

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kasus

1. Pengertian Retensio Plasenta

Bila plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir disebut sebagai retensio plasenta (Ilmu Kebidanan Sarwono, 2014 : 526)

Keadaan ketika plasenta belum lahir dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Penyebab : plasenta belum lepas dari dinding uterus, menurut pelekatannya dibagi menjadi : plasenta normal, plasenta adhesive, plasenta inkreta, plasenta akreta, plasenta perkreta, plasenta sudah lepas akan tetapi belum di lahirkan (Asuhan kebidanan nifas dan menyusui, 2016 : 257)

Retensio plasenta adalah tertahannya plasenta atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir (Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, 2002 : 178)

2. Etiologi

a. Fungsional

- 1) His kurang kuat.
- 2) Terhalang oleh kandung kemih yang penuh
- 3) Plasenta sulit terlepas karena :

Tempatnya : Insersi disudut tuba

Bentuknya : Plasenta membranacea, Plasenta anularis

Ukurannya : Plasenta yang sangat kecil

Plasenta yang sukar lepas karena sebab-sebab diatas disebut plasenta adhesive

3. Patolog- Anatomis

Jika plasenta belum lepas sama sekali tidak akan terjadi perdarahan tetapi bila sebagian plasenta sudah lepas maka akan terjadi perdarahan. Ini merupakan indikasi untuk segera mengeluarkannya. Plasenta belum lepas

dari dinding uterus karena kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesiva), plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab vili korialis menembus desidua sampai miometrium sampai di bawah peritoneum (plasenta akreta sampai perkreta). 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 konstriksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (inkarserasio plasenta). (Wiknjosastro H, 2005 : 656-657)

Plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta (obstetric patologi, 2016: 236)

- a) Plasenta Adhesiva
adalah implantasi yang kuat dari jonjot korio plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
- b) Plasenta Akreta
adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan meometrium.
- c) Plasenta Inkreta
adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai atau memasuki meometrium.
- d) Plasenta Perlireta
adalah implantasi jonjot korion yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- e) Plasenta Inkarserata
adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri yang disebabkan oleh kontraksi osteuni uteri.

4. Tanda dan Gejala

- a. Terjadi pendarahan segera.
- b. Uterus tidak berkontraksi.
- c. Tinggi fundus uteri tetap atau tidak berkurang.
- d. Plasenta belum lahir selama 30 menit setelah bayi lahir.

Tabel 1. Penilaian klinik retensio plasenta

Gejala	Akreta parsial	Akreta inkarserata	Plasenta akreta totalis
Kontraksi uterus	Kenyal	Keras	Cukup
TFU	Sepusat	2 jari dibawah pusat	Sepusat
Bentuk uterus	Discoid	Agak glouber	Discoid
Perdarahan	Sedang-banyak	Sedang	Sedikit-tidak ada
Tali pusat	Terjulur	Terjulur	Terjulur
Ostium uteri	Sebagian terbuka	Kontriksi	Terbuka
Separasi plasenta	Lepas sebagian	Sudah lepas	Melekat seluruhnya
Syok	Sering	Jarang	Jarang

5. Faktor predisposisi

Pada usia kehamilan yang lebih muda dan lama, pengeluaran plasenta sering dihubungkan dengan lama pada saat persalinan kala tiga. Oleh karena itu faktor-faktor harus diketahui sejak awal dan mengantisipasi pada saat persalinan berlangsung. Faktor-faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya retensio plasenta menurut (Manuaba IBG, 2007:815) antara lain :

a. Grandemultipara

Pada setiap kehamilan dan persalinan akan terjadi perubahan serabut otot menjadi jaringan ikat pada uterus. Hal ini dapat menurunkan kemampuan uterus untuk berkontraksi sehingga sulit melakukan penekanan pada pembuluh-pembuluh darah yang terbuka setelah lepasnya plasenta. Resiko terjadinya hal ini akan amat meningkat setelah persalinan keenam atau lebih.

- b. Kehamilan ganda, pada kehamilan ganda memerlukan implantasi plasenta yang luas.
- c. Kasus infertilitas, karena lapisan endometriurnya tipis.
- d. Placenta preevia, karena dibagian isthmus uterus, pembuluh darah sedikit, sehingga perlu masuk jauh kedalam.
- e. Bekas operasi uterus

6. Pemeriksaan penunjang retensio plasenta

- a. Hitung darah lengkap, untuk menentukan tingkat hemoglobin(Hb) dan hematokrit (Hct), melihat adanya trombositopena, serta jumlah leukosit. Hb untuk menentukan apakah ibu anemia atau tidak apabila ibu terkena anemia akan rentan terjadinya perdarahan karena sel darah merah yang ada di dalam tubuh kurang sehingga asupan nutrisi yang disalurkan kedalam tubuh berkurang sehingga bisa menyebabkan otot uterus melemah dan tidak bisa bekerja maksimal.
- b. Menentukan adanya gangguan koagulasi dengan hitung *protrombin time* (PT) dan *activated partial thromboplastin time* (aPTT) atau yang sederhana dengan *clotting time* (CT) atau *bleeding time* (BT). Untuk menyingkirkan perdarahan yang disebabkan faktor lain.

7. Diagnosis

Diagnosis pada retensio plasenta menurut (Wikjosastro H, 2005:667), yaitu :

- a. Pada retensio plasenta dengan separasi parsial, diagnosis ditegakkan dengan menentukan tindakan selanjutnya.
- b. Plasenta inkreta, diagnosis kerjanya ditentukan melalui anamneses gejala klinis dan pemeriksaan
- c. Tanda penting untuk diagnose placenta akreta, yaitu pada pemeriksaan luar fundus/korpus uteri ikut apabila tali pusat ditarik. Pada pemeriksaan dalam , sulit ditentukan tepi plasenta karena implantasi yang dalam.

8. Komplikasi

Komplikasi pada retensio plasenta, sebagai berikut :

- a. Terjadi perforasi uterus
- b. Terjadi infeksi : terdapat sisa plasenta atau membrane dan bacteria terdorong kedalam rongga rahim
- c. Terjadi perdarahan karena atonia uteri

(Manuaba IGB, 2008:302)

9. Penatalaksanaan

- a. Memberikan informasi kepada ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan
- b. Mencuci tangan secara efektif

- c. Melaksanakan pemeriksaan umum
- d. Melakukan pemeriksaan kebidanan seperti inspeksi, palpasi, periksa dalam
- e. Memakai sarung tangan steril
- f. Melakukan vulva hygiene
- g. Mengamati adanya tanda dan gejala retensio plasenta
- h. Bila plasenta tidak lahir dalam 30 menit sesudah bayi lahir atau terjadi pendarahan sementara plasenta belum lahir maka berikan oxytocin 10 IU IM
- i. Pastikan bahwa kandung kencing kosong dan tunggu terjadi kontraksi, kemudian coba melahirkan plasenta dengan menggunakan peregangan tali pusat terkendali.
- j. Bila tindakan tersebut plasenta belum lahir dan terjadi pendarahan banyak, maka plasenta harus dilahirkan secara manual plasenta.
- k. Pasang infuse RL yang berisi oksitosin 10 unit.
- l. Posisikan ibu secara litotomi
- m. Teknik melakukan manual plasenta : tangan kiri diletakkan di fundus uteri, tangan kanan dimasukkan dalam rongga rahim dengan menyusuri tali pusat sebagai penuntun. Tepi plasenta dilepas-sisihkan dengan tepi jari-jari tangan, bila sudah lepas di tarik keluar. Lakukan eksplorasi apakah ada luka-luka atau sisa-sisa plasenta dan bersihkanlah. Manual plasenta berbahaya karena dapat terjadi robekan jalan lahir (uterus) dan membawa infeksi.

2. Kala III

a. Pendahuluan

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Kala III disebut juga kala uri atau kala pengeluaran plasenta dan selaput ketuban setelah bayi lahir. Lama kala III <10 menit pada sebagian besar kelahiran dan <15 menit pada 95% kelahiran (sinclairC.,2003). Perlu diingat bahwa 30% penyebab kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan pasca persalinan. Dua pertiga dari perdarahan pasca persalinan disebabkan oleh atonia uteri (Asuhan persalinan normal bagi bidan, 2012:154).

b. Fisiologi Kala III

Penyebab plasenta terpisah dari dinding uterus adalah kontraksi uterus (spontan atau dengan stimulus) setelah kala II selesai. Tempat perlekatan plasenta menentukan kecepatan pemisahan dan metode eksplasi plasenta. Selama kala III, kavum uteri secara progresif semakin mengecil sehingga memungkinkan proses retraksi semakin meningkat. Dengan demikian sisi plasenta akan jauh lebih kecil. Plasenta menjadi tertekan dan dara yang ada pada vili-vili plasenta akan mengalir kedalam lapisan spongiosum dari desidua. Terjadinya retraksi dari otot-otot uterus yang menyilang menekan pembuluh-pembuluh darah sehingga darah tidak masuk kembali ke dalam system maternal. Pembuluh darah selanjutnya menjadi tegang dan padat.

Pada kala III, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, plasenta terlipat, menebal, kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina (depkes,2008:96).

c. Tanda-tanda Lepasnya Plasenta

1) Perubahan Bentuk dan Tinggi Fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus uterus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segitiga, atau seperti buah pir atau alpukat dan fundus bereasa diatas pusat (seringkali mengarah kesisi kanan).

2) Tali Pusat Memanjang

Tali pusat memanjang terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda ahfeld)

3) Semburan Darah Mendadak dan Singkat

Darah yang berkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila

kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya, darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (Febri, 2008).

d. Cara Pelepasan Plasenta

1) Metode Eksplusi Schultze

Pelepasan ini dapat dimulai dari tengah plasenta, disini terjadi *hematoma retro placentair* yang selanjutnya mengangkat placenta dari dasarnya. Plasenta dengan hematoma biasanya jatuh kebawah dan menarik lepas selaput janin. Nampak plasenta yang Nampak dalam vulva adalah permukaan fetal, sedangkan hematoma terdapat dalam kantong yang terputar balik. Oleh karena itu schultze tidak ada perdarahan sebelum plasenta lahir atau kurang-kurangnya terlepas seluruhnya. Baru setelah plasenta seluruhnya lahir, darah akan mengalir, pelepasan schultze ini adalah cara pelepasan plasenta yang sering dijumpai.

2) Metode Eksplusi Matthew-Duncan

Pelepasan plasenta secara Duncan dimulai dari pinggir plasenta. Darah mengalir keluar antara selaput janin dan dinding rahim. Jadi darah sudah ada sejak plasenta sebagian lahir atau terlepas sehingga tidak terjadi bekuan retroplasenta. Plasenta keluar menelusuri jalan lahir, permukaan maternal lahir terlebih dahulu. Pelepasan Duncan terjadi terutama pada plasenta letak rendah. Proses ini memerlukan waktu lama dan darah keluar lebih banyak, memungkinkan plasenta dan membrane tidak keluar secara komplit. Ketika pelepasan plasenta terjadi, kontraksi uterus menjadi kuat kemudian plasenta dan membrannya jatuh dalam segmen bawah rahim, kedalam vagina, kemudian eksplusi.

e. Pengeluaran plasenta

Plasenta yang sudah terlepas oleh kontraksi rahim akan di dorong ke SBR, ke dalam bagian atas vagina. Dari tempat plasenta di dorong keluar oleh tenaga mengejan, 20% secara spontan dan selebihnya memerlukan pertolongan. Plasenta dikeluarkan dengan melakukan tindakan manual bila

- 1) Perdarahan lebih dari 400cc sampai 500cc
- 2) Terjadi retensio plasenta
- 3) Bersamaan dengan tindakan yang disertai mukosa
- 4) Dari anamnesa terdapat perdarahan habitualis

Lahirnya plasenta lebih baik dengan bantuan penolong sedikit tekanan pada fundus uteri setelah plasenta lepas. Tetapi pengeluaran plasenta jangan dipaksakan sebelum terjadi pelepasan karena dikhawatirkan menyebabkan inversion uteri. Traksi pada tali pusat tidak boleh digunakan untuk menarik plasenta keluar dari uterus. Pada saat korpus ditekan, tali pusat tetap ditegangkan.

f. Pemeriksaan plasenta

Setelah plasenta lahir bersama selaputnya, selanjutnya dilakukan pemeriksaan yang cermat terhadap :

- 1) Kotiledon, yang berjumlah 20 buah
- 2) Permukaan plasenta janin
- 3) Kemungkinan terdapat plasenta suksenturiata

Tertinggalnya sebagian jaringan plasenta dapat menyebabkan :

- 1) Perdarahan perineum yang berkepanjangan
- 2) Bahaya infeksi
- 3) Terjadi polip plasenta
- 4) Degenerasi ganas menjadi kariokarsinoma

g. Manajemen Aktif Kala III

Manajemen aktif kala III sangat penting dilakukan pada setiap asuhan persalinan normal dengan tujuan untuk menurunkan angka kematian ibu. Saat ini, manajemen aktif kala III telah menjadi prosedur tetap pada asuhan persalinan normal dan menjadi salah satu kompetensi dasar yang harus dimiliki setiap tenaga kesehatan penolong persalinan.

1) Definisi

Manajemen aktif kala III ialah penatalaksanaan secara aktif pada kala III (pengeluaran aktif), untuk membantu menghindari terjadinya pendarahan pasca persalinan.

2) Tujuan

Tujuan penatalaksanaan aktif kala III ialah :

- a) Menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu.
- b) Mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.

3) Keuntungan-keuntungan manajemen aktif kala III

- a) Memperpendek waktu persalinan kala III
- b) Mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan
- c) Mencegah terjadinya retensio plasenta

Hal ini telah dibuktikan dari hasil penelitian klinis, bahwa manajemen aktif kala III dapat mengurangi penggunaan transfusi darah dan terapi oksitosin. Berdasarkan penelitian WHO telah merekomendasikan agar semua dokter dan bidan melaksanakan manajemen aktif kala III. Yang membekana dari asuhan kebidanan kala III hanya satu cara : pemberian oksitosin segera setelah bayi lahir untuk merangsang kontraksi uterus dan mempercepat pelepasan plasenta. Manajemen aktif didasarkan pada alasan bahwa dengan mempersingkat lamanya waktu kala III, akan bisa mengurangi banyaknya darah yang hilang, dan oleh karena itu mengurangi angka kematian dan kesakitan yang berhubungan dengan perdarahan.

4) Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama :

- a) Pemberian oksitosin
- b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali
- c) Masase fundus uterus

(Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan, 2012:165)

B. Kewenangan Bidan Terhadap Kasus Tersebut

Standar profesi merupakan landasan berpijak secara normal dan parameter atau alat ukur untuk tingkat keberhasilan dalam memenuhi kebutuhan klien dan menjamin mutu asuhan yang diberikan. Bidan dalam memberikan pelayanan pada ibu bersalin dengan retensio plasenta harus sesuai dengan kewenangan yang diberikan berdasarkan pendidikan dan

pengalaman, sedangkan dalam memberikan pelayanan harus berdasarkan standar profesi.

Menurut pasal 1 UU kesehatan No. 36 TH. 2009, dalam ketentuan Umum, terdapat pengertian pelayanan yang lebih mengarahkan pada objek pelayanan. Yaitu pelayanan kesehatan yang di tujukan pada jenis upaya, meliputi upaya meningkatnya (promotif), pencegahan , pengobatan dan pemulihan (Purwoastuti, 2015).

Dasar hukum penerapan standar profesi kebidanan (SPK) undang-undang kesehatan Nomor 23 tahun 1992, kewajiban tenaga kesehatan adalah mematuhi standar profesi tenaga kesehatan, menghormati hak pasien, menjaga kerahasiaan identitas dan kesehatan pasien, memberikan informasi dan meminta persetujuan da membuat memelihara rekam medic (Purwoastuti, 2015).

Dalam SPK disebutkan bidan memiliki kewenangan untuk mengenali dan melakukan tindakan yang tepat ketika terjadi retensio total atau parsial. Hal ini tertulis dalam buku Standar Pelayanan Kebidanan standar ke-20 “Penanganan Kegawatdaruratan Retensio Plasenta” Pernyataan standar: bidan mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama, termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan sesuai dengan kebutuhan. Hasil: penurunan kejadian perdarahan hebat akibat retensio plasenta, ibu dengan retensi plasenta mendapatkan pelayanan yang tepat dan cepat, penyelamatan ibu dengan retensio plasenta meningkat.

1. Prasyarat

- a. Bidan telah terlatih dan terampil dalam: fisiologi dan manajemen aktif kala III; pengendalian dan penanganan perdarahan termasuk pemberian oksitosika, cairan iv dan plasenta manual.
- b. Tersedianya peralatan dan perlengkapan penting: sabun, air bersih yang mengalir, handuk bersih untuk mengeringkan tangan, alat suntik steril sekali pakai, set infus dengan jarum berukuran 16 dan 18, sarung tangan steril.

- c. Tersedianya obat-obatan antibiotik dan oksitosika (oksitosin dan metergin), dan tempat penyimpanan yang memadai.
- d. Adanya partograf dan catatan persalinan atau kartu ibu.
- e. Ibu, suami dan keluarga diberitahu tindakan yang akan dilakukan (inform consent/persetujuan tindakan medik).
- f. Sistem rujukan yang efektif, termasuk bank darah berjalan dengan baik untuk ibu yang mengalami perdarahan pasca persalinan sekunder.

2. Proses:

- a. Melaksanakan penatalaksanaan aktif kala III pada semua ibu yang melahirkan secara vagina (standar 11).
- b. Mengamati adanya tanda dan gejala retensio plasenta (perdarahan yang terjadi sebelum plasenta lahir lengkap, sedangkan uterus tidak berkontraksi, biasanya disebabkan retensio plasenta. Perdarahan sesudah plasenta lahir, sedangkan uterus terasa lembek juga mungkin disebabkan oleh adanya bagian plasenta atau selaput ketuban yang tertinggal di dalam uterus. Jadi plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa kembali kelengkapannya).
- c. Bila plasenta tidak lahir 15 menit sesudah bayi lahir, ulangi penatalaksanaan aktif kala III dengan memberikan oksitosin 10 IU IM dan teruskan penegangan tali pusat terkendali dengan hati-hati. Teruskan melakukan penatalaksanaan aktif kala III 15 menit atau lebih, dan jika plasenta masih belum lahir, lakukan penegangan tali pusat terkendali untuk terakhir kalinya. Jika plasenta masih tetap belum lahir dan ibu tidak mengalami perdarahan hebat, rujuk segera ke rumah sakit atau puskesmas terdekat.
- d. Bila terjadi perdarahan, maka plasenta harus segera dilahirkan secara manual. Bila tidak berhasil, lakukan rujukan segera.
- e. Berikan cairan iv: NaCl 0,9 % atau RL dengan tetesan cepat jarum berlubang besar (16/18 G) untuk mengganti cairan yang hilang sampai nadi dan tekanan darah membaik atau kembali normal.
- f. Siapkan peralatan untuk melakukan teknik manual yang harus dilakukan secara aseptik.

- g. Baringkan ibu terlentang dengan lutut ditekuk dan kedua kaki di tempat tidur.
- h. Jelaskan kepada ibu apa yang akan dilakukan dan jika ada berikan diazepam 10 mg IM.
- i. Cuci tangan sampai sebagian siku dengan sabun, air bersih yang mengalir, dan handuk bersih, gunakan sarung tangan panjang steril/DTT (hal ini untuk melindungi ibu dan bidan terhadap infeksi).
- j. Masukkan tangan kanan dengan hati-hati. Jaga agar jari-jari tetap rapat dan melengkung, mengikuti tali pusat sampai mencapai plasenta (pegang tali pusat dengan tangan kiri untuk membantu)
- k. Ketika tangan kanan sudah mencapai plasenta, letakkan tangan kiri di fundus agar uterus tidak naik. Dengan tangan kanan yang berada di dalam uterus carilah tepi plasenta yang terlepas, telapak tangan kanan menghadap ke atas lalu lakukan gerakan mengikis ke samping untuk melepaskan plasenta dari dinding uterus.
- l. Bila plasenta sudah terlepas dengan lengkap, keluarkan plasenta dengan hati-hati dan perlahan (jangan hanya memegang sebagian plasenta dan menariknya keluar)
- m. Bila plasenta sudah lahir, segera lakukan masase uterus. Bila tidak ada kontraksi, (lihat standar 21).
- n. Periksa plasenta dan selaputnya. Jika tidak lengkap, periksa lagi kavum uteri dan keluarkan potongan plasenta yang tertinggal, dengan cara seperti di atas.
- o. Periksa robekan terhadap vagina. Jahit robekan bila perlu (penelitian menunjukkan bahwa hanya robekan yang menimbulkan perdarahan yang perlu dijahit).
- p. Bersihkan ibu agar merasa nyaman.
- q. Jika tidak yakin plasenta sudah keluar semua atau jika perdarahan tidak terkendali, maka rujuk ibu ke rumah sakit dengan segera (lihat standar 21).
- r. Buat pencatatan yang akurat.

C. Hasil Penelitian Terkait

Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis sedikit banyak terinspirasi dan mereferensi dari penelitian-penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan latar belakang masalah pada laporan tugas akhir ini. Berikut ini penelitian terdahulu yang berhubungan dengan laporan tugas akhir ini antara lain :

Penelitian yang dilakukan oleh Roro Puspa Ayu, 2017 “ Analisis penatalaksanaan Asuhan Kebidanan pada Ny. D di BPM Bidan E wilayah kerja Puskesmas Pedes tahun 2017 menyimpulkan bahwa dalam pelaksanaan praktek klinik lapangan ini, mahasiswa telah menggunakan asuhan kebidanan dengan 7 langkah varney. Dalam laporan ini penulis melakukan pengkajian data pada pasien, identifikasi diagnosa dan masalah, antisipasi masalah potensial, identifikasi kebutuhan segera, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pada kasus yang diangkat dalam pemberian asuhan pada ibu tidak jauh berbeda walaupun masih ada kesenjangan yang biasa digunakan untuk saling melengkapi antara teori dan kasus.”

Penelitian yang dilakukan oleh Kasmawati, 2010 “Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny.S dengan retensio plasenta RSIA SITI FATIMAH Makassar tahun 2010 menyimpulkan bahwa Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan retensio plasenta yaitu dilakukan manajemen aktif kala III, pemantauan tanda-tanda pelepasan plasenta, dan melakukan rujukan setelah 30 menit apabila plasenta belum lahir. Hal ini sesuai dengan prosedur pada Standar Pelayanan Kebidanan.Selain itu bidan memberikan dukungan berupa semangat dan motivasi supaya ibu dan keluarga tetap tenang”

Penelitian yang dilakukan oleh Wika Tira Permani, 2013 “Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin Ny.N dengan Retensio Plasenta di RSUD Pandan Arang Boyolali Tahun 2013 menyimpulkan bahwa diagnose potensial pada kasus tersebut tidak terjadi dikarenakan penanganan yang cepat dari tenaga medis”

D. Kerangka Teori

