta.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan semakin tinggi usia berisiko 1,8 kali untuk terjadi retensio plasenta. Usia merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini disebabkan usia ibu berkaitan dengan penurunan kualitas dari tempat plasentasi atau perbedaan angiogenesis yang bertanggung jawab atas peningkatan risiko terjadinya retensio plasenta. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan usia 30 tahun sudah mulai berisiko terjadi perdarahan postpartum. Kala III lama dan retensio plasenta berhubungan dengan perdarahan postpartum dengan risiko sebesar Banyak penelitian yang menyatakan bahwa usia merupakan salah satu faktor risiko dari retensio plasenta, usia <20 tahun dan >35 tahun berhubungan dan berisiko 2 kali dengan kejadian retensio plasenta, (Khotijah,2014).

#### b. Plasenta Previa

Plasenta Previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Angka kejadian plasenta previa adalah 0.4-0.6% dari keseluruhan persalinan. Dengan penatalaksanaan dan perawatan yang baik, mortalitas perinatal adalah 50/1000 kelahiran hidup.

#### c. Kadar Haemoglobin

Anemia didefinisikan sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin di dalam sirkulasi darah. Definisi anemia yang diterima secara umum adalah kadar Hb kurang dari 12.0 gram per 100 mililiter

(12 gram/desiliter) untuk wanita tidak hamil dan kurang dari 10.0 gram per 100 milimeter (10gram/desiliter) untuk wanita hamil. Anemia pada kehamilan yang disebabkan kekurangan zat besi mencapai kurang lebih 95 persen.

Kadar haemoglobin merupakan faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta. Bahaya anemia saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlansung lama, dan terjadi partus terlantar, kala dua berlansung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri.

Ibu dengan anemia dapat menimbulkan gangguan pada kala uri yang diikuti retensio plasenta. Ibu yang memasuki persalinan dengan konsentrasi haemoglobin yang rendah dibawah 10g/dl dapat mengalami penurunan yang cepat lagi jika terjadi perdarahan. Anemia berkaitan dengan debilitas yang merupakan penyebab lebih langsung terjadinya retensio plasenta.(Riyanto,2015)

#### d. Riwayat Kuretase

Prosedure Kuretase adalah serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan memanipulasi instrumen (sendok kuret) ke dalam kavum uteri. Sendok kuret akan melepaskan jaringan tersebut dengan teknik pengerokan secara sistematis. Hal ini dilakukan dengan indikasi abortus inkomplit dan abortus septik.

Kuretase juga dapat dilakukan pascapersalinan. Pada prinsipnya, tindakan kuretase adalah serangkaian proses dengan memanipulasi jaringan dan instrumen untuk melepas jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri, dengan jalan

mengerok jaringan tersebut secara sistematis. Kuretase pasca persalinan menjadi khusus karena dilakukan setelah plasenta lahir dan sebagian dari jaringan plasenta masih melekat pada dinding kavum uteri. Uterus masih berukuran cukup besar dan lunak sehingga risiko tindakan ini, cukup tinggi. Instrumen atau sendok kuret yang dipergunakan adalah sendok besar dengan tangkai yang lebih panjang. Untuk fiksasi porsio, digunakan klem ovum. Indikasi kuretase pascapersalinan adalah sisa plasenta dan sisa selaput ketuban.

e. Riwayat Manual Plasenta Sebelumnya

Manual Plasenta adalah tindakan prosedur pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding uterus dan mengeluarkannya dari cavum uteri secara manual. Arti dari manual adalah dengan melakukan tindakan invasi dan manipulasi tangan penolong persalinan yang dimasukkan langsung ke dalam kavum uteri. Indikasi dari manual plasenta adalah retensio plasenta/plasenta adhesiva.

f. Persalinan Pre-term

Persalinan preterm adalah persalinan yang dimulai setiap saat setelah awal minggu gestasi ke-20 sampai akhir minggu gestasi ke-37. Faktor predisposisi dari persalinan preterm adalah abrupcio plasenta atau plasenta previa dan kematian janin. Apabila dilihat dari faktor predisposisinya hal ini berkaitan dengan faktor risiko terjadinya retensio plasenta. Penelitian yang dilakukan oleh M Endler mengungkapkan bawa preterm berhubungan dengan kejadian retensio plasenta. Semakin kecil usia kehamilan, risiko terjadinya retensio plasenta juga semakin meningkat. Retensio plasenta ditemukan sangat berkaitan dengan persalinan premature, terutama kurang dari 27 minggu usia kehamilan. Hal ini

diyakini bahwa faktor risiko seperti serangan jantung atau degenerasi fibrinoid dari arteriol desidua sering menyebabkan persalinan prematur dan perlekatan abnormal dari plasenta.

g. Small Placenta

Plasenta berbentuk bundar dengan ukuran 15 cm x 20 cm dengan tebal 2.5 sampai 3 cm dan berat plasenta 500 gram. Plasenta panjangnya 25 sampai 60 cm. Penelitian yang dilakukan oleh Owolabi et al menyatakan bahwa plasenta dengan berat  $\leq 500$  gram berhubungan dengan kejadian retensio plasenta.

h. Riwayat Abortus

Abortus adalah terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan, usia kehamilan sebelum 28 minggu, berat janin kurang dari 1000 gram. Abortus merupakan salah satu faktor risiko yang mempengaruhi kejadian retensio plasenta. Teori menyatakan bahwa riwayat abortus merupakan etiologi dari terjadinya plasenta akreta karena gangguan perlekatan plasenta pada miometrium.