

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kasus (PERSALINAN)

A. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Bentuk persalinan berdasarkan definisi adalah sebagai berikut :

1. Persalinan Spontan. Terjadi bila proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri
2. Persalinan Buatan. Terjadi bila proses persalinan berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar.
3. Persalinan Anjuran (*partus presipitatus*). Terjadi bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan. (Manuaba, 2010 : 164)

Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2010 : 4). Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Sumarah, 2009 : 2).

Persalinan (inpartu) dimulai pada saat uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta (Elisabeth Siwi, 2016 : 4). Persalinan adalah proses alami yang akan berlangsung dengan sendirinya, tetapi persalinan pada manusia setiap saat terancam penyulit yang membahayakan ibu maupun janinnya sehingga memerlukan

pengawasan, pertolongan, dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai (Elisabeth Siwi, 2016 : 6).

B. Sebab Mulainya Persalinan

Hal yang menjadi penyebab mulainya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah teori-teori kompleks. Perlu diketahui bahwa ada dua hormon yang dominan pada saat hamil, yaitu:

a. *Esterogen*

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis.

b. *Progesteron*

Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan *oksitosin*, *prostaglandin* dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. (Sulistyawati, 2010:4)

Pada kehamilan, kedua hormone tersebut harus berada dalam keadaan yang seimbang, sehingga kehamilan bisa dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormone tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh *hipofise pars posterior* dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk *Braxton Hicks*. Kontraksi ini akan menjadi kekuatan yang dominan pada saat persalinan dimulai, oleh karena itu makin tua kehamilan maka frekuensi kontraksi semakin sering. Oksitosin diduga bekerja bersama atau melalui *prostaglandin* yang makin meningkat mulai umur kehamilan minggu ke-15 sampai *aterm* lebih-lebih sewaktu persalinan. Dengan demikian dapat dikemukakan beberapa teori yang memungkinkan terjadinya proses persalinan, yaitu :

1. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kerengangan dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan factor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplasenter* sehingga plasenta mengalami degenerasi. Pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah kerengangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

2. Teori Penurunan *Progesteron*

Proses penebaran plasenta terjadi mulai usia kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, serta pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. *Villi Koriales* mengalami perubahan-perubahan dan produksi *progesteron* mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap *oksitosin*. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan *progesteron* tertentu.

3. Teori *oksitosin* internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofise pars posterior*. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesterone* dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton hicks*. Menurunnya konsentrasi *progesterone* akibat tuanya kehamilan maka *oksitosin* dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai.

4. Teori *Prostaglandin*

Konsentrasi *prostaglandin* meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian *prostaglandin* saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan. *Prostaglandin* dianggap dapat memicu terjadinya persalinan.

5. Teori *hipotalamus-pituitari* dan *glandula suprarenalis*

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan *anensefalus* sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk *hipotalamus*. Teori ini dikemukakan oleh Linggin (1973). Malpar (1993) mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci menjadi lebih lama.

6. Teori Berkurangnya Nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hipokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

7. Faktor Lain

Tekanan pada *ganglion servikale* dari *pleksus frankenhauser* yang terletak dibelakang serviks. Bila *ganglion* ini tertekan maka kontraksi uterus dapat meningkat. (Sumarah, 2009 : 2-4)

C. Tanda-Tanda Persalinan

1. Tanda dan gejala persalinan semakin dekat

a. Terjadi *Lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

- Kontraksi *Braxton Hicks*
- Ketegangan dinding perut
- Ketegangan *ligamentum rotundum*
- Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus

Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
- Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal

- Kesulitan saat berjalan
- Sering berkemih

Gambaran *lightening* pada *primigravida* menunjukkan hubungan normal antara ketiga P (*power* : kekuatan, *passage* : jalan lahir, *passenger* : bayi dan plasenta). Pada multipara gambarannya menjadi tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan (Sulistyawati, 2013 : 6).

b. Terjadinya His Permulaan

Pada saat hamil sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks* yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang di timbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hormone *estrogen* dan *progesterone* menyebabkan *oksitosin* semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- 2) Datang tidak teratur
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan
- 4) Durasi pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas

(Sulistyawati, 2013 : 6)

2. Tanda Masuk Dalam Persalinan

a. Terjadinya His Persalinan

Karakter dari his persalinan :

- Pinggang terasa sakit menjalar kedepan

- Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- Terjadi perubahan pada serviks
- Jika aktivitas bertambah, maka kekuatannya his nya bertambah

b. Pengeluaran Lendir dan Darah

Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan :

- 1) Pendataran dan pembukaan
- 2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas
- 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

c. Pengeluaran Cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau *section caesaria*. (Sulistyawati, 2013 : 7)

d. Tanda dan Gejala Persalinan

- 1) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek
- 2) Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda, yaitu :
 - Pengeluaran lendir
 - Pengeluaran lendir bercampur darah
- 3) Dapat disertai ketuban pecah dini
- 4) Pada pemeriksaan, dijumpai perubahan serviks :
 - Perlunakan serviks
 - Perdarahan serviks
 - Terjadi pembukaan serviks

(Elisabeth siwi, 2016 : 16)

D. Tahapan Persalinan

1. Kala I (kala pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap 10 cm (Sulistyawati, 2013 : 7). Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase, yaitu

a. Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

- Pembukaan kurang dari 4
- Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam (Elisabeth Siwi, 2016 : 12)

b. Fase aktif

Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat/3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap. Terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase, yaitu :

- Periode akselerasi : biasanya berlangsung selama 2 jam, hingga pembukaan menjadi 4 cm
- Periode dilatasi maksimal : berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm
- Periode deselerasi : berlangsung lambat dalam waktu 2 jam, pembukaan 9 cm hingga menjadi 10 / lengkap. (Elisabeth Siwi, 2016 :12-13)

Tabel 1. Tanda Bahaya pada Kala I

Temuan-temuan anamnesis dan atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Riwayat bedah sesar	a. Segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar b. Dampingi ibu ketempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat
Perdarahan pervaginam selain dari lendir bercampur darah (<i>bloody show</i>)	Jangan lakukan pemeriksaan dalam a. Baringkan ibu ke sisi kiri b. Pasang infus menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan cairan RL atau NaCL c. Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar d. Dampingi ibu ketempat rujukan
Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)	a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetrik dan BBL b. Dampingi ibu ketempat rujukan dan berikan dukungan serta semangat
Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental	a. Baringkan ibu ke sisi kiri b. Dengarkan DJJ c. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan untuk melakukan bedah sesar d. Dampingi ibu ketempat rujukan dan bawa <i>partus set</i> , kateter penghisap deele dan handuk atau kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi sebagai persiapan kalau ibu melahirkan di jalan
Ketuban pecah disertai dengan keluarnya sedikit mekonium disertai tanda-tanda gawat janin	Dengarkan DJJ, jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai
Ketuban telah pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)	a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan melakukan asuhan kegawatdaruratan obstetric b. Dampingi ke tempat rujukan dan berikan dukungan serta semangat

<p>Tanda-tanda atau gejala infeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperature rendah - Ibu menggigil - Nyeri abdomen - Cairan ketuban yang berbau 	<ul style="list-style-type: none"> a. Baringkan ibu miring ke kiri b. Psang infuse menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 cm dan berikan cairan RL atau NaCL c. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar d. Damping ibu ketempat rujukan dan berikan dukungan dan semangat
<p>TD >160/110 mmHg dan atau terdapat protein urine (preeclampsia berat)</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Baringkan ibu miring ke kiri b. Psang infus menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan cairan RL atau NaCL c. Jika mungkin berikan dosis awal 4 mg MgSO4 20% secara IV selama 20 menit d. Suntikkan 10 gr MgSO4 50% 15 gr secara IM pada bokong kiri dan kanan e. Segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang memiliki kapabilitas asuhan kegawatdaruratan obstetrik dan BBL f. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan beri dukungan serta semangat
<p>Tanda-tanda gejala persalinan dengan fase laten yang memanjang :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam - Kontraksi teratur lebih dari 2 kali dalam 10 menit 	<ul style="list-style-type: none"> a. Segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang memiliki kapasitas kegawatdaruratan obstetri dan BBL b. Dampingi ibu ke tempaa rujukan dan berikan dukungan serta semangat
<p>Tanda dan gejala belum inpartu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurang dari 2 kontraksi dalam 10 menit, berlangsung kurang dari 20 detik - Tidak ada perubahan serviks dalam waktu 1-2 jam 	<ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan ibu untuk minum dan makan b. Anjurkan ibu untuk bergerak bebas dan leluasa c. Jika kontraksi berhenti dan atau tidak ada perubahan serviks, evaluasi DJJ, jika tidak ada tanda-tanda kegawatdaruratan pada ibu dan janin persilahkan ibu pulang dengan nasihat untuk menjaga cukup makan dan minum, serta datang kembali untuk mendapatkan asuhan jika terjadi peningkatan frekuensi dan lama kontraksi
<p>Tanda dan gejala partus lama:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang

<ul style="list-style-type: none"> - Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (partograf) - Pembukaan serviks kurang dari 1 cm perjam - Kurang dari 2 kontraksi dalam waktu 10 menit, masing-masing berlangsung kurang dari 40 detik 	<p>memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri dan BBL</p> <p>b. Dampingi ibu ketempat rujukan dan berikan dukungan serta semangat</p>
--	---

(Elisabeth Siwi, 2016 : 42-46)

2. Kala II (kala pengeluaran janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi (Sulistyawati, 2013 : 7). Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar. Pada kala II memiliki ciri khas :

- His terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama kirakira 2-3 menit sekali
- Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektorik menimbulkan rasa ingin mengejan
- Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB
- Anus membuka

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan mengejan yang dipimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin. Lama kala II pada primipara dan multipara berbeda, yaitu :

- Primipara kala II berlangsung 1.5 – 2 jam
- Multipara kala II berlangsung 0.5 – 1 jam

(Elisabeth Siwi, 2016 : 13)

Tabel 2. Tanda Bahaya Kala II

Tanda Bahaya	Cara Mengatasi
Sistol <90 mmHg Diastol >90 mmHg	a. Minta pasien untuk duduk nyaman mungkin, lakukan pemeriksaan kembali setelah 1 jam b. Apabila hasil normal kembali setelah 1 jam, lakukan pemeriksaan ulang. Lakukan juga pemeriksaan tanda dan gejala bahaya lainnya c. Jika setelah 1 jam pemeriksaan ulang dan hasil tetap, lakukan rujukan
Suhu >38°C	a. Apabila panas tidak disertai dengan tanda lainnya, berikan hidrasi dengan memasang infuse, berikan antibiotic, dan lakukan kompres untuk membantu menurunkan panas. b. Apabila panas disertai bau yang tidak enak dari vagina, berikan tindakan yang sama dan lakukan rujukan
Nadi <90x/menit atau >110x/menit	a. Lakukan hidrasi b. Apabila kondisi tidak membaik, rujuk pasien
- Pengeluaran air ketuban dengan mekonium - Pengeluaran air ketuban berwarna merah - Pengeluaran air ketuban berbau	a. Anjurkan pasien untuk miring ke kiri b. Dengarkan DJJ pada saat dan diantara kontraksi setiap 30 menit c. Apabila DJJ normal, mekonium hanya merupakan tanda kematangan janin dan tidak ada tanda <i>fetal distress</i> d. Apabila DJJ abnormal, kemudian lakukan rujukan dengan memberikan oksigen e. Persiapkan asistensi dan resusitasi BBL f. Apabila berwarna merah lakukan hidrasi dan lakukan rujukan g. Apabila berbau, beri antibiotic dan lakukan rujukan
DJJ <100x/menit DJJ >180x/menit	a. Dengarkan DJJ setelah 3 kontraksi b. Apabila DJJ terdengar abnormal setelah 3 kontraksi, berikan O ₂ sebanyak 4-6L/menit c. Dengarkan DJJ berikutnya setelah 3 kontraksi, apabila masih abnormal lakukan rujukan dengan tetap memberikan O ₂ d. Apabila terjadi pada saat persalinan, lakukan

	<p>episiotomy dan vakum rendah dengan syarat kepala lebih dari skala 0 atau lebih dari 2/5 perpalpasi</p> <p>e. Apabila kondisi tidak memungkinkan, lakukan rujukan dengan menyiapkan asisten untuk melakukan resusitasi pada bayi</p>
Tidak mengalami peningkatan yang signifikan atas kemajuan persalinan	<p>a. Observasi keadaan umum pasien, dengarkan DJJ setiap 15 menit</p> <p>b. Beri pendampingan dan perhatikan keadaan psikologi dan emosional pasien</p> <p>c. Berikan cukup kalori dan hidrasi</p>
Kontraksi tidak adekuat	<p>a. Apabila tercium bau keton, berikan pasien 1L jus atau minuman manis lain per oral</p> <p>b. Apabila pasien tidak dapat minum langsung, pasang infuse dengan cairan dextrose 5% dalam ½ kolf NaCL dalam 1 jam</p> <p>c. Apabila setelah 1 jam pasien tidak ada perbaikan keadaan, rujuk pasien</p>
Tidak ada gerakan janin	<p>a. Palpasi abdomen untuk merasakan gerakan janin</p> <p>b. Tanyakan pasien apakah ia menggunakan obat sedative</p> <p>c. Apabila pasien menggunakan obat sedative, lakukan pemeriksaan ulang setelah efek obat menghilang</p>

(Sulityawati, 2013 : 127-128)

3. Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Kala III yaitu kala pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). setelah bayi lahir, kontaksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan tinggi fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir dengan spontan atau dengan sedikit dorongan. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Elisabeth Siwi, 2016 : 13)

Pada kala III, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah bayi lahir. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina. Setelah janin lahir, uterus berkontraksi yang mengakibatkan kavum uteri menciut, tempat implantasi plasenta, sehingga plasenta dapat terlepas dari tempat implantasinya (Elisabeth Siwi, 2016 : 74-75).

Tanda-tanda pelepasan plasenta, yaitu :

a. Perubahan bentuk dan tinggi uterus

Setelah bayi lahir dan plasenta sebelum miometrium berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (Elisabeth Siwi, 2016 : 75).

b. Tali pusat bertambah panjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vagina. Hal ini disebabkan karena plasenta turun ke segmen uterus yang lebih bawah atau rongga vagina (Elisabeth Siwi, 2016 : 76)

c. Semburan darah yang mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul 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 maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas. Tanda ini kadang terlihat dalam waktu satu menit setelah bayi lahir dan biasanya dalam 5 menit (Elisabeth Siwi, 2016 : 76).

Manajemen aktif kala III adalah mengupayakan kala III selesai secepat mungkin dengan melakukan langkah-langkah yang memungkinkan plasenta lepas dan lahir dengan lebih cepat. Tujuannya adalah :

- Untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca melahirkan
- Untuk mengurangi lamanya kala III
- Untuk mengurangi transfuse darah
- Untuk mengurangi penggunaan terapi oksitosin (Sulistyawati, 2013 : 159-160)

Sedangkan komponen dalam manajemen aktif kala III adalah sebagai berikut :

- Pemberian oksitosin secara IM segera setelah bayi lahir (maksimal 2 menit)
- Tali pusat diklem dan plasenta dilahirkan melalui peregangan tali pusat terkendali dengan cara menahan fundus uterus secara dorsokranial(arah keatas dan kebelakang)
- Begitu plasenta dilahirkan, lakukan massase pada fundus uterus secara sirkular agar uterus tetap berkontraksi dengan baik serta untuk mendorong keluar setiap gumpalan darah yang ada dalam uterus (Sulistyawati, 2013 : 160)

Tabel 3. Tindakan Manajemen Aktif Kala III

Tindakan	Deskripsi dan Keterangan
Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin	Dengan menjepit tali pusat sedini mungkin akan memulai pelepasan plasenta
Memberikan oksitoksin	Oksitosin merangsang uterus berkontraksi yang juga mempercepat pelepasan plasenta : a. Oksitosin 10 U IM diberikan ketika kelahiran bahu depan bayi jika petugas > 1 dan pasti hanya ada bayi tunggal. b. Oksitosin diberikan dalam 2 menit

	<p>setelah kelahiran jika hanya 1 orang petugas dan hanay ada bayi tunggal</p> <p>c. Oksotodin 10 IM dapat diulangi 15 menit jika masih belum lahir.</p> <p>d. Jika oksotodin tidak tersedia, rangsangan puting payudara ibu atau berikan ASI pada bayi guna menghashilkan oksitodin 0alamiah</p>
Melakukan penegangan tali pusat terkendali atau PTT (<i>Controlled Cord Traction</i>)	<p>PTT mempercepat kelahiran plasenta begitu sudah terlepas :</p> <p>a. Satu tangan diletakkan pada corpus uteri tepat di atas simpisis pubis. Selama kontraksi tangan mendorong uteri dengan gerakna dosro cranial-kearah belakang dan kearah kepala ibu.</p> <p>b. Tangan yang satu memegang tali pusat dekat pembukaan vagina dan melakukan tarikan tali pusat yang terus menerus dalam tegangan yang sama dengan tangan ke uterus selama kontraksi.</p> <p>PTT dilakukan hanya selama uterus berkontraksi.Tangan pada uterus merasakan kontraksi, ibu dapat juga memberitahu petugas ketika ia merasakan kontraksi.</p>
Massase Fundus	<p>Segera setelah plasenta dan selaputnya dilahirkan, massase fundus agar menimbulkan kontraksi. Hal ini dapat mengurangi pengeluaran darah dan mencegah perdarahan post partum. Jaka uterus tidak berkontraksi kuat selama 10-15 detik atau jika perdarahan hebat terjadi, mulailah segera melakukan kompresi bimanual. Jika atonia uteri tidak teratasi dalam waktu 1-2 menit, ikuti protokol untuk perdarahan post partum.</p>

(Saifudin AB. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2001 hal 107-121)

Pemeriksaan pada kala III :

- Plasenta

Pastikan bahwa seluruh plasenta telah terlahir lengkap dan normal dengan memeriksa jumlah kotiledonnya rata-rata 15-20 kotiledon, diameternya 15-20 cm, tebalnya 2-3 cm, dan berat 500-600 cm. periksa dengan seksama pada bagian pinggir plasenta apakah

ada kemungkinan masih ada hubungan dengan plasenta lain (plasenta suksenturiata). Jika ada bagian bagian tertentu yang tertinggal atau tidak utuh maka segera lakukan eksplorasi uterus.

- Selaput Ketuban

Setelah plasenta lahir, periksa kelengkapan selaput ketuban untuk memastikan tidak adanya bagian yang tertinggal di dalam uterus. Caranya dengan meletakkan plasenta diatas bagian yang datar dan pertemukan setiap tepi selaput ketuban sambil mengamati apakah ada tanda-tanda robekan dari tepi selaput ketuban. Jika kemungkinan ada bagian yang robek, maka segera lakukan eksplorasi uterus, karena sisa plasenta dalam uterus dapat menyebabkan perdarahan dan infeksi.

- Tali Pusat

Setelah plasenta lahir, periksa mengenai data yang berhubungan dengan tali pusat, yaitu panjang tali pusat 50-55 cm, bentuk tali pusat (besar, kecil, atau terpilin-pilin), Insersio tali pusat (di tengah/sentralis, agak dipinggir/marginalis, dipinggir/lateralis), jumlah vena dan arteri pada tali pusat, dan lilitan tali pusat pada janin.

4. Kala IV (kala pengawasan dan pemantauan)

Kala IV mulai lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah proses tersebut (Sulistyawati Ari, 2013 : 9). Pemantauan dan evaluasi lanjut yang dilakukan pada kala IV adalah sebagai berikut :

- a. Tingkat kesadaran pasien
- b. Pemeriksaan TTV (TD, Nadi, Pernafasan, dan Suhu)

Selama 1 jam pertama lakukan pemantauan pada TD dan nadi setiap 15 menit dan pada 1 jam kedua lakukan setiap 30 menit. Sedangkan untuk respirasi dan suhu setiap 1 jam sekali selama 2 jam pascapersalinan.

c. Kontraksi uterus

Pemantauan kontraksi uterus dilakukan setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua. Pemantauan ini dilakukan bersamaan dengan massase fundus uterus secara sirkular. TFU biasanya 1-2 jari dibawah pusat pada 2 jam pertama pascapersalinan.

d. Jumlah Perdarahan (Lochea)

Jumlah perdarahan dikatakan normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc. Lochea dipantau bersamaan dengan massase uterus. Jika uterus berkontraksi dengan baik maka lochea tidak akan terlihat banyak, namun jika saat uterus berkontraksi terlihat lochea yang keluar lebih banyak maka diperlukan pengkajian lebih lanjut.

e. Kandung kemih

Pastikan kandung kemih tidak penuh setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit sekali pada 1 jam kedua.

(Sulistyawati, 2013 : 9 dan 181-182)

Tabel 4. Asuhan yang diberikan pada Kala IV

Tindakan	Deskripsi dan Keterangan
Ikat tali pusat	Jika petugas sendirin dan sedang melakukan management aktif kala III tali pusat diklem, gunting dan berikan oksitosin. Segera setelah placenta dan selaputnya lahir lakukan masase fundus agar berkontraksi baru tali pusat diikat dan klem di lepas.
Pemeriksaan fundus dan masase	Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam ke-2
Nutrisi dan hidrasi	Anjurkan ibu untuk minum demi mencegah dehidrasi. Tawarkan ibu makanan dan minuman yang disukai

Bersihkan ibu	Bersihkan perineum ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering
Istirahat	Biarkan ibu beristirahat. Ia telah bekerja keras melahirkan bayinya. Bantu ibu pada posisi yang nyaman
Peningkatan hubungan ibu dan bayi	Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi, sebagai permulaan dengan menyusui bayinya.
Memulai menyusui	Bayi sangat siap segera setelah kelahiran. Hal ini sangat tepat untuk memulai memberikan ASI, menyusui juga membantu uterus berkontraksi.
Menolong ibu ke kamar mandi	Ibu boleh bangun ke kamar mandi, pastikan ibu dibantu dan selamat karena ibu masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan. Pastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam post partum
Mengajari ibu dan anggota keluarga	Ajari ibu / anggota keluarga tentang : a. Bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi. b. Tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

(Saifudin AB. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 2001 hal 107-121)

E. Retensio Plasenta

1. Pengertian Retensio Plasenta

Retensio Plasenta adalah tertahannya plasenta atau belum lahirnya plasenta hingga waktu atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Retensio plasenta adalah plasenta yang tidak terpisah dan menimbulkan *haemorrhage* yang tidak tampak dan juga disadari pada lamanya waktu yang berlalu antara kelahiran bayi dan keluarnya plasenta yang diharapkan, beberapa ahli menangani setelah 5 menit (Elisabeth Siwi, 2016 : 87-88). Retensio plasenta adalah tertinggalnya sisa plasenta dan membrannya dalam kavum uteri (Saifudiin AB 2010 dalam Jurnal Dunia Kesehatan Vol. 5 No. 2 : 77). Retensio plasenta merupakan tertinggalnya bagian plasenta dalam rongga rahim yang dapat menimbulkan perdarahan postpartum dini atau perdarahan postpartum lambat yang biasanya terjadi dalam 6-10 hari pascapersalinan (Prawirohardjo 2010 dalam Jurnal Dunia Kesehatan Vol. 5 No. 2 : 77).

Gejala klinis retensio plasenta adalah terdapat *subinvolusi uteri*, terjadi perdarahan sedikit yang berkepanjangan, dapat juga terjadi perdarahan mendadak setelah berhenti beberapa waktu, perasaan tidak nyaman di perut bagian bawah (Manuaba 2010 dalam Jurnal Dunia Kesehatan Vol. 5 No. 2 : 77). Selaput yang mengandung pembuluh darah ada yang tertinggal, perdarahan segera. Gejala yang kadang-kadang timbul uterus berkontraksi baik tetapi TFU tidak berkurang. Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Bagian plasenta yang masih menempel pada dinding uterus mengakibatkan uterus tidak adekuat sehingga pembuluh darah yang terbuka pada dinding uterus tidak berkontraksi / terjepit dengan sempurna (Maritalia 2012 dalam Jurnal Dunia Kesehatan Vol. 5 No. 2 : 77-78).

2. Penyebab Retensio Plasenta

Menurut Elisabeth Siwi Walyani, amd. Keb. dan Th. Endang Purwoastuti , S.Pd, APP dalam bukunya yang berjudul Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir ; 2016, penyebab retensio plasenta adalah sebagai berikut :

- Plasenta belum terlepas dari dinding uterus
- Plasenta sudah terlepas tetapi belum dilahirkan (disebabkan karena tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan pada kala III)
- Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab *vili korealis* menembus desidua sampai miometrium sampai di bawah peritoneum (plasenta akreta-perkerta)
- Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta

Retensio plasenta disebabkan oleh plasenta yang belum lepas dari uterus, atau plasenta yang sudah lepas tetapi belum dilahirkan. Jika

plasenta belum lepas sama sekali, maka tidak akan terjadi perdarahan. Namun jika lepas telah lepas sebagian, maka terjadi perdarahan yang merupakan indikasi untuk mengeluarkannya (Wiknjosastro 2010 dalam ARKESMAS Vol. 2 No. 1 : 103).

Plasenta yang sudah lepas dari dinding uterus tetapi belum keluar disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, akibatnya terjadi lingkaran konstriksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (inkarserasio plasenta). sedangkan plasenta yang belum lepas sama sekali dari uterus karena :

- Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta Adhesiva)
- Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab *villi korialis* menembus *desidua* sampai *miometrium* sampai di bawah *peritoneum* (plasenta akreta-perkreta).

(Sumarah dkk, 2009 :156)

3. Jenis-Jenis Retensio Plasenta

Berdasarkan penyebabnya, retensio plasenta dapat dibagi menjadi 2 yaitu retensio plasenta secara fungsional dan secara patologi anatomi. Secara fungsional dapat dibagi menjadi 2, yaitu disebabkan karena his yang kurang kuat dan plasenta yang sukar terlepas dari tempatnya (insersi di sudut tuba), bentuknya (plasenta membranasea, plasenta anularis), dan ukurannya (sangat kecil). Plasenta yang sulit lepas karena penyebab tersebut adalah plasenta adhesive. Secara patologi anatomi dibagi menjadi plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta (J Medula Unila Vol. 7 No. 3, 2017).

a. Plasenta Adhesive

Plasenta adhesive adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis (Elisabeth Siwi, 2016 : 88). Peristiwa ini dapat terjadi karena plasenta belum terlepas dari dinding uterus akibat kontraksi uterus yang kurang kuat untuk melepaskan plasenta (Wiknjosastro 2010 dalam ARKESMAS Vol.2 No. 1, 2017 : 103).

b. Plasenta Akreta

Plasenta akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium (Elisabeth Siwi, 2016 : 88). Hilangnya lapisan jaringan ikat longgar sehingga plasenta sebagian atau seluruhnya mencapai desidua basalis. Dengan demikian agak sulit melepaskan diri pada saat kontraksi atau retraksi otot uterus, dapat terjadi tidak diikuti perdarahan karena sulitnya plasenta terlepas. Manual plasenta sering tidak lengkap sehingga perlu dilakukan tindakan kuretase.

c. Plasenta Inkreta

Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai atau memasuki miometrium (Elisabeth Siwi, 2016 : 88). Implantasi jonjot plasenta sampai mencapai otot uterus sehingga tidak mungkin terlepas sendiri. Perlu dilakukan manual plasenta, tetapi tidak akan lengkap dan harus diikuti kuretase.

d. Plasenta Prekreta

Plasenta prekreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus (Elisabeth Siwi, 2016 : 88). Jonjot plasenta menembus lapisan otot dan sampai lapisan peritoneum kavum abdominalis. Retensio plasenta tidak diikuti perdarahan, manual plasenta sangat sulit, bila dipaksa akan terjadi perdarahan dan sulit dihentikan atau perforasi, dan tindakan yang paling definitive hanya histerektomi.

e. Plasenta Inkarserata

Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh kontriksi ostium uteri (Elisabeth Siwi, 2016 : 88). Plasenta telah lepas dari implantasinya di dinding uterus akan tetapi belum keluar disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkannya atau karena salah dalam penanganan kלא III sehingga plasenta tertangkap dalam rongga rahim dan terjadi lingkaran kontriksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (Wiknjosastro 2010 dalam ARKESMAS Vol. 2 No. 1, 2017 : 103)

Tabel 5. Gambaran penyebab retensio plasenta.

Gejala	Separasi/akreta persial	Plasenta inkarserata	Plasenta akreta
Konsistensi uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi fundus	Sepusat	2 jari bawah pusat	Sepusat
Bentuk Fundus	Diskoid	Agak globuler	Diskoid
Perdarahan	Sedang-banyak	Sedang	Sedikit/tidak ada
Tali pusat	Terjuler sebagian	Terjelujur	Tidak terjelujur
Ostium uteri	Terbuka	Konstriksi	Terbuka
Separasi plasenta	Lepas sebagian	Sudah lepas	Melekat seluruhnya
Syok	Sering	Jarang	Jarang sekali

(Elisabeth Siwi, 2016 : 89)

5. Faktor Yang Berhubungan Dengan Retensio Plasenta

Berdasarkan jurnal dunia kesehatan volume 5 nomor 2 yang ditulis oleh Putu Mastiningsih tentang Retensio plasenta mengatakan bahwa factor yang berhubungan dengan retensio plasenta adalah sebagai berikut :

a. Umur

Usia ibu hamil terlalu muda (<20 tahun) dan terlalu tua (>35 tahun) memiliki resiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi yang kurang sehat. Hal ini dikarenakan pada umur 20 tahun, dari segi biologis fungsi organ reproduksi seorang wanita belum sempurna untuk menerima keadaan janin dan segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril, mental dan emosional. Sedangkan pada umur diatas 35 tahun dan sering melahirkan, fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami kemunduran atau *degenerasi* dibandingkan fungsi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi persalinan terutama perdarahan lebih besar.

b. *Paritas*

Jika kehamilan “terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak / sering, dan terlalu dekat (4 terlalu)” dapat meningkatkan resiko berbahaya pada proses reproduksi karena kehamilan yang terlalu sering dan terlalu dekat menyebabkan *intake* (masukan) makanan atau gizi menjadi lebih rendah. Sedangkan terlalu tua atau muda memiliki resiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi yang kurang sehat. Ketika tuntutan dan beban fisik terlalu tinggi mengakibatkan wanita tidak punya waktu untuk mengembalikan kekuatan diri dari tuntutan gizi, juga anak yang telah dilahirkan perlu mendapat perhatian yang optimal dari kedua tuanya sehingga sangat perlu mengatur kapan waktu yang tepat untuk hamil.

c. Status Anemia dalam kehamilan

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya kadar *haemoglobin*, sehingga kapasitas daya angkut O₂ untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar *haemoglobin* <11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar *haemoglobin* dibawah 10.5 gr% pada trimester 2.

6. Penatalaksanaan Retensio Plasenta

Gejala yang selalu ada pada kejadian retensio plasenta adalah plasenta belum lahir dalam 30 menit, perdarahan terjadi dengan segera dan uterus berkontraksi dengan baik. Gejala yang kadang timbul adalah uterus berkontraksi baik tetapi TFU tidak berkurang (Elisabeth Siwi, 2016 : 89).

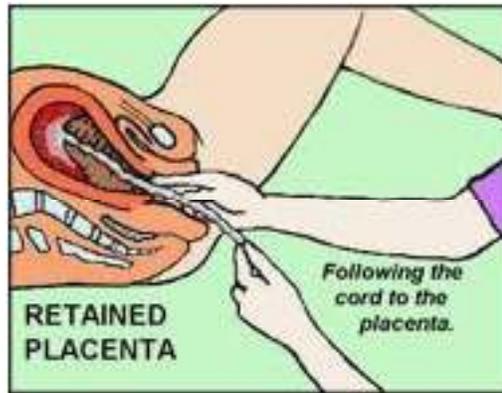
Penanganan retensio plasenta salah satunya adalah dengan melakukan manual plasenta. Sebelum dilakukan tindakan manual plasenta, retensio plasenta harus ditangani secara umum, yaitu :

- a. Pemasangan infuse untuk mempertahankan keadaan umum ibu agar tetap baik dan stabil
- b. Pastikan kandung kemih sudah kosong. Lakukan kateterisasi kandung jika diperlukan.
- c. Jika plasenta tidak kunjung lahir setelah pemberian oksitosin pertama 10 IU secara IM, maka berikan oksitosin kedua pada cairan infuse ibu. Jangan berikan ergometrin karena dapat menyebabkan kontraksi uterus yang tonik sehingga bisa memperlambat pengeluaran plasenta.
- d. Jika setelah pemberian oksitosin ulang dan dilakukan peregangan tali pusat terkendali belum berhasil, maka lakukan tindakan manual plasenta.

e. Prosedur tindakan manual plasenta :

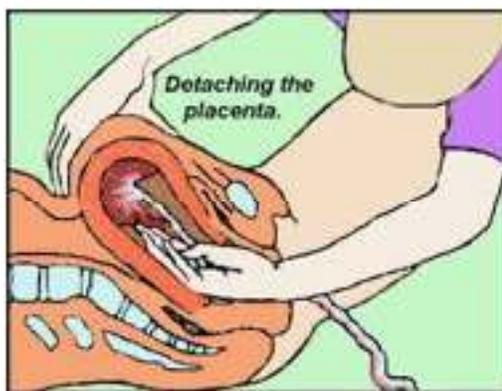
Tangan kiri berada diatas fundus dan tahan uterus agar tidak naik, lalu tangan kanan yang telah menggunakan sarung tangan masuk ke dalam caavum uterus dengan mengikuti arah tali pusat menuju perlekatan plasenta.

Gambar 1. Tangan mengikuti arah tali pusat menuju plasenta



Selanjutnya ketika tangan kanan telah sampai pada plasenta, cari pinggir plasenta lalu masukkan jari-jari tangan di daerah antara dinding uterus dan placenta dengan cara menyusuri pinggir plasenta.

Gambar 2. Tangan menyusuri pinggir plasenta



Setelah dipastikan plasenta benar-benar sudah terlepas dan tidak ada lagi sisa plasenta yang lengket pada dinding uterus, maka

lepaskan sedikit demi sedikit plasenta dari dinding uterus sampai semua bagian plasenta terlepas, lalu lahirkan plasenta seluruhnya.

Gambar 3. Tangan mengeluarkan plasenta



Setelah dilakukan tindakan manual plasenta, jangan lupa untuk tetap memantau keadaan umum ibu, serta observasi TTV, perdarahan, dan kontraksi uterus ibu.

(Sulistyawati, 2013: 175 dan Elisabeth Siwi, 2016 :89-90)

2.2 Kewenangan Bidan Terhadap Kasus Tersebut

A. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

1. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a) Pelayanan kesehatan ibu;
- b) Pelayanan kesehatan anak; dan
- c) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

2. Pasal 19

a) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

b) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:

- konseling pada masa sebelum hamil;
- antenatal pada kehamilan normal;
- persalinan normal;
- ibu nifas normal;
- ibu menyusui; dan
- konseling pada masa antara dua kehamilan.

c) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:

- episiotomi;
- pertolongan persalinan normal;
- penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;

- penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
- pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
- penyuluhan dan konseling;
- bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

3. Pasal 20

- Ayat 1 : Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- Ayat 2 : Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:
 - a. pelayanan neonatal esensial;
 - b. penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - c. pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
 - d. konseling dan penyuluhan.
- Ayat 3 : Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil

dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

- Ayat 4 : Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:
 - a. penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung
 - b. penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
 - c. penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
 - d. membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

B. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan

1. Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;
- b. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
- c. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
- d. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
- e. melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan

- f. melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

2. Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf b, Bidan berwenang:

- a. memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah;
- b. memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;
- c. melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
- d. memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

3. Pasal 59

- a. Dalam keadaan gawat darurat untuk pemberian pertolongan pertama, Bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sesuai dengan kompetensinya.
- b. Pertolongan pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa Klien.
- c. Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan yang mengancam nyawa Klien.
- d. Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bidan sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.
- e. Penanganan keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (4) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.3 Hasil Penelitian Terkait

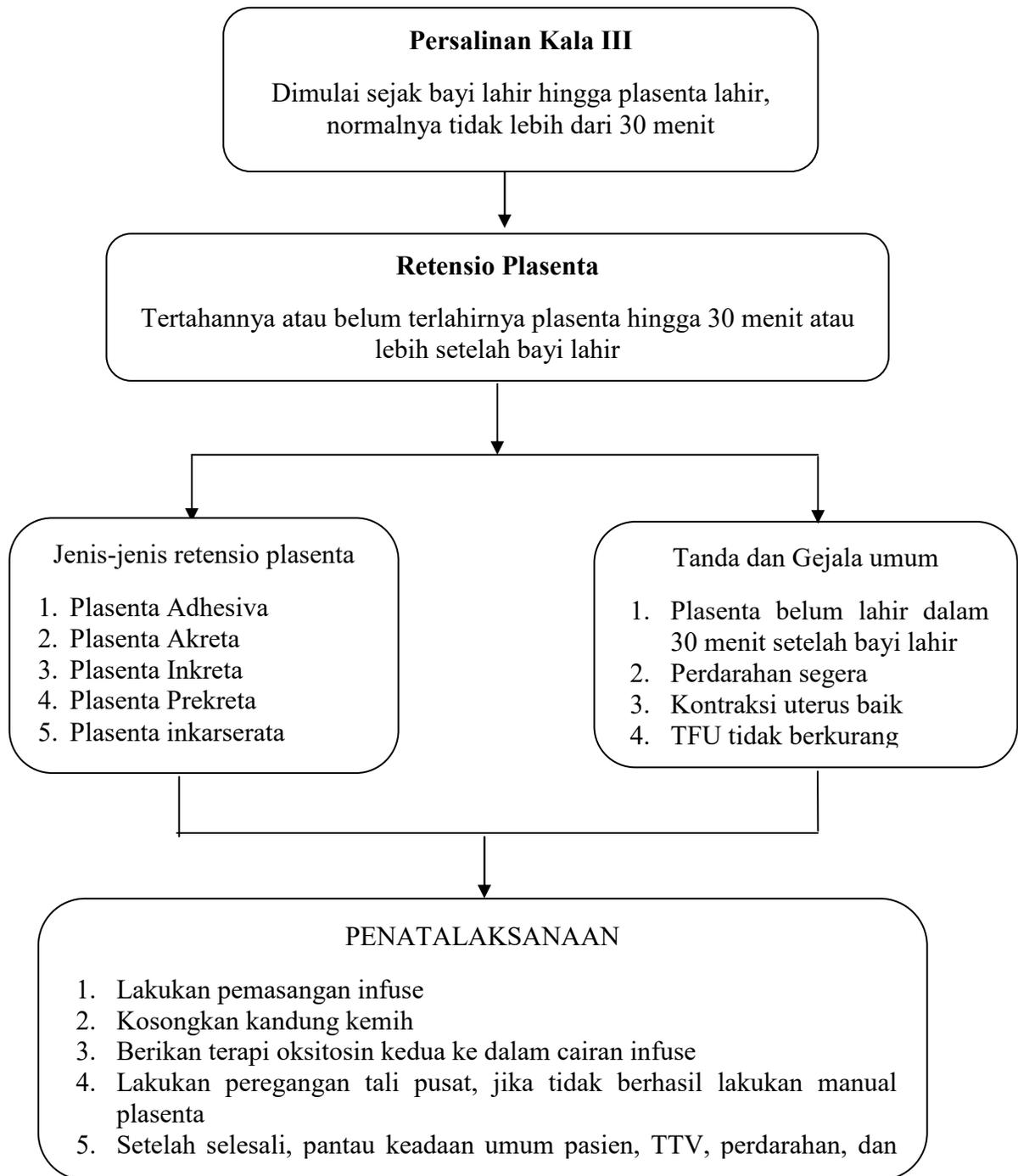
- A. Hasil penelitian menyimpulkan kejadian retensio plasenta terdapat 19,3% dari 176 ibu bersalin. Faktor yang meningkatkan kejadian Retensio Plasenta adalah usia ibu dengan $POR = 2,414$, paritas $POR = 3,023$ dan anemia dengan $POR = 2,506$. (Riyanto. 2015. Faktor Risiko Kejadian Retensio Plasenta Pada Ibu Bersalin di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM Kalianda. Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai. Vol. VIII No. 1 : 38-44)
- B. Kejadian kejadian retensio plasenta pada ibu bersalin adalah 65 orang (10,6%), melahirkan pada umur risiko sebanyak 140 orang (22,8%); paritas risiko (>3 orang) sebanyak 119 (19,4%) ; dan jarak persalinan risiko sebanyak 96 orang (15,6%). Ada hubungan umur dengan kejadian retensio plasenta (0,016; OR 2,). Ada hubungan paritas dengan kejadian retensio plasenta (0,000; OR 3). Tidak ada hubungan jarak persalinan dengan kejadian retensio plasenta (0,228). Paritas merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kejadian retensio plasenta. (Darmayanti. 2014. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Retensio Plasenta di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. An Nadaa. Vol. 1 No. 2 : 77-81)
- C. Karakteristik retensio plasenta pada ibu bersalin berdasarkan umur ibu di RSUD Syekh Yusuf Kab. Gowa sebanyak 66 (68,0%) ibu dengan umur <20 tahun atau >35 tahun dan sebanyak 31 (32,0%) ibu dengan umur antara 20-35 tahun, berdasarkan paritas ibu sebanyak 59 (60,8%) ibu yang mengalami paritas > 3 kali dan sebanyak 38 (39,2%) ibu yang mengalami ≤ 3 kali paritas, dan berdasarkan jarak kehamilan ibu. Sebanyak 62 (63,9%) ibu yang mempunyai jarak kehamilan ≤ 2 tahun dan sebanyak 35 (36,1%) ibu yang mempunyai jarak kehamilan > 2 tahun.

(Umamiati, Hasifah, Magdalena. 2013. Karakteristik Terjadinya Retensio Plasenta Pada Ibu Bersalin Di Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Kab.Gowa. Vol. 2 No. 4 : 105-108)

- D. Kejadian perlengketan plasenta (retensio plasenta) di RS Islam Jakarta Cempaka Putih tahun 2010-2016 dialami oleh 65 orang dari total kelahiran pada periode tersebut. Menurut uji *bivariat* yang dilakukan, hubungan yang bermakna ditemukan antara kejadian retensio plasenta dengan variable pendidikan (*p value* 0.003) dan juga status anemia (*p value* 0.049). sedangkan variable usia, *paritas* jarak persalinan serta riwayat komplikasi persalinan tidak memiliki hubungan yang bermakna secara statistic dengan kejadian retensio plasenta.

(AP Fenny, dkk. 2017. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian retensio plasenta di RS Islam Jakarta Cempaka Putih : Sebuah Studi Kasus Kontrol. ARKESMAS Vol. 2 No.1 : 102-108)

3.4 Kerangka Teori



Sumber : Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru lahir ; 2016 dan Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin ; 2013