

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### A. Tinjauan Teori

##### 1. Persalinan

###### a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (JNPK\_KR, 2012).

###### b. Tanda-Tanda terjadinya persalinan

###### 1. Terjadi lightening

Menjelang minggu ke-36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan kontraksi *Braxton his*, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Masuknya kepala ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan ringan dibagian atas rasa sesaknya berkurang, sesaknya dibagian bawah, terjadinya kesulitan saat berjalan dan sering kencing (*follaksuria*) (Oktarina, 2016).

## 2. Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone makin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi lebih sering, sebagai his palsu. Sifat his palsu antara lain : rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda dan durasinya pendek.

Tanda-tanda terjadinya inpartu antara lain :

- a) Terjadinya his permulaan.
- b) Keluarnya lender bercampur darah pervaginam (*show*).
- c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- d) Dilatasi dan *efacement*.

Dilatasi adalah terbentuknya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effacement* adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semua panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium tipis seperti kertas (Oktarina, 2016).

## c. Mekanisme Persalinan

### 1) Turunnya kepala

Turunnya kepala terbagi dalam:

- a) Engagement

Mekanisme ketika diameter biparietal-diameter transversal terbesar pada presentasi oksiput melewati aperture pelvis superior disebut engagement (Garry Cunningham, 2014).

b) Desensus (majunya kepala )

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kaal II. Pada multipara majunya kepala dan masuknya kepala pada rongga panggul terjadi secara bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan fleksi, putaran faksi dalam dan ekstensi.

Penyebab majunya kepala :

Tingkat cairan intra uterin.

- (1) Tekanan langsung oleh fundus dan bokong.
- (2) Kekuatan mengedan.
- (3) Melurusnya badan anak oleh pelurusan bentuk rahim (Nurasiah dkk, 2014).

2) Fleksi

Sejara setelah kepala yang sedang desensus mengalami hambatan baik dari serviks, dinding pelvis atau dasar panggul , normalnya kemudian terjadi fleksi kepala. Pada gerakan ini dagu mengalami kontak lebih dekat dengan dada janin, dan diameter suboksipitobregmatikum yang lebih pendek menggantikan diameter oksipitofrontalis yang lebih panjang (Garry Cunningham, 2014).

3) Rotasi internal (putaran paksi dalam)

Yang dimaksud dengan putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simfisis (Nurasiah dkk, 2014).

4) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya (Nurasiah dkk, 2014).

5) Rotasi eksternal (putaran paksi luar)

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang akan terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran retribusi (putaran balasan). Gerakan putar paksi disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul (Nurasiah dkk, 2014).

6) Ekspulsi

Hampir segera setelah rotasi eksternal, bahu anterior terlihat dibawah simfisis pubis dan perineum segera terdistensi oleh bahu posterior. Setelah kelahiran bahu posterior. Setelah kelahiran bahu, bagian tubuh lainnya lahir dengan cepat (Cunningham,2014).

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Beberapa factor yang mempengaruhi persalinan diantaranya sebagai berikut :

1) Factor passage (jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal (Shofa Ilmiah,2015).

2) Factor power

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu.power merupakan tenaga primer atau kekuatan umum yang dihasilkan oleh adanya kontraksi atau retraksi otot-otot rahim (Shofa Ilmiah,2015).

3) Factor passanger

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor, yakni kepala janin, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari pasaanger yang menyertai janin. Namun plasenta juga menghambat persalinan normal (Nurasiah, 2014).

4) Psikologis

Keadaan fisiologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi suami yang dicintainya cenderung mengalami proses

persalinan yang lebih lancar dibandingkan dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Ini mendukung bahwa dukungan mental berdampak positif bagi bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh terhadap proses persalinan (Nurasiah, 2014).

e. Tahapan-Tahapan Persalinan

1) Kala I

Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm, disebut juga kala pembukaan. Secara klinis partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir dan bersemu darah (Bloody show). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikal karena serviks mulai membuka dan mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka.

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase :

- a) Fase laten : berlangsung selama 8 jam sampai pembukaan 3 cm his masih lemah dengan frekuensi jarang, pembukaan terjadi sangat lambat.
- b) Fase aktif dibagi menjadi 3:
  - (1) Fase akselerasi lamanya 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
  - (2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

(3) Fase selerasi, pembukaan menjadi lebih lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm.

2) Kala II

kala II persalina dimulai dari pembukaan lengkap serviks (10 cm), dilanjutkan dengan upaya mendorong bayi keluar dari jalan lahir dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II persalinan disebut juga sebagai kala pengeluaran bayi (JNPK\_KR, 2012). Tanda gejala kala II yaitu :

- a) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan atau vagina
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva dan sfingter ani

3) Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Prawirohardjo, 2014). Kala III persalinan disebut juga sebagai kala pengeluaran uri atau plasenta. Pada kala tiga persalinan, otot uterus (myometrium) akan berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ini akan menyebabkan berkurangnya ukuran tempat implantasi plasenta. Karena ruang implantasi plasenta yang semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudia akan terlepas dari dinding Rahim. Setelah

terlepas, maka plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau kedalam vagina (JNPK\_KR, 2012).

Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal dibawah ini :

a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.

Setelah bayi lahir dan sebelum myometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).

b) Tali pusat memanjang

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

c) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruangan diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitasampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (JNPK\_KR, 2012).

4) Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum (prawirohardjo, 2014). Dua jam pertama setelah persalinan merupakan



saat yang paling kritis bagi pasien dan bayinya. Tubuh pasien melakukan adaptasi yang luar biasa setelah kelahiran bayinya agar kondisi tubuhnya kembali stabil, sedangkan bayi melakukan adaptasi terhadap perubahan lingkungan hidupnya diluar uterus.

## 2. Retensio Plasenta

### a. Pengertian retensio plasenta

Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta sampai atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir (Prawirohardjo, 2014).

Retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Pada beberapa kasus dapat terjadi retensio plasenta berulang (habitual retensio plasenta). Plasenta harus segera dikeluarkan karena dapat menimbulkan komplikasi seperti perdarahan, infeksi karena sebagai benda mati, dapat terjadi plasenta inkarserata, dapat terjadi polip plasenta, dan terjadi degenerasi ganas korio karsinoma (Manuaba,2010).

Retensio plasenta merupakan plasenta yang belum lahir hingga melewati waktu 30 menit setelah bayi lahir. Hal ini dapat disebabkan oleh plasenta yang belum lepas dari dinding rahim atau plasenta sudah lepas tetapi belum dilahirkan. Gagalnya plasenta lahir setelah bayi lahir dapat disebabkan oleh abnormalitas uterus atau perlekatan plasenta yang abnormal. Selama kehamilan, permukaan uteroplasenta menyatu dan menjaga keseimbangan

permukaan disekitarnya. Ketika bayi lahir, Rahim akan berkontraksi dan ukuran dari plasenta akan berkurang (Ramadhani dan Sakurya, 2011).

Perdarahan hanya terjadi pada plasenta yang sebagian atau seluruhnya telah lepas dari dinding rahim. Banyak atau sedikitnya perdarahan tergantung luasnya bagian plasenta yang telah lepas dan dapat timbul perdarahan. Melalui pemeriksaan dalam atau tarikan pada tali pusat dapat diketahui apakah plasenta sudah lepas atau belum dan bila lebih dari 30 menit maka dapat melakukan plasenta manual

Dari pengertian retensio plasenta diatas maka dapat disimpulkan bahwa retensio plasenta adalah tidak lahirnya plasenta setelah 30 menit bayi lahir. Hal ini dapat disebabkan oleh plasenta yang belum lepas dari dinding rahim atau plasenta sudah lepas tetapi belum dilahirkan.

b. Mekanisme pelepasan plasenta

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta/uri. Rata-rata lama kala III berkisar 15-30 menit, baik pada primipara maupun multipara. Setelah bayi lahir, terjadi kontraksi uterus hal ini menyebabkan volume rongga uterus berkurang dinding uterus menebal. Pada tempat implantasi plasenta juga terjadi penurunan luas area. Ukuran plasenta tidak berubah, sehingga menyebabkan plasenta terlipat, menebal dan akhirnya terlepas dari dinding uterus. Plasenta terlepas sedikit demi sedikit. Setelah plasenta terlepas, plasenta akan menempati segmen bawah uterus atau vagina (Sumarah, 2009).

Berikut merupakan macam-macam pelepasan plasenta

1) Mekanisme Schultz

Pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral/bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Cara pelepasan ini paling sering terjadi. Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir. Perdarahan banyak terjadi segera setelah lahir. (Sumarah, 2009).

2) Mekanisme Duncan

Terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir ke tengah plasenta. Hal ini mengakibatkan terjadi semburan darah sebelum plasenta lahir (Sumarah, 2009).

3) Terjadi serempak atau kombinasi keduanya

Berikut ini merupakan teknik pengecekan pelepasan plasenta menurut Sulistyawati dan Nugraheni (2010), dibagi menjadi 3 perasat diantaranya:

a) Perasat kustner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, sementara tangan kiri menekan atas simfisis bila tali pusat masuk kembali kedalam vagina, berarti plasenta belum lepas, sedangkan apabila plasenta tetap atau tidak masuk kembali kedalam vagina berarti plasenta sudah lepas.

b) Perasat starssman

Perasat ini dapat dilakukan dengan cara megetuk-ngetuk fundus uteri dengan tangan kiri dan tangan kanan meregangkan tali pusat sambil dirasakan apakah ada getaran yang dihasilkan dari gerakan tangan kiri. Jika terasa getaran artinya plasenta belum lepas dari dinding rahim, sedangkan jika tidak terasa getaran artinya sudah lepas dari dinding rahim.

c) Perasat keiln

Untuk melakukan teknik ini, mintalah pasien untuk meneran, apabila tali pusat terlihat turun atau bertambah panjang artinya plasenta sudah lepas begitupun sebaliknya

c. Jenis-jenis retensio plasenta

Menurut Prawirohardjo (2014), retensio plasenta dibagi menjadi :

1) Plasenta adhesive

Merupakan implantasi yang kuat plasenta dari jonjot korion hingga dapat menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.

2) Plasenta akreta

Merupakan implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai atau memasuki bagian lapisan myometrium.

3) Plasenta inkreta

Merupakan implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai atau memasuki myometrium.

## 4) Plasenta perkreta

Merupakan implantasi jonjot korion plasenta yang sudah menembus bagian lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding rahim.

## 5) Plasenta inkarserata

Merupakan tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, yang dapat disebabkan oleh kontraksi ostium uteri.

## d. Tanda gejala retensio plasenta

Berikut ini merupakan tanda gejala dari retensio plasenta diantaranya adalah sebagai berikut :

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

Tanda gejala yang kadang-kadang timbul diantaranya : tali pusat putus akibat traksi yang berlebihan, inversi uteri akibat tarikan dan perdarahan lanjut (Rukiyah, A. Y. 2014 ).

*Table 2.1 Gambaran dan dugaan penyebab retensio plasenta*

Gejala	Separasi / akreta parsial	Plasenta inkarserata	Plasenta akreta
Konsistensi uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi fundus	Sepusat	2 jari dibawah pusat	Sepusat
Bentuk fundus	Discoid	Agak globuler	Discoid
Perdarahan	Sedang-banyak	Sedang	Sedikit/tidak ada
Tali pusat	Terjulur sebagian	Terjulur	Tidak terjulur
Ostium uteri	Terbuka	Kontriksi	Terbuka

Separasi plasenta	Lepas sebagian	Sudah lepas	Melekat seluruhnya
Syok	Sering	Jarang	Jarang sekali, kecuali akibat inversion oleh tarikan kuat pada tali pusat.

*Sumber : Prawirohardjo,2014*

e. Faktor penyebab retensio plasenta

Adapun sebab plasenta belum lahir adalah:

- 1) Plasenta belum lepas dari dinding uterus.
- 2) Plasenta sudah lepas tetapi belum dilahirkan (disebabkan karena tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena kesalahan manajemen aktif kala III).
- 3) Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta
- 4) Plasenta melekat erat pada dinding uterus yang disebabkan oleh vili korealis menembus desidua sampai myometrium sampai dibawah peritoneum (Marmi dkk, 2015).

f. Faktor resiko yang mempengaruhi retensio plasenta

Menurut beberapa sumber, berikut ini merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya retensio plasenta diantaranya :

1) Usia

Usia adalah masa hidup seorang ibu yang di hitung sejak lahir dalam satuan tahun. Usia adalah lamanya kehidupan seseorang yang dinyatakan dalam satuan tahun, bulan atau hari. Penyebab kematian ibu dapat disebabkan dari faktor usia. Pembagian usia dibagi menjadi

- a) Umur < 20 tahun, merupakan kategori usia yang beresiko karena organ reproduksi masih belumberkembang sempurna
- b) Umur 20-35 tahun, merupakan kategori usia yang aman untuk hamil dan melahirkan
- c) Umur > 35 tahun , merupakan kategori usia yang bereiko karena wanita sudah mengalami penurunan fungsi reproduksi.

Penyebab kematian ibu dapat disebabkan dari faktor usia ibu. Diharapkan agar ibu pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Usia yang kurang dari 20 tahun dan lebih sari 35 tahun beresiko mengalami selama proses kehamilan dan persalinan. Pada umur ibu yang terlalu muda < 20 tahun, pada usia ini uterus dan panggul masih belum berkembang dan ukurannya masih kecil, secara biologis sudah siap tetapi psikologis masih belum matang. Sedangkan pada usia terlalu tua > 35 tahun, pada usia ini organ reproduksi sudah

mengalami penuaan, jalan lahir sudah semakin kaku, berpeluang melahirkan anak cacat, beresiko mengalami persalinan macet dan perdarahan.

Wanita yang melahirkan anak pada usia dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan post partum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia dibawah 20 tahun alat reproduksi wanita belum berkembang dengan sempurna, sedangkan pada wanita yang lebih dari 35 tahun fungsi reproduksi mengalami penurunan sehingga terjadi komplikasi – komplikasi seperti retensio plasenta

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aminah dan Fitriani (2017), angka kejadian ibu mengalami retensio plasenta meningkat 4 (empat) kali lipat lebih besar pada ibu yang berusia  $< 20 / >35$  tahun dibandingkan ibu yang berusia 20-35 tahun. Hal ini disebabkan karena pada umur  $< 20$  tahun organ reproduksi belum dapat menjalankan fungsinya dengan baik, myometrium belum bias berkontraksi dan retraksi dengan baik sehingga proses pelepasan plasenta pada implantasinya juga terganggu dan akhirnya menyebabkan retensio plasenta. Sedangkan pada usia  $> 35$  tahun rentan mengalami kekakuan jaringan (penurunan fungsi) sehingga menyebabkan myometrium tidak dapat berfungsi dengan maksimal. Wanita yang berumur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, mempunyai risiko



yang tinggi untuk hamil dan melahirkan, karena akan membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu hamil maupun janinnya, berisiko mengalami retensio plasenta (Sari dkk, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Riyanto (2016), bahwa usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian retensio plasenta pada ibu bersalin. Ibu bersalin dengan kriteria usia berisiko tinggi berpeluang 2, 414 kali untuk mengalami retensio plasenta dibandingkan dengan ibu bersalin risiko rendah. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan yang dilakukan oleh Darmayanti (2014), menunjukkan bahwa pada umur berisiko akan berpeluang 2 kali lebih besar mengalami retensio plasenta, hal ini sesuai dengan teori karena pada usia 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan risiko terjadinya perdarahan postpartum salah satu penyebabnya adalah retensio plasenta yang dapat menyebabkan kematian maternal.

## 2) Paritas

Paritas adalah istilah yang digunakan untuk menilai wanita yang sudah melahirkan satu kali atau lebih dengan kelahiran bayi atau bayi telah mencapai titik bertahan hidup. Titik ini dipertimbangkan sampai pada usia kehamilan 20 minggu (atau berat janin 500 g), yang merupakan batasan pada definisi aborsi. paritas dibagi menjadi :

- a) Nulipara, merupakan istilah yang digunakan untuk ibu yang belum pernah melahirkan bayi atau menyelesaikan kehamilan melewati masa gestasi 20 minggu.
- b) Primipara, merupakan istilah yang digunakan untuk wanita yang sudah pernah melahirkan bayi satu kali.
- c) Multipara, merupakan istilah yang digunakan untuk menilai wanita yang sudah melahirkan lebih dari satu kali (Kamus saku bidan).

Jumlah paritas merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya retensio plasenta. Ibu bersalin dengan paritas yang tinggi beresiko mengalami kesakitan dan kematian maternal. Ibu dengan paritas tinggi akan mengalami kemunduran dan kecacatan pada bagian endometrium yang mengakibatkan terjadinya fibrosis pada bekas perlekatan plasenta pada persalinan sebelumnya, sehingga vaskularisasi menjadi berkurang. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada janin, plasenta akan mengalami perluasan implantasi dan vili korealis akan menembus dinding rahim lebih dalam lagi sehingga akan menyebabkan terjadinya plasenta adhesiva sampai perkreta (Nikilah dalam Riyanto, 2015).

Semakin meningkat paritas semakin meningkat pula kelainan pada tempat implantasi plasenta. Dengan kehamilan berulang, otot rahim digantikan oleh jaringan fibrosa, dengan penurunan dari kekuatan kontraktile rahim akhirnya dapat menyebabkan atonia uteri dan retensio

plasenta. Pasien multipara dan grandemultipara memiliki risiko tinggi terhadap kejadian perdarahan pasca persalinan dan retensio plasenta (Kusumastuti, 2018).

Ibu bersalin dengan paritas tinggi dapat meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas maternal. Ibu bersalin dengan paritas tinggi atau melahirkan lebih dari satu kali beresiko 2,250 lebih besar mengalami retensio plasenta pada saat persalinan (Lathifatuzzahro, 2020). Pada setiap kehamilan dan persalinan akan menyebabkan terjadinya penurunan sel desidua yang mengakibatkan terjadinya penurunan sel-sel desidua atau tidak adanya sel desidua basalis secara total atau parsial dan kelainan perkembangan lapisan *nitabuch* (fibrinoid), sehingga vili plasenta akan melekat sampai ke myometrium (plasenta akreta). Vili juga bisa sampai menembus kedalam myometrium (plasenta inkreta), dan bahkan bisa sampai menembus seluruh ketebalan myometrium (plasenta perkreta) (Cunningham dalam Lathifatuzzahro, 2020).

Penelitian Tarigan dan Andriyani (2020), tentang hubungan paritas dengan kejadian retensio plasenta di RSUD Abdul Manan Simatupang, menyebutkan bahwa paritas merupakan salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan retensio plasenta. Semakin tinggi paritas ibu bersalin maka akan semakin beresiko mengalami retensio plasenta.

Masih banyak lagi penelitian lain yang menyatakan bahwa paritas berhubungan dengan kejadian retensio plasenta seperti penelitian yang telah dilakukan oleh Sari (2014), yang mengatakan bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian retensio plasenta, penelitian yang dilakukan oleh Khatijah (2011) Paritas ibu yang beresiko cenderung mengalami mengalami retensio plasenta 5,4 kali lebih besar dibandingkan paritas ibu yang tidak beresiko..

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ruqaiyah (2017), menyebutkan bahwa ibu dengan paritas  $> 3$  atau  $\geq 3$  bersalin kemungkinan dapat terjadi retensio plasenta. Penelitian yang dilakukan oleh Aminah dan Fitria (2017) multiparitas dan grande multiparitas berhubungan dengan kejadian retensio plasenta. Tidak hanya pada multiparitas/grandemultipara yang merupakan faktor terjadinya retensio plasenta, menurut sumber yang lain mengungkapkan nullipara merupakan faktor risiko terjadinya retensio plasenta

### 3) Anemia

Anemia dalam kehamilan merupakan suatu keadaan dimana ibu dengan kadar Hb  $< 11$  gr% pada trimester I dan III dan  $< 10,5$ gr% pada trimester II. Nilai batas tersebut akan berbeda dengan kondisi wanita tidak hamil terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester II (Saifuddin, 2015).

Pada wanita hamil, anemia dapat meningkatkan jumlah komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Perdarahan antepartum dan postpartum lebih sering ditemui pada ibu yang mengalami kasus anemia dan dapat berakibat fatal karena wanita yang mengalami anemia tidak dapat mentolerir jumlah darah yang hilang (Manuaba, 2010). Anemia merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian perdarahan postpartum. Menurut Fraser & Coper dalam Riyanto, (2015) yaitu anemia pada ibu hamil dan bersalin dapat menyebabkan kontraksi serat-serat myometrium terutama yang terletak di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah di tempat perlekatan plasenta menjadi lemah sehingga dapat meningkatkan resiko terjadinya retensio plasenta karena otot-otot rahim tidak dapat berkontraksi.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara anemia dengan kejadian retensio plasenta. Ibu yang mengalami anemia beresiko 2,390 kali mengalami retensio plasenta dibandingkan ibu yang tidak anemia (Permatasari dkk, 2017). Menurut Manuaba (2010), ibu yang anemia selama masa kehamilannya dapat mengalami gangguan his saat persalinan. Kala pertama yang terjadi juga dapat berlangsung lama sehingga partus pun terjadi lama. Kondisi seperti ini dapat diikuti oleh retensio placenta dan perdarahan postpartum akibat dari atonia uteri. Selain itu kekurangan Hb dalam darah akan mengganggu jumlah oksigen yang dibawa ke sel-sel

dalam tubuh termasuk yang berada di uterus. Berkurangnya jumlah oksigen dalam darah inilah yang menyebabkan otot-otot uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik sehingga terjadilah retensio placenta.

#### 4) Riwayat SC

Wanita dengan riwayat persalinan sesar mengalami jaringan parut pada rahimnya, sehingga dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian pada kehamilan dan persalinan selanjutnya (Prawirohardjo, 2013). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Vitriani dkk (2019), mengatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat persalinan SC dengan kejadian retensio plasenta. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Notikaratu (2012), bahwa terdapat hubungan yang signifikan antar riwayat kehamilan dan persalinan ibu dengan kejadian retensio plasenta. Bekas operasi (*section caesarea*) atau bekas kuretase dapat menyebabkan cedera pada alat kandungan sehingga dapat mempengaruhi kehamilan selanjutnya.

#### 5) Graviditas

Graviditas adalah jumlah kehamilan seluruhnya yang telah dialami oleh ibu tanpa memandang hasil akhi kehamilannya. Primigravida merupakan wanita yang hamil untuk pertama kalinya sedangkan grande multigravida merupakan wanita yang hamil untuk keempat kalinya atau lebih, hal ini bisa dikarenakan tidak selalu

melahirkan bayi yang hidup pada kehamilan sebelumnya. Graviditas I dan graviditas lebih dari IV mempunyai angka mortalitas yang tinggi. Ibu yang baru pertama kali hamil, hal tersebut merupakan sesuatu yang baru dalam hidupnya sehingga sehingga sehingga secara psikologisnya belum siap dan beresiko mengalami komplikasi.

Berdasarkan hasil penelitian dilakukan oleh Ai Kurniasari 2015 dalam Ruqiyah (2017), didapatkan hasil bahwa, graviditas ibu bersalin yang mengalami retensio plasenta lebih banyak terjadi pada ibu primigravida

#### 6) Manajemen aktif kala III

Manajemen aktif kala III adalah suatu tindakan untuk mengupayakan kala III selesai secepat mungkin dengan melakukan langkah-langkah yang memungkinkan plasenta lepas dan lahir dengan cepat (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010).

Adapaun beberapa keuntungan dilakukannya manajemen aktif kala III yaitu agar persalinan kala III berlangsung lebih singkat, dapat mengurangi jumlah kehilangan darah serta mengurangi kejadian retensio plasenta. Dengan demikian maka manajemen aktif kala III dapat membantu mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah dan mengurangi perdarahan postpartum terutama yang disebabkan oleh retensio plasenta (JNPK-KR, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari dkk (2014), yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang simultan antara manajemen aktif kala III dengan kejadian retensio plasenta. Apabila manajemen aktif kala III tidak dilakukan maka kala III persalinan akan lebih panjang, jumlah kehilangan darah lebih banyak sehingga dapat beresiko mengalami retensio plasenta.

#### 7) Preeklamsia

Preeklamsia adalah penyakit yang ditandai dengan adanya hipertensi, oedema dan protein urine yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini biasanya timbul pada kehamilan trimester ke-3 tetapi dapat timbul sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Marmi, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (2015), menyebutkan bahwa preeklamsia berhubungan erat dengan kejadian perdarahan. Peningkatan kejadian pre eklampsia yang mengalami perdarahan post partum dapat dikarenakan pada ibu dengan pre eklampsia mengalami penurunan volume plasma yang mengakibatkan hemokonsentrasi dan peningkatan hematokrit maternal. Vasospasme siklik lebih lanjut menurunkan perfusi organ dengan menghancurkan sel-sel darah merah. Penurunan jumlah sel darah merah ini berkaitan dengan kejadian anemia. kekurangan Hb dalam darah akan mengganggu jumlah oksigen yang dibawa ke sel-sel dalam tubuh termasuk yang berada di uterus. Berkurangnya jumlah oksigen dalam darah inilah yang



menyebabkan otot-otot uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik sehingga terjadilah retensio placenta. Retensio plasenta menjadi salah satu penyebab terjadinya perdarahan postpartum

#### 8) Plasenta previa

Plasenta merupakan plasenta yang berimplantasi di atas atau mendekati ostium serviks interna (WHO, 2013). Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu berada bagian segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi seluruhnya atau sebagian pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak pada bagian atas uterus.

Plasenta previa merupakan faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta (Prawirohardjo, 2013). Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan, plasenta previa yang didiagnosis selama kehamilan memiliki risiko 65,02 kali terjadi plasenta akreta hingga perkreta (Kusumastuti, 2018).

#### g. Penatalaksanaan retensio plasenta

Menurut Marmi (2015), penatalaksanaan retensio plasenta diantaranya sebagai berikut :

- 1) Apabila plasenta sudah terlihat dalam vagina, mintalah ibu untuk mengejan. Apabila anda bisa merasakan adanya plasenta dalam vagina, keluarkan plasenta tersebut.

- 2) Pastikan kandung kemih kosong, apabila diperlukan lakukan kateterisasi.
- 3) Apabila plasenta belum lahir, berikan oksitosin 10 IU secara IM, jika belum dilakukan dalam penanganan aktif kala III.
- 4) Apabila plasenta belum dilahirkan setelah 30 menit pemberian oksitosin dan rahim mengalami kontraksi, lakukan penarikan tali pusat terkendali.
- 5) Apabila penarikan tali pusat terkendali tidak berhasil, maka lakukan manual plasenta. Apabila terjadi perdarahan, lakukan uji pembekuan darah sederhana. Kegagalan terbentuknya pembekuan darah setelah 7 menit atau adanya bekuan lunak yang dapat pecah dengan mudah menunjukkan koagulapati.
- 6) Apabila terdapat tanda-tanda infeksi (demam, secret vagina yang berbau), berikan antibiotic untuk metritis.

#### h. Komplikasi retensio plasenta

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

##### 1) Perdarahan

Apabila retensio plasenta hanya mengalami sedikit pelepasan sehingga kontraksi akan terus memompa darah tetapi bagian yang melekat tidak membuat luka tertutup sehingga perdarahan dapat terjadi.

##### 2) Infeksi

Benda mati (plasenta) yang tertinggal didalam Rahim dapat meningkatkan laju pertumbuhan bakteri.

3) Dapat terjadi plasenta inkarserata

Keadaan ini dapat diakibatkan karena plasenta masih melekat dalam uterus sedangkan kontraksi pada ostium dalam keadaan baik sehingga plasenta tertahan didalam uterus.

4) Terjadi polip plasenta

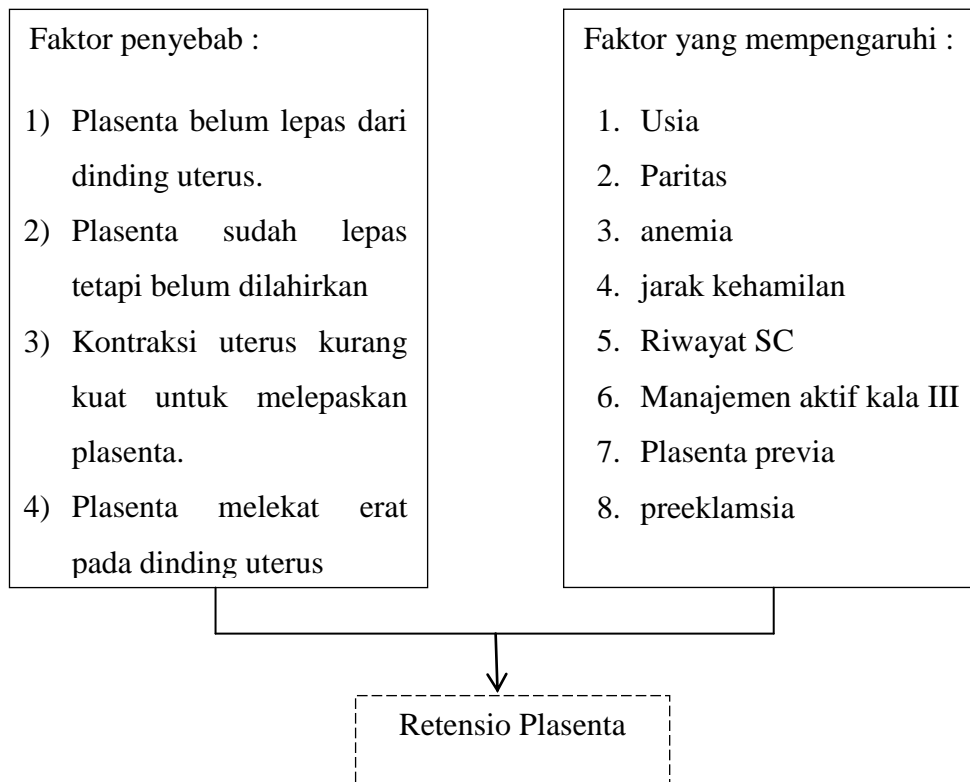
Sebagai massa proliferaatif yang mengalami infeksi sekunder dan kematian jaringan (nekrosis)

5) Terjadi degenerasi (keganasan) koriokarsinoma

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

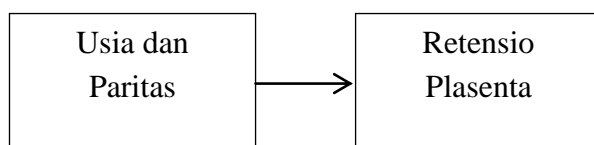
## B. Kerangka Teori

*Bagan 2.1 Kerangka Teori*



Sumber: Marmi 2011

## C. Kerangka Konsep



*Bagan 2.2 Kerangka Konsep*

Keterangan :

Variable terikat : retensio plasenta

Variable bebas : usia dan paritas