

**ASUHAN PERSALINAN PADA NY. E USIA 35 TAHUN P3A0 KALA
III DENGAN RETENSIO PLASENTA DAN ATONIA UTERI DI
PUSKESMAS SELAAWI**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D-3 Kebidanan Sekolah Tinggi

Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

SITI HANUN ANAYAH

KHGB 20068



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D-3 KEBIDANAN**

2023

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat atau pendapat yang telah di tulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas di cantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan sebagai dalam daftar pustaka
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim pembimbing
3. Karya Tulis Ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik (Amd.Keb) baik dari STIKes Karsa Husda maupun di perguruan tinggi lain.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh karena karya ini , serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Mei 2023

Yang Membuat Pernyataan

(Siti Hanun Anayah)

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN PERSALINAN PADA NY. E USIA 35 TAHUN P3A0
GRAVIDA 40-41 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DAN
ATONIA UTERI DI PUSKESMAS SELAAWI**

NAMA : SITI HANUN ANAYAH

NIM : KHGB20068

KARYA TULIS ILMIAH

KTi ini telah disetujui untuk disidangkan di hadapan
Tim Penguji Program Studi D-III Kebidanan
STIKes Karsa Husada Garut

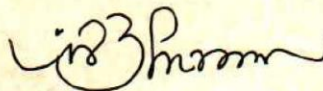
Garut, Mei 2023

Menyetujui,
Pembimbing,



Fitri Hanriyani, SST, M.PD
NIK : 432.981.009.063

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-3 Kebidanan



Hj. Esa Rini Suazini, AM. Keb. M. K. M
NIK : 043298.1004.031

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN PERSALINAN PADA NY. E USIA 35 TAHUN P3A0
KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DAN ATONIA
UTERI DI PUSKESMAS SELAAWI**

NAMA : SITI HANUN ANAYAH

NIM : KHGB20068

KARYA TULIS ILMIAH

KTI ini telah disidangkan dihadapan tim penguji program

D-III Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Mei 2022

Mengesahkan,

Pembimbing : Fitri Hanriyani, SST., M.Pd

(.....)

NIP.043298.1009.063

Penguji I Desy Syswianti, SST., M.Kes

(.....)

NIP.432.981.209.067

Penguji II Lina Humaero, M.Kes

(.....)

NIP.043.298.1009.064

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Kebidanan



Hj. Esa Risi suazini, AM.Keb., S.KM., M.MK

NIK :043298.1004.031

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Ilahi Robbi yang maha sempurna Allah SWT, karena dengan rahmat, karunia dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan salah satu tugas Karya Tulis Ilmiah yang berjudul ” ASUHAN PERSALINAN PADA NY.KEUSIA 35 TAHUN P3A0 KALA III DENGAN RETNSIO PLASENTA DAN ATONIA UTERI DI PUSKESMAS SELAAWI”.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya akan segala kesalahan dan kekurangan, baik dalam penggalian materi maupun bahasannya, untuk itu penulis mohon kritik dan saran sebagai masukan yang bersifat membangun. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, pengarahan, dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Dr. H. Hadiat.MA. Selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, SE, M.SI. selaku Ketua umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep, M.Kes. Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb. M.K.M sebagai ketua prodi D3 Kebidanan

5. Ibu Fitri Hanriyani, SST,.M.Pd. Selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan serta saran kepada penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Dessy Syswianti, S.ST., M.KES, selaku penguji 1 yang telah menguji dan membimbing.
7. Ibu Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes, selaku penguji 2 yang telah menguji dan membimbing.
8. Para Dosen dan Staf Kependidikan dan Tata Usaha di lingkungan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Ny.E selaku pasien asuhan saya, yang telah berkenan untuk mempersilahkan saya melakukan asuhan pada ibu.
10. Ibu Bidan Anita Ganita,SST selaku pembimbing lapangan yang telah membimbing saya disana.
11. Alm mamah yang saya rindukan disela sela kegiatan akhir saya, yang dimana saya sangat membutuhkannya sekali tetapi apa daya Allah SWT lebih sayang kepada beliau, Mamah (Emas marliah),Kakak, Adik, keluarga tersayang adapun juga seseorang spesial, tidak lupa kepada sodara saya yang telah mendukung baik secara moril dan materil serta mencurahkan perhatian dan do'anya kepada penulis sampai terselesaikannya penyusunan karya tulis ini.

12. Semua rekan-rekan seperjuangan D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan karya tulis ini, penulis belajar banyak dari pengalaman yang kita lalui bersama.

13. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang turut membantu sehingga karya tulis ini dapat diselesaikan.

Akhir kata kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan ini, penulis mengucapkan terimakasih dan semoga Allah senantiasa melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua, Aamiin.

Garut, Mei 2023
Penyusun

(Siti Hanun Anayah)

DAFTAR ISI

	Halaman
PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan	9
1.4 Metode Pengumpulan Data.....	10
1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian.....	10
1.6 Manfaat	10
BAB II TINJAUAN TEORI	12
2.1 Persalinan.....	12
2.1.1 Pengertian Persalinan Dengan Retensio Uteri	12
2.1.2 Faktor - Faktor Retensio Uteri	15
2.1.3 Tanda-tanda Persalinan	16
2.1.4 Jenis-jenis Persalinan	17
2.1.5 Tahapan Persalinan.....	17
2.2 Rentensio Uteri	19
2.2.1 Definisi	19
2.2.2 Etiologi	20

2.2.3 Patofisiologi.	24
2.2.4 Jenis-Jenis Retensi Plasenta	24
2.2.5 Komplikasi	26
2.2.6 Penanganan retensio plasenta menurut tingkatan:	2
2.3 Placenta Manual	30
2.3.1 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelepasan Plasenta	32
2.3.2 Penanganan	34
2.3.3 Komplikasi manual plasenta	35
2.3.4 Retensio plasenta dan manual plasenta	35
2.4 Atonia Uteri.....	36
2.4.1 Definisi	36
2.4.2 Jenis jenis Perdarahan	38
2.4.4 Etiologi	3
2.5 Paritas.....	45
2.6 Pencegahan Atonia Uteri	47
2.7 Nifas	49
2.7.1 Tahapan - Tahapan Masa Nifas	51
2.7.2 Kujungan Masa Nifas	52
2.7.3 Infeksi Pada Masa Nifas.....	52
2.7.4 Langkah-langkah (7langkah Varney).....	
BAB III TINJAUAN KASUS.....	56
Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Pada Ny. E Usia 35 Dengan Retensio Uteri.....	56
ASUHAN PERSALINAN KALA I FASE AKTIF	56

ASUHAN PERSALINAN KALA II FASE AKTIF	61
Asuhan Persalinan Kala III.....	63
Asuhan Persalinan Kala IV	64
BAB IV PEMBAHASAN	66
4.1 Pengkajian Data Subjektif	66
4.2 Pengkajian Data Objektif.....	68
4.3 Analisa	69
4.4 Penatalaksanaan.....	70
4.5 Pendokumentasian.....	70
BAB V PENUTUP	71
5.1Kesimpulan.....	71
4.2Saran	72
DAFTAR PUSTAKA	73
LAMPIRAN	80

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) dan angka kematian perinatal(AKP) yang masih tinggi telah lama mengundang perhatian pemerintah. Menurut hasil berbagai survei, AKI di Indonesia tahun 2014 berkisaran antara 300 dan 400 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan AKI di negara maju hanya sekitar 10 per 100.000 kelahiran hidup. AKI yang tinggi di Indonesia menunjukkan masih buruknya tingkat kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Penyebab langsung kematian Ibu sebesar 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. Penyebab langsung kematian Ibu adalah perdarahan (28%), eklampsia (24%) dan infeksi (11%).

Retensio plasenta dapat menyebabkan perdarahan, perdarahan merupakan penyebab kematian nomor satu (40%-60%) kematian ibu melahirkan di Indonesia. Berdasarkan data kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan di Indonesia adalah sebesar 43%.Menurut WHO dilaporkan bahwa 15-20% kematian ibu karena retensio plasenta dan insidennya adalah 0,81,2% untuk setiap kelahiran. Dibandingkan dengan resiko-resiko lain dari ibu bersalin, perdarahan post partum dimana retensio plasenta salah satu penyebabnya dapat mengancam jiwa dimana ibu dengan perdarahan yang hebat akan cepat meninggal jika tidak mendapat perawatan medis yang tepat.Perdarahan postpartum adalah perdarahan lebih dari 500 600 cc selama 24 jam setelah anak lahir. Perdarahan bertanggung

jawab atas 28% kematian ibu, salah satu penyebab kematian ibu sebagian besar kasus perdarahan dalam masa nifas yang terjadi karena retensio plasenta, sehingga perlu dilakukan upaya penanganan yang baik dan benar yang dapat diwujudkan dengan upaya peningkatan keterampilan tenaga kesehatan khususnya dalam pertolongan persalinan, peningkatan manajemen Pelayanan Obstetric Neonatal Emergensi Dasar dan Pelayanan Obstetric Neonatal Emergensi Komprehensif, ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan yang merupakan prioritas dalam pembangunan sektor kesehatan guna pencapaian target MDG'ada kejadian retensio plasenta atau palsenta tidak keluar dalam waktu 30 menit tenaga kesehatan dapat melakukan tindakan manual plasentayaitu tindakan untuk mengeluarkan atau melepas plasenta secara manual.

Kematian maternal diperkirakan sebesar 99% terjadi di negara berkembang dan 37–90% dari kematian tersebut dapat dicegah, yang artinya jika ibu mendapat pertolongan atau datang ke fasilitas kesehatan pada saat yang tepat dan langsung mendapatkan perawatan yang memadai, maka kematian tersebut dapat dihindari. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Merali, dinyatakan bahwa terdapat 42 faktor penyebab kematian maternal yang dapat dicegah, yang dikategorikan menjadi empat kategori: faktor yang berkaitan dengan petugas kesehatan menjadi faktor utama (66,7%), faktor yang berhubungan dengan pasien (14,3%), faktor administrasi/sarana prasarana (11,9%), dan faktor transportasi/rujukan (7,1%) (Merali, 2014). Faktor yang berkaitan dengan petugas kesehatan terutama disebabkan oleh perawatan di bawah standar yang diberikan dan diperkirakan berkontribusi sebanyak 28,5% terhadap kematian maternal; faktor pasien meliputi

karakteristik pasien, seperti: usia, jarak kelahiran, paritas, pendidikan, perilaku sehat seperti kunjungan ANC dan penggunaan alat kontrasepsi; dan ketepatan dalam mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan; faktor sarana prasarana/administrasi lebih kepada kurangnya persediaan darah, kekurangan obat dan peralatan medis; dan faktor rujukan sangat berkaitan dengan kurangnya transportasi menuju fasilitas kesehatan yang dipengaruhi oleh wilayah tempat tinggal, letak geografis, serta akses menuju fasilitas kesehatan (Merali, 2014).

Rujukan kesehatan merupakan salah satu bagian penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan rujukan yang tidak cepat dan tepat dapat berkontribusi terhadap terjadinya kematian maternal. Sistem rujukan mengatur dari mana dan harus kemana seseorang dengan gangguan kesehatan tertentu memeriksakan penyakitnya. Namun, di Indonesia sering terjadi ketimpangan di masyarakat di mana pemahaman masyarakat mengenai alur rujukan masih terbilang rendah sehingga sebagian dari mereka terlambat dalam menerima pelayanan kesehatan. Thaddeus dan Maine mengaitkan penyebab kematian maternal dengan Tiga Terlambat, yaitu terlambat dalam mengenali tanda bahaya dan terlambat mengambil keputusan untuk mencari pertolongan, terlambat dalam mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat menerima pelayanan kesehatan yang memadai setibanya di tempat rujukan (Lim, 2016 dan Pacagnella, 2012).

Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk menurunkan kematian maternal, di antaranya Gerakan Sayang Ibu, Making Pregnancy Safer, Desa Siaga, Jampersal, PONED, PONEK, dan terakhir adalah program EMAS (2012-2016) yang berfokus pada penguatan sistem rujukan yang efektif dan

efisien di rumah sakit dan puskesmas, namun program-program tersebut belum mampu menurunkan kematian maternal secara signifikan (USAID, 2016). Kasus kematian maternal juga masih menjadi permasalahan di Jawa Barat. Pada tahun 2014, kasus kematian maternal berada pada peringkat ketiga teratas di Indonesia, yaitu sebanyak 748 kasus dan mengalami peningkatan pada tahun 2015 menjadi 823 kasus. Penyebab tertinggi masih disebabkan oleh HDK (31%), perdarahan (30%), dan infeksi (6%) (Dinkes Prov Jabar, 2014). Semua kematian maternal seharusnya dicatat dan dilaporkan secara lengkap oleh sistem registrasi vital/sipil. Dari sistem yang sudah ada, belum ada yang dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang potensial dapat dicegah. Jika faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kematian maternal dapat diidentifikasi, seharusnya kematian maternal dapat dihindarkan. Faktor yang menyebabkan tidak tercatat/terlaporkannya kematian maternal di antaranya adalah faktor kebijakan, faktor sumber daya manusia (SDM), dan faktor biaya/honor (McCaw-Binns, 2014 dan Jentoft, 2014).

Kabupaten Garut merupakan salah satu kabupaten yang pada tahun 2014 lalu menduduki peringkat ke-6 sebagai penyumbang kasus kematian maternal tertinggi di Provinsi Jawa Barat dengan jumlah 45 kasus kematian. Berdasarkan studi pendahuluan, pada tahun 2014 masih terdapat 6 kasus kematian yang terjadi di rumah dan 7 kasus terjadi di perjalanan serta lebih dari 50% kasus terjadi di rumah sakit, yang menunjukkan bahwa proses rujukan belum berjalan dengan baik. Pada tahun 2015, dari 45 kasus kematian, 10 persalinan masih ditolong oleh paraji. Hal ini juga dikontibusi oleh tingkat pengetahuan ibu yang rendah, khususnya di bidang kesehatan dan permasalahan sosial ekonomi yang rata-rata

memang berada pada sosial ekonomi menengah ke bawah. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor penyebab kematian maternal yang seharusnya dapat dicegah di Kabupaten Garut, menganalisis faktor-faktor yang menghambat proses rujukan, serta menganalisis faktor-faktor yang berkaitan dengan pencatatan dan pelaporan kematian maternal di Kabupaten Garut.

Sesuai dengan Permenkes No. 1464/Menkes/Per/X/2010 yang menjadi landasan hukum pada asuhan kebidanan ibu bersalin kala III dengan Retensio Plasenta yaitu Pasal 16 ayat 1 yaitu Pelayanan ibu nifas abnormal yang mencakup penanganan pada retensio plasenta, renjatan dan infeksi ringan.

Setiap tahun sekitar 830 ibu meninggal akibat komplikasi pada saat kehamilan dan persalinan (Alkema, 2016). Kematian ibu yang paling banyak di dunia diakibatkan perdarahan sebanyak 27,1% dan lebih dari dua pertiga kematian disebabkan perdarahan postpartum (Say, 2014). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) juga menilai angka kematian ibu masih relatif tinggi di Indonesia. Perdarahan postpartum merupakan penyebab utama kematian ibu Kemenkes (RI, 2018).

Bedasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan yang dengan judul “ **ASUHAN PERSALINAN PADA NY. E USIA 35 TAHUN P3A0 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DAN ATONIA UTERI DI PUSKESMAS SELAAWI**”.

1.2 Rumusan Masalah

Bedasarkan latar belakang diatas maka dari karya tulis ilmiah ini adalah **”Bagaimana Asuhan Persalinan Ny.E Usia 35 tahun P3A0 Dengan Retensio Plasenta Dan Atonia Uteri Di puskesmas Selaawi Tahun 20023”**

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan aasuhan kebidanan pada Ny. E UMUR 35 tahun P3A0 dengan retensio plasenta dan atonia uteri di puskesmas selaawi. Tahun 20023 dengan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. E usia 35 tahun P3A0dengan Retensio Plasenta dan Atonia Uteri di Puskesmas Selaawi.
2. Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. E usia 35 tahun P3A0 dengan Retensio Plasenta dan Atonia Uteri di Puskesmas Selaawi.
3. Melakukan analisa pada asuhan kebidanan pada Ny. E usia 35 tahun P3AO dengan Retensio dan Plasenta Uteri di Puskemas Selaawi.
4. Melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. E usia 35 tahun P3A0 dengan Retensio plasenta dan Atonia uteri di Puskesmas Selaawi.
5. Melakukan pendokumentasi asuhan kebidanan pada Ny. E usia 35 tahun P3A0 dengan Rentensio plasenta dan Atonia uteri.

1.4 Metode Pengumpulan Data

Dalam penulisan kasus ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan melalui teknik:

1. Studi kepustakaan yaitu dengan mempelajari informasi-informasi yang berkaitan dengan topik kasus yang bersangkutan.
2. Observasi partisipasi yaitu dengan observasi dalam melakukan asuhan kebidanan secara langsung pada klien dan keluarga.
3. Wawancara yaitu mendapatkan data dengan cara bertanya kepada pasien, penulis juga melakukannya dengan petugas, klien dan keluarga.
4. Studi dokumentasi yaitu dengan melihat hasil catatan klien memeriksakan kehamilannya

1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian

A. Tempat

Tempat Pengkajian Asuhan kebidanan ini dilakukan di Puskesmas Selaawi.

B. Waktu

Waktu pengkajian dilakukan pada hari minggu tanggal 5 Maret 2023.

1.6 Manfaat

A. Bagi Mahasiswa

- a. Untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan pengalaman dalam pemberian asuhan kebidanan pada pasien dengan Retensio Plasenta dan Atonia Uteri.
- b. Menambah ketrampilan atau kemampuan kebidanan dalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien dengan Retensio Plasenta dan Atonia Uteri.

B. Bagi institusi

Sebagai bahan evaluasi sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam melakukan asuhan kebidanan pada pasien Retensio Plasenta dan Atonia uteri.

C. Bagi lahan praktik

Menjadi bahan untuk melakukan evaluasi dalam pelayanan, penegakan diagnosa dan pendokumentasian.

D. Bagi Klien

Dapat dijadikan sebagai media informasi dan motivasi bagi klien bahwa pemeriksaan dan pemantauan kesehatan sangat penting untuk mencegah dan mendeteksi dini komplikasi pada ibu bersalin dengan Retensio plasenta.

BAB II

TIJUAN TEORITIS

2.1 Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan Dengan Retensio Plasenta dan Atonia Uteri

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Diana, 2019). Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dengan adanya kontraksi rahim pada ibu. Prosedur secara ilmiah lahirnya bayi dan plasenta dari rahim melalui proses yang dimulai dengan terdapat kontraksi uterus yang menimbulkan terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran mulut rahim (Irawati, Muliani, & Arsyad, 2019).

Persalinan adalah suatu kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang kemudian, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin. Dalam proses persalinan dapat terjadi perubahan-perubahan fisik yaitu, ibu akan merasa sakit pinggang dan perut bahkan sering mendapatkan kesulitan dalam bernafas dan perubahan-perubahan psikis yaitu merasa takut kalau apabila terjadi bahaya atas dirinya pada saat persalinan, takut yang dihubungkan dengan pengalaman yang sudah lalu misalnya mengalami kesulitan pada persalinan yang lalu (Rinata, 2018).

Lebih dari separuh kematian ini terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan dan dikaitkan dengan jumlah perdarahan lebih dari 500 cc disebut Haemorarghia Post Partum (HPP). Menurut WHO, dari 275.000 wanita yang meninggal setiap tahun pada masa kehamilan dan persalinan, seperempat kematian terjadi karena postpartum primer pendarahan. Dengan demikian, perdarahan pascapartum primer tetap menjadi masalah kesehatan utama karena mayoritas kematian ibu (88%) terjadi dalam waktu empat jam setelah melahirkan meskipun persalinan sudah dalam pengelolaan manajemen aktif kala tiga persalinan (Gregory Edie Halle-Ekane et al., 2016).

Data kematian ibu di Indonesia juga mengalami peningkatan pada Tahun 2007 capaiannya 228/100.000 kelahiran hidup (KH) menjadi 359/100.000 KH tahun 2012. Tingginya capaian tersebut disebabkan oleh perdarahan (30,3%), hipertensi dalam kehamilan (27,1%), infeksi (7,3%), penyebab lain (35,3%) (Kemenkes RI, 2014). Angka kematian ibu (AKI) di Jawa Timur juga mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan AKI di Indonesia adalah 83/100.000 KH pada tahun 2008 sedangkan tahun 2012 bertambah pada angka 97,43/100.000 KH. Situasi ini tidak hanya terjadi pada tingkat provinsi saja namun juga terjadi pada tingkat kabupaten. Di Kabupaten Mojokerto, capaian AKI sebesar 117/100.000 KH pada tahun 2012 yang terus meningkat sebesar 174/100.000 KH tahun 2017.

Penyebab AKI di Kabupaten Mojokerto antara lain dikarenakan perdarahan pasca salin 35%, pre eklamsia 10% dan penyakit penyerta seperti sepsis, penyakit jantung, gagal ginjal kronis, kanker, TBC, emboli 55%. Perdarahan

post partum merupakan salah satu penyebab tertinggi kejadian AKI di seluruh dunia. Perdarahan post partum adalah keadaan dimana jumlah darah yang keluar setelah melahirkan baik dalam 24 jam pertama (primer) atau lebih dari 24 jam (sekunder) setelah melahirkan sebanyak lebih dari 500cc. Perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan disebabkan, robekan jalan lahir, atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan gangguan pembekuan darah (Yekti Satriyandari, 2017). Kematian ibu saat persalinan oleh perdarahan disebabkan oleh atonia uteri (50-60%), retensio plasenta (16-17%), sisa jaringan plasenta (23-24%), laserasi jalan lahir (4-5%), kelainan darah (0,5-0,8%) (Sugi Purwanti; Yuli Trisnawati, 2015).

Perdarahan post partum karena retensio plasenta adalah kondisi dimana plasenta tertahan dalam rahim dan belum keluar selama 30 menit setelah bersalin disebabkan uterus tidak berkontraksi dengan baik. Oleh karena itu, penting untuk mengetahui keadaan tipe perdarahan mana yang terjadi dan faktor risikonya terkait. Resiko meninggal akibat perdarahan post partum tidak hanya tergantung pada jumlah kehilangan darah, tetapi juga status kesehatan wanita. Sosial ekonomi, gaya hidup, malnutrisi sebagai hal yang tak terhindarkan dan tidak dapat diubah serta kecepatan dan ketepatan penanganan mempengaruhi keberhasilan penanganan dari pasien dengan haemorarghia post partum. Oleh karena itu penting sekali melakukan upaya untuk mencegah retensio plasenta pada persalinan melalui deteksi dini komplikasi kehamilan, persalinan dan penatalaksanaan manajemen aktif kala III dengan tepat dan benar. Penelitian ini memberikan gambaran tentang tanda retensio plasenta beserta penanganan untuk

mencegah perdarahan pasca salin yang bias dijadikan sumber literasi pada praktik asuhan kebidanan. Berdasarkan latar belakang diatas maka penelitian ini bertujuan untuk melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan retensio plasenta. menurut Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo.

2.1.2 Faktor - Faktor Retensio plasenta

Banyak faktor yang dapat menyebabkan perbedaan antara teori dan hasil penelitian karena masih banyak faktor penyebab lain yang menjadi pencetus terjadinya retensio plasenta seperti faktor penolong persalinan, anemia, riwayat kuretase, dan faktor lainnya Secara normal dengan adanya kontraksi uterus yang kuat biasanya pelepasan plasenta dapat terjadi dalam sekali atau dua kali kontraksi. Umumnya plasenta dapat terlepas dari implantasinya dalam waktu 15 menit pada lebih kurang 90% wanita dan dalam 30 menit pada kurang lebih 50% wanita (Bobak, 2012). Penting untuk segera memeriksa ukuran dan konsistensi fundus uteri setelah lahirnya bayi. Jika konsistensi uterus teraba keras dan tidak terjadi perdarahan yang berlebihan tunggu secara seksama hingga plasenta terlepas sendiri, tidak dianjurkan memijat uterus namun sering kali fundus dipalpasi untuk memeriksa bahwa tidak terjadi atonia uteri dan terisi dari akibat pelepasan plasenta (Cunninghamdkk, 2016).

Penolong persalinan sebaiknya tidak memberikan intervensi yang tidak berguna seperti pemijatan dan palpasi yang terlalu sering setelah lahirnya bayi. Penting untuk selalu memperhatikan tanda-tanda pelepasan plasenta seperti uterus menjadi globular, semburan darah secara tiba-tiba, dan tali pusat yang

memanjang. Tanda-tanda ini kadang kadang muncul dalam 1 menit dan biasanya 5 menit setelah lahirnya bayi. Ketika plasenta telah terlepas, pastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik. Anjurkan ibu untuk mengedan, dan tekanan intra abdominal dapat mendorong plasenta keluar secara adekuat (Thilagnathandkk, dikutip dalam Cunningham, 2016).

2.1.3 Tanda-tanda Persalinan

Menurut JNPK-KR tahun 2017 tanda dan gejala persalinan yaitu :

- a) Penipisan dan pembukaan serviks.
- b) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
- c) Cairan lendir bercampur darah (show) melalui vagina.

2.1.4 Jenis-jenis Persalinan

Menurut Kusumawardani (2019) jenis-jenis persalinan dibagi menjadi tiga, diantaranya:

1. Persalinan yang spontan adalah suatu proses persalinan secara langsung menggunakan kekuatan ibu sendiri.
2. Persalinan buatan adalah suatu proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan atau pertolongan dari luar, seperti: ekstraksi forceps (vakum) atau dilakukan operasi section caesarea (SC).
3. Persalinan anjuran adalah persalinan yang terjadi ketika bayi sudah cukup mampu bertahan hidup diluar rahim atau siap dilahirkan. Tetapi, dapat muncul

kesulitan dalam proses persalinan, sehingga membutuhkan bantuan rangsangan dengan pemberian pitocin atau prostaglandin (Kusumawardani, 2019)

2.1.5 Tahapan Persalinan

1. Persalinan Kala I

Menurut Girsang beberapa jam terakhir dalam kehamilan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir normal. Persalinan kala satu disebut juga sebagai proses pembukaan yang dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10cm) (Girsang, 2017).

Kala satu persalinan terdiri dari 2 fase, yaitu sebagai berikut.

1. Fase Laten Fase laten dimulai dari permulaan kontraksi uterus yang regular sampai terjadi dilatasi serviks yang mencapai ukuran diameter 3 cm. Fase ini berlangsung selama kurang lebih 6 jam. Pada fase ini dapat terjadi perpanjangan apabila ada ibu yang mendapatkan analgesic atau sedasi berat selama persalinan. Pada fase ini terjadi akan terjadi ketidaknyamanan akibat nyeri yang berlangsung secara terus- menerus.
2. Fase Aktif Selama fase aktif persalinan, dilatasi serviks terjadi lebih cepat, dimulai dari akhir fase laten dan berakhir dengan dilatasi serviks dengan diameter kurang lebih 4 cm sampai dengan 10 cm. Pada kondisi ini merupakan kondisi yang sangat sulit karena kebanyakan ibu merasakan ketidaknyamanan yang berlebih yang disertai kecemasan dan kegelisahan untuk menuju proses melahirkan.

2. Persalinan Kala II

Kala dua disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga bayi lahir. Proses ini berlangsung selama kurang lebih 2 jam pada ibu primigravida dan kurang lebih 1 jam pada ibu multigravida. Adapun tanda dan gejala yang muncul pada kala dua adalah sebagai berikut:

- a) Kontraksi (his) semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- b) Menjelang akhir kala satu, ketuban akan pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak dan tidak bisa dikontrol;
- c) Ketuban pecah pada pembukaan yang dideteksi lengkap dengan diikuti rasa ingin mengejan.
- d) Kontraksi dan mengejan akan membuat kepala bayi lebih terdorong menuju jalan lahir, sehingga kepala mulai muncul kepermukaan jalan lahir, sub occiput akan bertindak sebagai hipomoklion, kemudian bayi lahir secara berurutan dari ubun-ubun besar, dahi, hidung, muka, dan seluruhnya.(Girsang, 2017).

3. Persalinan Kala III

Kala tiga disebut juga kala persalinan plasenta. Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim;

- c) Tali pusat bertambah panjang;
- d) Terjadi perdarahan (adanya semburan darah secara tiba-tiba).
- e) Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu kurang lebih 6-15 menit setelah bayi lahir. Menurut (Girsang, 2017).

4. Persalinan Kala IV

Kala empat adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan plasenta lahir yang bertujuan untuk mengobservasi persalinan terutama mengamati keadaan ibu terhadap bahaya perdarahan postpartum. Pada kondisi normal tidak terjadi perdarahan pada daerah vagina atau organ setelah melahirkan plasenta. (Girsang, 2017).

2.2 Retensio plasenta

2.2.1 Definisi

Retensio plasenta merupakan keadaan plasenta yang belum dilahirkan atau keterlambatan pengeluaran plasenta setelah 30 menit bayi dikeluarkan dari rahim ibu. Plasenta harus segera dapat dilahirkan dalam waktu 30 menit supaya tidak terjadi perdarahan karena plasenta yang masih melekat pada dinding uterus menghambat efektifitas kontraksi. Selain itu juga jika terjadi retensio plasenta dan dilakukan penanganan dengan pengeluaran plasenta secara manual kemungkinan bisa mengakibatkan infeksi pasca salin, choriocarcinoma dan polip pada uterus (Harahap, 2016). Retensio plasenta dilihat dari penyebab meliputi retensio plasenta fungsional dan retensio plasenta patologi anatomi. Retensio plasenta fungsional karena his yang tidak adekuat sehingga plasenta

tidak mampu terlepas dari dinding rahim, bentuk plasenta membranasea dan anularis, plasenta berukuran lebih kecil dari normal. Retensio plasenta tipe patologi anatomi dikarenakan adanya kelainan dalam perlekatan plasenta yang disebut plasenta akreta, inkreta dan perkreta (Budiman, 2017).

2.2.2 Etiologi

Latifatulzahro (2020) menjelaskan bahwa retensio plasenta disebabkan oleh kontraksi yang kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesiva), atau perlekatan plasenta terlalu kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesiva), atau perlekatan plasenta terlalu kuat pada dinding uterus yang disebabkan oleh villi korialis menembus desidua sampai miometrium sampai di bawah peritoneum (plasenta akreta- perkreta). Plasenta yang sudah lepas tapi belum keluar disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena kesalahan penanganan mengalami kuretase, seksio sesarea maupun retensio plasenta akan berisiko 2 kali untuk mengalami retensio plasenta.

Kontraksi kurang kuat pada saat proses melahirkan disebabkan salah satunya karena kurangnya suplai oksigen. Kekurangan kadar haemoglobin dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang di bawa ke sel tubuh maupun sel otak dan uterus. Kandungan oksigen yang kurang dalam darah menjadikan otot-otot uterus tidak mampu berkontraksi secara adekuat yang akhirnya menyebabkan inersia uteri / gangguan his, partus lama dan atonia uteri yang kemudian mengakibatkan perdarahan banyak. Pengaruh anemia saat kehamilan dapat berupa abortus, persalinan prematur, perdarahan antepartum dan ketuban pecah dini. Pengaruh anemia saat persalinan dapat berupa

gangguan his, partus lama dan perdarahan karena atonia uteri. Selain itu bahaya anemia selama persalinan dapat menyebabkan gangguan his, kekuatan waktu mengejan, kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat terjadi partus terlantar, kala dua berlangsung lama, sehingga dapat melelahkan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan post partum karena atonia uteri, kala empat terjadi perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2013).

2.2.3 Patofisiologi.

Plasentasi normal dimulai dengan implantasi blastokista ke dalam endometrium ibu. Dalam persiapan implantasi ini, endometrium mengembangkan desidua di bawah pengaruh progesteron dan estrogen pada awal kehamilan. Saat blastokista menginvasi desidua ini, lapisan sel yang membentuk permukaan blastokista berkembang menjadi membran korionik. Sel sitotrofoblas berkembang biak dari membran korionik dan membentuk agregat berinti banyak yang disebut sel sinsitiotrofoblas. Sel-sel ini membentuk vili plasenta, memungkinkan pertukaran janin-ibu antara interaksi vili-desidua. Dengan melahirkan bayi, kaskade hormonal dan kontraksi uterus memungkinkan pemisahan lapisan-lapisan ini dan pengeluaran plasenta. Kesehatan Wanita Int J. 2019;

Retensi plasenta umumnya dikaitkan dengan salah satu dari tiga patofisiologi. Pertama, uterus atonik dengan kontraksi yang buruk dapat mencegah pemisahan normal dan pengeluaran plasenta secara kontraktil. Kedua, plasenta yang melekat secara abnormal atau invasif, seperti yang terlihat dengan

spektrum plasenta akreta (PAS), mungkin tidak dapat dipisahkan secara normal. Akhirnya, plasenta yang terpisah dapat terperangkap atau terperangkap karena penutupan serviks sebelum plasenta lahir. Gangguan hipoperfusi plasenta, seperti preeklampsia, dan infeksi juga telah diusulkan sebagai mekanisme retensi plasenta, meskipun sedikit yang diketahui tentang mekanisme spesifiknya. Kesehatan Wanita Int J. 2019;

2.2.4 Jenis-Jenis Retenso Plasenta

Jenis-jenis perlekatan plasenta yang abnormal yaitu (Saifudin, dkk., 2016):

a. Plasenta Adhesiva

Kegagalan mekanisme saporasi fisiologis yang disebabkan karena implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta.

b. Plasenta Akreta

Suatu keadaan implantasi jonjot korion plasenta yang kemudian memasuki sebagian lapisan myometrium sehingga menyebabkan plasenta tidak dapat dipisahkan dari dinding uterus baik sebagian maupun seluruhnya.

c. Plasenta Inkreta

Implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai/memasuki myometrium.

d. Plasenta Perkreta

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

e. *Plasenta* Inkarserata

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

2.2.5 Komplikasi

1. Infeksi rahim atau endometritis.
2. Subinvolusi uteri, yaitu kondisi ketika rahim tidak kembali ke ukuran normal setelah melahirkan.
3. Polip plasenta atau tumbuhnya jaringan tidak normal pada plasenta.

Kesehatan Wanita Int J. 2019;

2.2.6 Penatalaksanaan

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. u
- 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.

2.2.7 Kewenangan bidan

Bidan sebagai tenaga kesehatan memiliki kewenangan untuk penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan. Bidan diharapkan dapat mengidentifikasi kegawatdaruratan, melakukan penanganan awal dan melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan (rumah sakit) dengan tepat (Ningrum, 2015).

2.2.8 Pencegahan

Zat besi (Fe) berperan sebagai sebuah komponen yang membentuk *mioglobin*, yakni protein yang mendistribusikan oksigen menuju otot, membentuk enzim, dan kolagen. Selain itu, zat besi juga berperan bagi ketahanan tubuh. Tablet zat besi (Fe) penting untuk ibu hamil karena memiliki beberapa fungsi untuk menambah asupan nutrisi pada janin, mencegah anemia

defisiensi zat besi, mencegah pendarahan saat masa persalinan dan menurunkan.
(Kemenkes, 2018)

2.3 Manual Plasenta

Kadang-kadang, plasenta tidak segera terlepas. Suatu pertanyaan yang belum mendapat jawaban yang pasti adalah berapa lama waktu berlalu pada keadaan perdarahan sebelum plasenta harus dikeluarkan secara manual. Bidang obstetric secara tradisional membuat batas-batas durasi kala tiga secara agak ketat sebagai upaya untuk mendefinisikan retensio plasenta (abnormally retained placenta) sehingga perdarahan akibat terlalulambatnya pemisahan plasenta dapat dikurangi. Combs dan Laros (1991) meneliti 12.275 persalinan pervaginam tunggal dan melaporkan median durasi kalatiga adalah 6 menit, dan 3,3 persen berlangsung lebihdari 30 menit.(Prawirohardjo S, 2014) Diperkirakan insidensi dari perlengketan abnormalitas sekitar 1 dari 2000 hingga 1 dari 7000 persalinan.Plasenta akreta meliputi 80% dari keseluruhan perlengketan abnormal, plasenta inkreta 15 %, dan plasenta perkreta 5 %. Angka ini meningkat tajam dalam dua dekade terakhir, sejalan dengan angka seksio cesarean.(Rohani et al., 2016).

Manual plasenta adalah tindakan invasif dan, kadang memerlukan anestesia .Manula plasenta harus dilakukan sesuai indikasi dan oleh operator berpengalaman. Indikasi manual plasenta meliputi: retensio plasenta dan perdarahan banyak pada kala III yang tidak dapat dihentikan dengan uterotonika dan masase, suspek ruptur uterus, dan retensi sisa plasenta.(Joseph HK and M. Nugroho S, 2014)

Pelaksanaan :

1. Sebaiknya pelepasan plasenta secara manual dilakukan dalam narkosis, karena relaksasi otot memudahkan pelaksanaannya. Sebaiknya juga dipasang infus garam fisiologik sebelum tindakan dilakukan. Setelah memakai sarung tangan dan disinfeksi tangan dan vulva, termasuk daerah sekitarnya, maka labia dibeberkan dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan dimasukkan secara obstetrik ke dalam vagina.
2. Tangan kiri sekarang menahan fundus untuk mencegah kolpaporeksis. Tangan kanan dengan gerakan memutar-mutar menuju ostium uteri dan terus ke lokasi plasenta; tangan dalam ini menyusuri tali pusat agar tidak terjadi false route.
3. Supaya tali pusat mudah teraba, dapat diregangkan oleh asisten. Setelah tangan dalam sampai ke plasenta maka tangan tersebut pergi ke pinggir plasenta dan mencari bagian plasenta yang sudah lepas untuk menentukan bidang pelepasan yang tepat. Kemudian dengan sisi tangan sebelah kelingking plasenta dilepaskan pada bidang antara bagian plasenta yang sudah terlepas dan dinding rahim dengan gerakan yang sejajar dengan dinding rahim. Setelah seluruh plasenta terlepas, plasenta dipegang dan dengan perlahan-lahan ditarik ke luar.
4. Periksa cavum uterus untuk memastikan bahwa seluruh plasenta telah dikeluarkan.
5. Lakukan masase untuk memastikan kontraksi tonik uterus.
6. Setelah plasenta dilahirkan dan diperiksa bahwa plasenta lengkap, sementara kontraksi uterus belum baik segera dilakukan kompresi bimanual uterus dan

disuntikkan ergometrin 0,2 mg IM atau IV sampai kontraksi uterus baik. Pada retensio plasenta, risiko atonia uteri tinggi oleh karena itu harus segera dilakukan tindakan pencegahan perdarahan postpartum. Apabila kontraksi uterus tetap buruk setelah 15 detik, dilanjutkan dengan tindakan sesuai prosedur tindakan pada atonia uteri.

7. Kesulitan yang mungkin dijumpai pada manual plasenta ialah adanya lingkaran konstiksi, yang hanya dapat dilalui dengan dilatasi oleh tangan dalam secara perlahan-lahan dan dalam narkosis yang dalam. Lokasi plasenta pada dinding depan rahim juga sedikit lebih sukar dilepaskan daripada lokasi pada dinding belakang

2.3.1 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelepasan Plasenta

- a. Kelainan dari uterus sendiri, yaitu anomali dari uterus atau serviks kelemahan dan tidak efektifnya kontraksi uterus; kontraksi yang tetanik dari uterus; serta pembentukan constriction ring.
- b. Kelainan dari plasenta, misalnya plasenta letak rendah atau plasenta previa implantasi dan adanya plasenta akreta.
- c. Kesalahan manajemen kala tiga persalinan, seperti manipulasi dari uterus yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak ritmik pemberian uterotonik yang tidak tepat waktunya yang juga dapat menyebabkan serviks kontraksi dan menahan plasenta serta pemberian anestesi terutama yang melemahkan kontraksi uterus.

1. Gejala Klinis

- a. Anamnesis, meliputi pertanyaan tentang periode prenatal, meminta informasi mengenai episode perdarahan postpartum sebelumnya, paritas, serta riwayat multipel fetus dan polihidramnion. Serta riwayat pospartum sekarang dimana plasenta tidak lepas secara spontan atau timbul perdarahan aktif setelah bayi dilahirkan.
- b. pada pemeriksaan pervaginam, plasenta tidak ditemukan di dalam kanalis servikalis tetapi secara parsial atau lengkap menempel di dalam uterus.

2. Pemeriksaan Penunjang

- a. Hitung darah lengkap: untuk menentukan tingkat hemoglobin (Hb) dan hematokrit (Hct), melihat adanya trombositopenia, serta jumlah leukosit. Pada keadaan yang disertai dengan infeksi, leukosit biasanya meningkat.
- b. Menentukan adanya gangguan koagulasi dengan hitung protrombin time (PT) dan activated Partial Tromboplastin Time (aPTT) atau yang sederhana dengan Clotting Time (CT) atau Bleeding Time (BT). Ini penting untuk menyingkirkan perdarahan yang disebabkan oleh faktor lain.

3. Diagnosa Banding

Meliputi plasenta akreta, suatu plasenta abnormal yang melekat pada miometrium tanpa garis pembelahan fisiologis melalui garis spons desidua.

2.3.2 Penanganan

Sikap bidan menangani retensio plasenta. Penanganan retensio plasenta atau sebagian plasenta adalah:

- a. Resusitasi. Pemberian oksigen 100%. Pemasangan IV-line dengan kateter yang berdiameter besar serta pemberian cairan kristaloid (sodium klorida isotonik atau larutan ringer laktat yang hangat, apabila memungkinkan). Monitor jantung, nadi, tekanan darah dan saturasi oksigen. Transfusi darah apabila diperlukan yang dikonfirmasi dengan hasil pemeriksaan darah.
- b. Drips oksitosin (oxytocin drips) 20 IU dalam 500 ml larutan Ringer laktat atau NaCl 0.9% (normal saline) sampai uterus berkontraksi.
- c. Plasenta coba dilahirkan dengan Brandt Andrews, jika berhasil lanjutkan dengan drips oksitosin untuk mempertahankan uterus.
- d. Jika plasenta tidak lepas dicoba dengan tindakan manual plasenta. Indikasi manual plasenta adalah: Perdarahan pada kala tiga persalinan kurang lebih 400 cc, retensio plasenta setelah 30 menit anak lahir, setelah persalinan buatan yang sulit seperti forseps tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir, tali pusat putus.
- e. Jika tindakan manual plasenta tidak memungkinkan, jaringan dapat dikeluarkan dengan tang (cunam) abortus dilanjutkan kuret sisa plasenta. Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase. Kuretase harus dilakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.

- f. Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau per oral. Pemberian antibiotika apabila ada tanda-tanda infeksi dan untuk pencegahan infeksi sekunder. (Rohani et al.,2016)

2.3.3 Komplikasi manual plasenta

Komplikasi yang dapat terjadi meliputi:

- a. Komplikasi yang berhubungan dengan transfusi darah yang dilakukan.
- b. Multiple organ failure yang berhubungan dengan kolaps sirkulasi dan penurunan perfusi organ.
- c. Sepsis
- d. Kebutuhan terhadap histerektomi dan hilangnya potensi untuk memiliki anak selanjutnya.(Rohani et al.,2016)

2.3.4 Retensio plasenta dan manual plasenta

Plasenta manual merupakan tindakan operasi kebidanan untuk melahirkan retensio plasenta. Teknik operasi plasenta manual tidaklah sukar, tetapi harus dipikirkan bagaimana persiapan agar tindakan tersebut dapat menyelamatkan jiwa penderita.

Kejadian retensio plasenta berkaitan dengan:

1. Grandemultipara dengan implantasi plasenta dalam bentuk plasenta adhesive, plasenta akreta, plasenta inkreta dan plasenta perkreta.
2. Mengganggu kontraksi otot rahim dan menimbulkan perdarahan.
3. Retensio plasenta tanpa perdarahan dapat diperkirakan:
 - a. Darah penderita terlalu banyak hilang.
 - b. Keseimbangan baru berbentuk bekuan darah. sehingga perdarahan tidak terjadi.
 - c. Kemungkinan implantasi plasenta terlalu dalam.
4. Plasenta manual dengan segera dilakukan:
 - a. Terdapat riwayat perdarahan postpartum berulang.
 - b. Terjadi perdarahan postpartum melebihi 400 cc.
 - c. Pada pertolongan persalinan dengan narkosa.
 - d. Plasenta belum lahir setelah menunggu selama setengah jam. (Rohani et al.,2016)

2.4 Atonia Uteri

2.4.1 Definisi

Perdarahan postpartum adalah adalah perdarahan yang terjadi setelah bayi yang lahir melewati batas fisiologis normal. Secara fisiologis, seorang ibu yang melahirkan akan mengeluarkan darah sampai 500 ml tanpa menyebabkan gangguan homeostatis. Jumlah perdarahan dapat diukur menggunakan bengkok besar (1 bengkok = $\pm$ 500 cc). Oleh sebab itu, secara konvensional dikatakan bahwa perdarahan lebih dari 500 ml dikategorikan sebagai perdarahan

postpartum dan perdarahan mencapai 1000 ml secara kasat mata harus segera ditangani secara serius (Nurhayati, 2019).

Atonia uteri merupakan kondisi kegagalan uterus dalam berkontraksi dengan baik setelah persalinan. Perdarahan berat akibat atonia uteri sangat berbahaya karena selain dapat meningkatkan angka mortalitas maternal juga dapat meningkatkan angka morbiditas meliputi anemia berat yang menyebabkan ibu memerlukan transfusi darah, kurangnya perfusi jaringan sehingga terjadi kegagalan organ. Perdarahan pasca persalinan karena atonia uteri yang tidak ditangani dengan tepat bisa mengakibatkan syok dan menurunnya kesadaran akibat banyaknya darah yang keluar. Hal ini dapat menyebabkan gangguan sirkulasi darah ke seluruh tubuh dan dapat menyebabkan hipovolemik berat. (Satriyandari And Hariyati, 2017)

Atonia uteri dapat menyebabkan perdarahan, dampak dari perdarahan adalah kematian, terjadinya atonia uteri ini disebabkan karena serabut miometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta tidak berkontraksi. Sekitar (75-80%) perdarahan yang terjadi pada masa nifas diakibatkan atonia uteri (Nurchairina, 2017).

Berdasarkan Gabbe dan Wetta, faktor risiko perdarahan post partum terdiri dari tiga faktor, yaitu faktor ibu, faktor kehamilan dan faktor persalinan. Beberapa penelitian menjelaskan mengenai faktor risiko atonia uteri meliputi overdistensi uterus (kehamilan ganda, polihidramnion, makrosomia janin),

induksi persalinan, persalinan lama, usia ibu, paritas, preeklamsi, dan kala dua memanjang (Wetta, 2013).

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai setelah plasenta lahir). Fase dalam persalinan dimulai dari kala I yaitu serviks membuka kurang dari 4 cm sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala II dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala III persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Perdarahan postpartum terjadi setelah kala III persalinan selesai (Saifuddin, 2014)

Perdarahan postpartum ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus dan ini juga berbahaya karena akhirnya jumlah perdarahan menjadi banyak yang mengakibatkan wanita menjadi lemas dan juga jatuh dalam syok (Saifuddin, 2014).

2.4.2 Tanda dan gejala Atonia Uteri

Tanda gejala atonia uteri diantaranya perdarahan pervaginam, konsistensi Rahim lunak, fundus uteri naik dan terdapat tanda-tanda syok seperti nadi cepat (>199 x / menit), tekanan darah sangat rendah, keringat dingin, pernafasan cepat (>30 x/menit), (manuaba, 2014)

2.4.3 Jenis jenis Perdarahan

Perdarahan postpartum dibagi menjadi dua, yaitu perdarahan postpartum primer dini dan perdarahan postpartum sekunder/lanjut.

- a. Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir, dan inversio uteri.
- b. Perdarahan postpartum sekunder yaitu perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal (Manuaba, 2014).

2.4.2 Etiologi

Perdarahan postpartum disebabkan oleh banyak faktor. Beberapa faktor predisposisi adalah anemia, yang berdasarkan prevalensi di negara berkembang merupakan penyebab yang paling bermakna. Penyebab perdarahan postpartum paling sering adalah atonia uteri serta retensio plasenta, penyebab lain kadang-kadang adalah laserasi serviks atau vagina, ruptur uteri, dan inversi uteri (Saifuddin, 2014).

Retensio plasenta, seluruh atau sebagian, lobus succenturiata, sebuah kotiledon, atau suatu fragmen plasenta dapat menyebabkan perdarahan plasenta akpostpartum. Retensio plasenta dapat disebabkan adanya plasenta akreta, perkreta dan inkreta. Faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta

adalah plasenta previa, bekas seksio sesarea, pernah kuret berulang, dan multiparitas (Saifuddin, 2014).

a. Thrombophilia (Kelainan Perdarahan)

Afibrinogenemia atau hipofibrinogenemia dapat terjadi setelah abruption placenta, retensio janin-mati yang lama di dalam rahim, dan pada emboli cairan ketuban. Kegagalan mekanisme pembekuan darah menyebabkan perdarahan yang tidak dapat dihentikan dengan tindakan yang biasanya dipakai untuk mengendalikan perdarahan. Secara etiologi bahan thromboplastik yang timbul dari degenerasi dan autolisis decidua serta placenta dapat memasuki sirkulasi maternal dan menimbulkan koagulasi intravaskuler serta penurunan fibrinogen yang beredar (Oxorn, 2010).

2.4.3 Penatalaksanaan Penanganan Pasien Dengan Pendarahn Post Partum

Memiliki dua komponen utama yaitu resusitasi dan pengelolaan perdarahan obstetri yang mungkin disertai syok hipovolemik dan identifikasi serta pengelolaan penyebab dari perdarahan. Keberhasilan pengelolaan perdarahan postpartum mengharuskan kedua komponen secara simultan dan sistematis ditangani (Edhi, 2013).

Penggunaan uterotonika (oksitosin saja sebagai pilihan pertama) memainkan peran sentral dalam penatalaksanaan perdarahan postpartum. Pijat rahim disarankan segera setelah diagnosis dan resusitasi cairan kristaloid isotonik juga dianjurkan. Penggunaan asam traneksamat disarankan pada kasus perdarahan yang sulit diatasi atau perdarahan tetap terkait trauma. Jika terdapat

perdarahan yang terus menerus dan sumber perdarahan diketahui, embolisasi arteri uterus harus dipertimbangkan. Jika kala tiga berlangsung lebih dari 30 menit, peregang tali pusat terkendali dan pemberian oksitosin (10 IU) IV/IM dapat digunakan untuk menangani retensio plasenta. Jika perdarahan berlanjut, meskipun penanganan dengan uterotonika dan intervensi konservatif lainnya telah dilakukan, intervensi bedah harus dilakukan tanpa penundaan lebih lanjut (WHO, 2012).

2.4.4 Faktor Predisposisi

Faktor yang mempengaruhi perdarahan post partum adalah:

a. Usia

Wanita yang melahirkan anak pada usia lebih dari 35 tahun merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan post partum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal (Saifuddin, 2014).

b. Paritas

Salah satu penyebab perdarahan postpartum adalah multiparitas. Paritas menunjukan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan. Primipara adalah seorang yang telah pernah melahirkan satu kali satu janin atau lebih yang telah mencapai batas viabilitas, oleh karena itu berakhirnya setiap kehamilan melewati tahap abortus memberikan paritas pada ibu. Seorang multipara adalah seorang wanita yang telah menyelesaikan dua atau lebih kehamilan hingga viabilitas. Hal yang

menentukan paritas adalah jumlah kehamilan yang mencapai viabilitas, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Paritas tidak lebih besar jika wanita yang 23 bersangkutan melahirkan satu janin, janin kembar, atau janin kembar lima, juga tidak lebih rendah jika janinnya lahir mati. Uterus yang telah melahirkan banyak anak, cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala persalinan (Saifuddin, 2014).

c. Anemia dalam kehamilan

Anemia adalah suatu keadaan yang ditandai dengan penurunan nilai hemoglobin dibawah nilai normal, dikatakan anemia jika kadar hemoglobin kurang dari 11g/dL. Kekurangan hemoglobin dalam darah dapat menyebabkan komplikasi lebih serius bagi ibu baik dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Oksigen yang kurang pada uterus akan menyebabkan otot-otot uterus tidak berkontraksi dengan adekuat sehingga dapat timbul atonia uteri yang mengakibatkan perdarahan post partum (Manuaba, 2014).

d. Riwayat persalinan

Riwayat persalinan dimasa lampau sangat berhubungan dengan hasil kehamilan dan persalinan berikutnya. Bila riwayat persalinan yang lalu buruk petugas harus waspada terhadap terjadinya komplikasi dalam persalinan yang akan berlangsung. Riwayat persalinan buruk ini dapat berupa abortus, kematian janin, eklampsi dan preeklampsi, sectio caesarea, persalinan sulit atau lama, janin besar, infeksi dan pernah mengalami perdarahan antepartum dan postpartum. (Manuaba, 2014)

e. Bayi makrosomia

Bayi besar adalah bayi lahir yang beratnya lebih dari 4000 gram. Menurut kepustakaan bayi yang besar baru dapat menimbulkan dystosia kalau beratnya melebihi 4500 gram. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Karena regangan dinding rahim oleh anak yang sangat besar dapat menimbulkan inertia dan kemungkinan perdarahan postpartum lebih besar. (Manuaba, 2014).

f. Kehamilan ganda

Kehamilan ganda dapat menyebabkan uterus terlalu meregang, dengan overdistensi tersebut dapat menyebabkan uterus atonik atau perdarahan yang berasal dari letak plasenta akibat ketidak mampuan uterus berkontraksi dengan baik. (Manuaba, 2014).

2.5 Paritas

Paritas adalah banyaknya persalinan yang dialami seorang wanita yang melahirkan bayi yang dapat hidup. Kehamilan lebih dari satu kali atau yang termasuk multiparitas memiliki risiko lebih tinggi terjadi perdarahan pasca persalinan dibandingkan dengan ibu-ibu primigravida (Rifdiani, 2016).

Ibu yang paritas >3 beresiko mengalami perdarahan pasca persalinan dibandingkan ibu yang paritasnya 2-3. Ibu dengan paritas >3 diyakini mendahului terjadinya perdarahan pasca persalinan. Paritas mempunyai pengaruh terhadap kejadian perdarahan pasca persalinan karena pada setiap kehamilan dan persalinan terjadi perubahan pada serabut otot di uterus yang dapat menurunkan kemampuan uterus untuk berkontraksi sehingga sulit untuk melakukan penekanan pada pembuluh-pembuluh darah yang membuka setelah lepasnya plasenta. Risiko

terjadinya perdarahan pasca persalinan akan meningkat setelah persalinan ketiga atau lebih yang mengakibatkan terjadinya perdarahan pasca persalinan (Megasari, 2013)

Dengan bertambahnya paritas, akan semakin banyak jaringan ikat pada uterus sehingga kemampuan untuk berkontraksi semakin menurun akibatnya sulit melakukan penekanan pada pembuluh-pembuluh darah yang terbuka setelah terlepasnya plasenta. Selain itu, juga terjadi kemunduran dan cacat pada endometrium yang mengakibatkan terjadinya fibrosis pada bekas implantasi plasenta sehingga vaskularisasi dapat berkurang. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan janin, plasenta mengadakan perluasan implantasi dan vili khorialis menembus dinding uterus lebih dalam lagi sehingga dapat terjadi retensio plasenta adesiva hingga perkreta (Friyandini, 2015)

Pada grande multiparitas, terjadi involusi endometrium berulang, sehingga memungkinkan untuk terjadinya defek minor medium, yang berakibat pada berkurangnya serabut miometrium sehingga persalinan pada grandemultiparitas cenderung mengalami atonia uteri. Selain itu akibat berkurangnya serabut miometrium maka pada grandemultiparitas elastisitas miometrium akan berkurang sehingga memudahkan untuk terjadinya ruptura uteri (Friyandini, 2015).

Multiparitas dan grandemultiparitas merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan pasca persalinan, akibat kelemahan dan kelelahan endometrium. Namun apabila dalam pertolongan persalinan diberikan uterotonika segera setelah persalinan atau pada saat awal kala III sehingga persalinan plasenta dipercepat dan terjadi kontraksi uterus, maka perdarahan postpartum tidak akan terjadi

(Friyandini, 2015). Berdasarkan jumlahnya, maka paritas seorang perempuan dapat dibedakan menjadi:

a. Nullipara

Nullipara adalah perempuan yang belum pernah melahirkan anak sama sekali.

b. Primipara

Primipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak yang cukup besar untuk hidup didunia luar.

c. Multipara

Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan anak lebih dari satu kali yang cukup besar untuk hidup didunia luar.

d. Grande multipara

Grande multipara adalah perempuan yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dari biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2014).

2.6 Pencegahan Atonia Uteri

Pemberian oksitosin rutin pada kala III dapat mengurangi risiko perdarahan postpartum lebih dari 40%, dan juga dapat mengurangi kebutuhan obat tersebut sebagai terapi. Manajemen aktif kala III dapat mengurangi perdarahan dalam persalinan, anemia dan kebutuhan transfuse darah (Hidayat, 2014).

Kegunaan utama oksitosin sebagai pencegahan atonia uteri yaitu onset yang cepat, tidak menyebabkan kenaikan tekanan darah seperti ergometrin. Pemberian oksitosin paling bermanfaat untuk mencegah atonia uteri. Pada manajemen kala III harus diberikan oksitosin setelah bayi lahir. Aktif protokol yaitu pemberian 10 unit IM, 5 unit IV bolus atau 10-20 unit per liter IV drip 100-150 cc/ jam (Hidayat, 20015).

Penatalaksanaan Atonia Uteri Jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (masase) fundus uteri maka patut di duga telah terjadi atonia uteri.

Segera lakukan Kompresi Bimanual Interna :

- a. Pakai sarung tangan DTT/steril, kemudian secara hati-hati masukkan satu tangan secara obstetrik menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus kedalam vagina.
 - b. Periksa vagina dan serviks jika ada bekuan darah pada kavum uteri maka segera keluarkan karena kondisi ini dapat menyebabkan uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif.
 - c. Setelah melewati introitus dan berada di dalam vagina maka kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada forniks anterior. Dengan dataran jari-jari tangan dalam, tekan dinding anterior segmen bawah uterus ke arah tangan luar sedang sedang mendorong dinding posterior uterus kearah depan sehingga uterus di jepit dari arah depan dan belakang.
 - d. Aplikasikan tekanan yang kuat pada uterus di antara kedua tangan.
- Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang

berjalan diantara miometrium dan juga merangsang miometrium untuk segera berkontraksi.

2.6.1 Evaluasi keberhasilan :

- a. Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan melakukan KBI selama dua menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dan panatu ibu secar melekat selama kala IV.
- b. Jika uterus erkontraksi tapi perdarahan masih berlangsung, periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah terjadi laserasi. Jika demikian, segera lakukan penjahitan untuk menghentikan perdarahan.

Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksterna (KBE). (Hidayat, 20015).

2.7 NIFAS

Masa nifas adalah masa pemulihan paska persalinan hingga seluruh organ reproduksi wanita pulih kembali sebelum kehamilan berikutnya. Masa nifas ini berlangsung sekitar 6-8 minggu paska persalinan. Hal-hal yang perlu diperhatikan saat masa nifas antara lain, suhu, pengeluaran lochea, payudara, traktur urinarius, dan sistem kardiovaskuler. Selain dari segi klinik ibu, kondisi kejiwaan ibu paska persalinan juga harus selalu dipantau dan diberi dukungan. Tak jarang kondisi kejiwaan ini disepelekan dan menjadi salah satu faktor menurunnya kondisi ibu paska persalinan yang berujung pada kematian, seperti kisah RA Kartini. Di Indonesia pada tahun 2015 tercatat sebanyak 305 ibu meninggal dalam masa nifas tiap 100.000 kelahiran. Berbagai pelayanan dan pelatihan perawatan paska persalinan, utamanya pada masa nifas gencar dilakukan oleh kementrian

kesehatan maupun berbagai fasilitas kesehatan, harapannya perlahan tapi pasti AKI di Indonesia bisa diturunkan.

Melakukan kontrol kunjungan minimal 4 kali, yaitu pada 6 jam, 6 hari, 2 minggu, dan 6 minggu setelah persalinan. Memeriksa tekanan darah, perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperatur secara rutin. Menilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah, dan nyeri punggung

Pastikan kondisi psikologis ibu baik. Bagaimana suasana emosinya, pastikan mendapat dukungan dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya, mendapatkan vaksin tetanus bila perlu memberikan edukasi untuk menemui dokter jika terjadi perdarahan berlebihan, sekret vagina berbau, demam, nyeri perut berat, kelelahan atau sesak, bengkak di wajah dan alat gerak, serta payudara terasa nyeri atau bengkak.

Kondisi klinis ibu yang perlu diperhatikan selama masa nifas antara lain suhu, tidak boleh mengalami peningkatan hingga lebih dari 38°C. Bila terjadi selama 2 hari berturut-turut curigai adanya infeksi dan ibu dianjurkan segera ke dokter. Amati perubahan payudara, apakah lebih nyeri, kencang, atau membengkak meski sudah digunakan untuk menyusui. Bila hal tersebut terjadi segera menuju dokter atau fasilitas kesehatan terdekat. Selain itu buang air kecil sering dirasa sulit pada 24 jam pertama karena mengalami kompresi antara kepala bayi dan tulang pubis ibu selama persalinan. Nilai Hb, hematokrit, dan eritrosit akan mengalami naik-turun/ fluktuatif pada 1-2 minggu paska persalinan. Namun bila nilainya menurun

cukup jauh dari batas normal setelah beberapa hari persalinan ibu dianjurkan segera menemui dokter atau menuju ke fasilitas kesehatan terdekat.

Selain kondisi klinis dan psikologi ibu berbagai hal lain juga perlu diperhatikan seperti kebersihan diri, istirahat yang cukup, latihan atau olah raga khususnya pada bagian otot perut, asupan gizi, dan juga cara menyusui serta merawat payudara selama masa nifas. Selain itu edukasi terkait kapan senggama aman dilakukan paska persalinan dan perencanaan kehamilan berikutnya serta penggunaan alat kontrasepsi (Martadisoebrata, 2012).

2.7.1 Tahapan - Tahapan Masa Nifas

Menurut Wulandari (2020) Ada beberapa tahapan yang di alami oleh

- a. Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan
- b. Early puerperium, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6-minggu
- c. Later puerperium, yaitu waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu minggu, bulan dan tahun.

2.7.2 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas sangat diperlukan untuk mendeteksi dini komplikasi pada masa nifas, komplikasi pada masa nifas. Terdapat beberapa komplikasi pada masa nifas yang dapat menyumbangkan AKI, diantaranya Perdarahan

pascasalin kala III merupakan penyebab utama kematian ibu. Namun dengan meningkatnya persediaan darah dan system rujukan dalam dua dekade terakhir, infeksi nifas menjadi lebih menonjol sebagai penyebab kematian dan morbiditas ibu. Infeksi nifas merupakan infeksi luka jalan lahir pascasalin, terutama dari indometrium bekas insersi dan merupakan gejala penting (Martadisoebrata, 2012).

2.7.3 Infeksi Pada Masa Nifas

Selain itu, Infeksi masa nifas merupakan infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi 38°C tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama dua hari. Tanda infeksi seperti mengalami demam tinggi dan cairan nifas yang keluar dari mulut rahim berbau busuk. Setelah persalinan, terjadi beberapa perubahan penting diantaranya makin meningkatnya pembekuan urine untuk mengurangi hemodilusi darah, terjadi penyerapan beberapa bahan tertentu melalui pembuluh darah vena sehingga terjadi peningkatan suhu badan sekitar 0.5°C yang bukan merupakan keadaan yang patologis atau menyimpang pada hari pertama. Perlukaan karena persalinan tempat masuknya kuman didalam tubuh, sehingga menimbulkan infeksi pada kala nifas (Nugroho, 2011).

2.7.4 Langkah-langkah (7langkah Varney)

1. Langkah I : Tahap pengumpulan data dasar.

Tahap ini merupakan tahap pengumpulan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien yang meliputi data subjektif, objektif, dan hasil pemeriksaan.

2. Langkah II : Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

3. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganan. Tahap ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi, langkah ini membutuhkan antisipasi, bila kemungkinan dilakukan pencegahan.

4. Langkah IV : Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, untuk melakukan konsultasi, kolaborasi, dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi ibu. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan, jadi manajemen bukan hanya selama asuhan periodik atau 30 kunjungan perinatal saja, tetapi selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus.

5. Langkah V : Penyusunan rencana asuhan yang menyeluruh pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah

langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

6. Langkah VI : Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien, dengan aman, langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah V dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagai klien atau anggota tim kesehatan lainnya.
7. Langkah VII : Mengevaluasi Pada langkah ini dilakukan evaluasi efektifitas dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi ke dalam diagnosa dan masalah. (Varney,2013).

2.8 Model Pendokumentasian

S : SUBJEKTIF

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui Anamnesa.

O : OBJEKTIF

Menggambarkan hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium dan tes diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung anamnesa.

A : ANALISA

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi :

a. Diagnosa/masalah.

b. Antisipasi diagnosa lain.

P : PENATALAKSANAAN

Menggambarkan pendokumentasian dari erencanaan dan evaluasi berdasarkan analisa (Rukiyah,2010)

BAB III

TINJUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Pada Ny. E Usia 35 Dengan

Retensio plasenta

Nama Pengakji : Siti Hanun Anayah

Tanggal Pengkajian : 5 Maret 2023

Jam Pengkajian : 20:00

Tempat : puskesmas selaawi

A. DATA SUBYEKTIF

1. Identitas

Nama Istri	:Ny.E	Nama Suami	:Tn.A
Umur	:35 Tahun	Umur	:39 tahun
Agama	:Islam	Agama	: Islam
Suku/Bangsa	:Sunda	Suku/Bangsa	: Sunda
Pendidikan	:SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	:IRT	Pekerjaan	:PETANI
Alamat	:kp.cibingbing	Alamat	:kp.cibingbing

2. Alasan Datang

Ibu mengatakan ingin memeriksa kehamilan

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan hamil 9 bulan dan merasakan mules sejak pukul 14.00 sebelum 6 jam datang ke puskesmas ibu sudah mengeluarkan lendir bercampur darah tetapi tidak mengeluarkan air yang banyak gerak janin masih bisa dirasakan.

4. Riwayat menstruasi

Ibu menarche usia 13 tahun, lamanya 7 hari siklus 28 hari teratur, banyaknya mengganti pembalut 2-3x/hari, kadang ada keluhan saat menstruasi seperti nyeri haid pada hari pertama.

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

Ibu mengatakan ini adalah kehamilan yang ketiga, anak yang pertama lahir di bidan dengan berat badan 2800 gr jenis kelamin laki laki 15 tahun ,anak kedua lahir dirumah ditolong oleh paraji dengan berat badan 3000 gr jenis kelamin laki laki terjadi komplikasi pendarahan, umur anak sekarang 9 tahun.

6. Riwayat kehamilan sekarang

18-05-2022 dengan TP 25-02-2023 , pemeriksaan kehamilan teratur ke BPM, posyandu dan puskesmas sebanyak $\pm$ 8 kali, ibu juga telah mendapatkan imunisasi TT sebanyak 3 kali. Gerakan janin pertama kali dirasakan kurang lebih usia kehamilan 4 bulan (16 minggu) gerakan aktif > 10 kali gerak. Tidak ada obat-obatan yang dikonsumsi selain obat yang diberikan oleh bidan yaitu tablet Fe sebanyak 90 tablet, ibu sudah memakan kurang lebih 80 tablet

7. Riwayat kontrasepsi

Ibu sebelumnya menggunakan kb suntik yang tiga bulan selama 9 tahun alasan berhenti ingin mempunyai anak lagi.

8. Riwayat Kesehatan ibu dan keluarga

Ibu, suami dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit menular, menurun ataupun menahun seperti jantung, malaria, HIV/AIDS, dan tidak pernah dilakukan operasi yang berhubungan dengan organ reproduksi.

9. Pola Kebutuhan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Makan 2-3x sehari dengan menu bervariasi lauk-pauk, sayuran, buah-buahan, dengan porsi sedang. Minum 7-8 gelas air putih sehari. Evaluasi: makan dan minum terakhir 1 sampai 2 jam sebelum berangkat ke puskesmas.

b. Pola Eliminasi

BAB 1-2x sehari BAK 6-7x sehari tidak ada keluhan. Evaluasi: BAK terakhir 1 jam sebelum berangkat ke puskesmas.

c. Pola Aktivitas

Ibu melakukan pekerjaan rumah ringan seperti menyapu, mengepel, dan mencuci.

d. Pola Istirahat

Tidur malam $\pm$ 6-7 jam, tidak ada keluhan selama tidur. Tidur siang $\pm$ 1-2 jam. Evaluasi: tidur terakhir ibu kurang lebih 1-2 jam

e. Personal Hygiene

Mandi 2 kali sehari, keramas 2 hari sekali, ganti baju 2 kali sehari, ganti celana dalam jika merasa lembab.

10. Pola Hubungan Seksual

Ibu mengatakan kurang lebih 2-3 hari yang lalu melakukan hubungan dengan suami.

11. Personal Spiritual

Dukungan keluarga, Keluarga merasa senang dan menerima kehamilan ibu.

12. Pengambilan Keputusan

Suami

13. Rencana Bersalin

Ibu mengatakan rencana bersalin dipuskesmas.

B. DATA OBJEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Baik Kesadaran : Composmentis

b) Tanda-tanda Vital TD : 120/80mmHg N : 84x/menit R : 24x/menit S :
36,5°C

c) Antropometri

BB Sekarang : 63kg BB sebelum hamil : 55kg

Kenaikan berat badan : 8kg IMT.

Tinggi badan : 154cm

LILA : 27cm

Lingkar Perut : 102cm

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Tidak ada benjolan, tidak ada kelainan.
- b) Wajah : Tidak ada oedema, tidak pucat.
- c) Mata : Konjungtiva merah muda, sclera bersih.
- d) Hidung : Tidak ada sekret.
- e) Mulut : Bibir lembab, lidah bersih, tidak ada caries gigi.
- f) Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan limfe.
- g) Payudara : Puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar.
- h) Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi TFU : 29 cm. (Mc.Donald).

Leopold I : Dibagian fundus ibu teraba bulat lunak tidak melenting (Bokong).

Leopold II : Dibagian kiri ibu teraba keras memanjang (Punggung) dan dibagian kanan ibu teraba bagian bagian kecil (Ektremias). 37

Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting (Kepala), sudah masuk pintu atas panggul (PAP)

Leopold IV : Divergen 4/5 DJJ : 144x/ menit (reguler). HIS : 1-2x10'20"

Genetalia : vulva/vagina tidak ada kelainan portio tebal lunak ø 2cm, ketuban (+), presentasi kepala, penurunan kepala, H 1.

- i) Ekstermitas : Ekstremitas atas dan bawah tidak oedema, tidak varises, refleks patella (+/+).

3. Pemeriksaan Penunjang

HB	: 12,9g/dl	HBSAg	: (-) NEGATIF
HIV	: (-) NEGATIF	Sifilis	: (-) NEGATIF
Golongan darah	: A	Protein Urine	: (-) NEGATIF

Swab Covid : (-) NEGATIF

Tes Lakmus : (-)NEGATIF

C. ANALISA

G3P2A0 gravida 40-41 minggu kala 1 fase laten.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bahwa ada sedikit kemajuan pembukaan.

Evaluasi: ibu dan keluarga mengetahui keadaannya.

2. Mengajarkan ibu teknik relaksasi

Evaluasi: ibu merasa nyaman.

3. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum lagi agar tidak kehilangan tenaga.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran.

4. Menganjurkan ibu untuk miring kiri dan memposisikan ibu agar ibu merasa nyaman.

Evaluasi : ibu bersedia miring kiri dan merasa bahwa posisi tersebut membuat ibu nyaman.

3.1.1 Asuhan Persalinan Kala II

Tanggal : 5, maret 2023

Jam : 00:05

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengeluh mulasnya semakin bertambah dan rasa ingin meneran.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda-tanda Vital

 TD : 120/90 mmHg N : 86x/m R : 22x/m S : 36,6°C
4. Auskultasi : DJJ 149x/menit (reguler)
5. HIS : 5x10'x50"
6. Genetalia Vulva vagina : Tidak ada kelainan

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm lengkap

Ketuban : (+) (positif)

Presentasi : Kepala Hodge : III

C. ANALISA

G1P2A0 Gravida 40-41 minggu Inpartu Kala II janin tunggal hidup,

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan kepada ibu

 Evaluasi: ibu dan keluarga mengerti dan juga mengetahui keadaannya.
2. Menganjurkan ibu untuk mengatur nafas pada saat persalinan.

 Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang disarankan.
3. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi pada saat persalinan

 Evaluasi: ibu memilih posisi litotomi.

4. Memimpin ibu untuk mengedan, bayi lahir spontan pukul 00.15 WIB
jenis kelamin laki laki menangis kuat.

Evaluasi :, Bayi menangis,tonus otot baik, kulit kemerahan.

5. Melakukan penatalaksanaan bayi baru lahir, mengeringkan bayi dengan
segera kecuali muka telapak tangan.

Evaluasi : sudah dilakukan dan memberikan bayi kepada ibu.

6. Memfasilitasi IMD.

Evaluasi : bayi sudah dipelukan ibu, ibu merasa senang.

3.1.2 Asuhan Persalinan Kala III

Jam: 00:15

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan merasa senang atas kelahiran bayinya, ibu masih merasa
mules.

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan Umum Baik, TFU setinggi pusat, Kontraksi uterus baik,
Kandung kemih kosong. Tampak tali pusat di vulva, pengeluaran darah
kurang dari 300 cc

C. ANALISA

P3A0 kala III

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu tindakan yang akan dilakukan selanjutnya.

Evaluasi: ibu memahami dan bersedia untuk tindakan selanjutnya.

2. Mengecek janin ke 2, tidak ada.

Evaluasi : pengecekan sudah dilakukan.

3. Menyuntikan oxytosin 10 IU secara IM, sudah disuntikan dalam 1 menit.

Evaluasi : sudah dilakukan penyuntikan oxytosin jam 00.16.

4. Melakukan Peregangan Tali Pusat Terkendali,

Evaluasi : tidak terdapat tanda pelepasan plasenta

5. Memberikan oxytosin yang kedua 10 IU secara IM

Evaluasi : pukul 00.31 diberikan oxytocin II

6. Melakukan peregangan tali pusat terkendali selama 15 menit

Evaluasi: Plasenta belum lahir, terdapat pengeluaran darah.

Asuhan Persalinan Kala III dengan retensi placenta

Jam: 00:31

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan sangat lemas

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : baik

Kesadaran: composmentis

Kontraksi : lembek

Kandung kemih : kosong

Tampak tali pusat di vulva , pengeluaran darah pervagina kurang dari 200 cc

Memberikan oksitosin yang ke 2 10 IU

ANALISA : P3A0 KALA IIII DENGAN RETENSIO PLACENTA

PENANGANAN :

1. Memberitahu ibu bahwa placenta harus dilahirkan secara manual

Evaluasi : sambil melakukan manual plasenta

2. Melakukan manual plasenta yatu memasukan tangan secara obstertik

Evaluasi : sudah dilakukan plasenta lahir dengan lengkap dan ada pengeluaran darah dari pervagina lebih dari 400 cc

3. Mengecek kandung kemih

Evaluasi : kandung kemih kosong

4. Melakukan masase

Evaluasi : kontrasi lembek dan terdapat pengeluaran darah leibih dari 400 cc.

KALA IV DENGAN ATONIA UTERI

A. DATA SUBJEKTIF

ibu mengatakan masih merasa lemas dan bagian perut masih terasa ngilu.

B. DATA SUBJEKTIF

Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, TFU tidak teraba, Kontraski uterus lembek ,Kandung kemih kosong, Terdapat pengeluaran darah pervagina lebih dari 400 cc

C. ANALISA

P3A0 kala IV Dengan atonia uteri

D. PENATALAKSANAAN

1. Melakukan KBI pukul 00.35 selama 5 menit untuk melakukan pemberhentian pendarahan.

Evaluasi : sudah dilakukan KBI pukul 00.35 pendarahan pun berhenti.

2. Melakukan masase uterus.

Evaluasi : setelah melakukan masase kontraksi baik.

3. Mengajarkan masase uterus kepada ibu dan juga keluarga ibu

Evaluasi : ibu dan keluarga ibu memahami serta bisa melakukan masase

4. Mengajarkan ibu untuk mobalisasi dini seperti miring kiri dan kanan

Evaluasi ibu memahami dan akan melakukan

5. Pemantuan pengeluaran pendarahan pervagina

Evaluasi : sudah dilakukan darah keluar kurang dari 200 cc

6. Pemataun ketat kala IV

Evaluasi : sudah dilakukan dan tidak ada

Kala IV

Jam 03:50

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan bahagia atas kelahiran anaknya dan ibu mengeluh lemas serta ada rasa mules.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : composmentis

2. Tanda-tanda Vital

TD : 120/80 mmHg

N : 81x/ menit

R : 22x/menit

S : 36,6°C

3. Abdomen

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi uterus : Baik (+), konsistensi keras.

Kandung kemih : kosong

4. Genetalia

Vulva/vagina tidak ada kelainan, terdapat luka laserasi di perineum

derajat 2, pengeluaran darah pervaginam ± 80 cc

C. ANALISA

P3A0 Kala IV.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, tanda vital normal. Evaluasi: ibu dan keluarga mengetahui hasil keadaanya.
2. Membersihkan ibu dan lingkungan.
Evaluasi: ibu mengerti dan sudah dilakukan.

3. Membersihkan alat dan membuang sampah infeksius, non infeksius dan sampah tajam sesuai pada tempatnya.

Evaluasi: sudah dilakukan.

4. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk menilai kontraksi yaitu dengan melakukan masase uterus.

Evaluasi: ibu dan keluarga mengerti dan melakukan masase uterus.

5. Melakukan pemantauan kala IV yaitu meliputi TTV, kontraksi uterus, jumlah perdarahan, kandung kemih pada satu jam pertama setiap 15 menit sekali dan setiap 30 menit sekali pada jam kedua, terlampir di partograf.

Evaluasi : sudah dilakukan

6. Memberitahu KIE tanda bahaya postpartum (nifas).

Evaluasi: ibu bersedia dan memahaminya.

7. Memberitahu ibu tentang asuhan yang dilakukan dirumah, untuk membersihkan jalan lahirnya dengan menggunakan air dingin yang matang dan juga bersih karena ibu mempunyai luka laserasi diperineum.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang disarankan

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas tentang kesenjangan antara teori dan hasil tinjauan kasus penatalaksanaan asuhan pada Ny.E dengan persalinan retensio plasenta yang dirawat di Puskesmas Selaawi pada tanggal 5 Maret 2023 . Untuk memudahkan pembahasan maka penulis akan membahas berdasarkan langkah-langkah asuhan kebidanan yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

4.1 Pengkajian Data Subjektif

Pengkajian yang dilakukan mulai dari anamnesa seperti identitas pasien, keluhan ibu dan riwayat- riwayat sekarang maupun sebelumnya. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan (Wirakusumah, 2011) bahwa pengkajian data meliputi anamnesa , pemeriksaan keadaan umum, pemeriksaan tanda - tanda vital, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Dari hasil pengkajian data subjektif didapatkan usia ibu 35 tahun, dan ini merupakan kehamilan yang ke 3 Multiparitas dan grandemultiparitas merupakan faktor predisposisi terjadinya perdarahan pasca persalinan, akibat kelemahan dan kelelahan endometrium. Namun apabila dalam pertolongan persalinan diberikan uterotonika segera setelah persalinan atau pada saat awal kala III sehingga persalinan plasenta dipercepat dan terjadi kontraksi uterus, maka perdarahan postpartum tidak akan terjadi (Friyandini, 2015).

Pada pengkajian riwayat persalinan yang lalu, ibu mengatakan persalinan anak ke 2 di tolong oleh paraji dan ibu mengalami perdarahan. Hal ini dapat

menjadi factor resiko terjadinya perdarahan post partum pada persalinan ini , sesuai dengan teori Manuaba , 2014 yang menyatakan bahwa riwayat persalinan dimasa lampau sangat berhubungan dengan hasil kehamilan dan persalinan berikutnya. Bila riwayat persalinan yang lalu buruk petugas harus waspada terhadap terjadinya komplikasi dalam persalinan yang akan berlangsung. Riwayat persalinan buruk ini dapat berupa abortus, kematian janin, eklamsi dan preeklamsi, sectio caesarea, persalinan sulit atau lama, janin besar, infeksi dan pernah mengalami perdarahan antepartum dan postpartum.

Pada tanggal 5 maret 2023 pasien datang kepuskesmas pukul 20.00 WIB di antar oleh keluarga nya. Setelah itu ibu dilakukan anemesa mengenai identitas dan riwayat ibu. Berdasarkan hasil anemesa yang didapatkan ibu ibu hamil 9 bulan , anak ke-3 HPHT 18-05-2022 TP 25-0223. ibu mengeluh mulas pukul 14.00 WIB dan sudah mengeluarkan cairan yang bercampur darah dari jalan lahir sebelum datang kepuskesmas ibu merasakan mules semakin kuat, gerkan bayi masih dirasakan.

4.2 Pengekajian Data Objektif

Retensio plasenta merupakan suatu kelainan plasenta yang ditemukan setelah kelahiran. Kelainan tersebut berupa keterlambatan plasenta yang belum lahir selama 30 menit setelah bayi lahir menurut teori Winkjosastro (2006:656). Hal ini sesuai dengan kondisi Ny.E dimana saat bayi telah lahir di berikan oksitosin pertama dan melakukan penegangan tali pusat terkendali selama 15 menit , setelah 15 menit melakukan penegangan tali pusat tidak ada tanda tanda

pelepasan tali pusat. Dan setelah itu dilakukan menyuntikan oksitosin yang kedua 10 IU secara IM setelah menyuntikan oksitosin kedua lalu melakukan penegangan tali pusat terkendali selama 15 menit. Setelah 30 menit tidak ada tanda tanda pelepasan tali pusat, setelah 30 menit dilakukan manual plasenta dan tali pusat lahir secara normal, lengkap.

Setelah plasenta lahir, didapatkan hasil pemeriksaan kontraksi uterus lembek dan terdapat perdarahan ± 300 cc. hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan tanda gejala atonia uteri diantaranya perdarahan pervaginam, konsistensi Rahim lunak, fundus uteri naik dan terdapat tanda-tanda syok seperti nadi cepat (>100 x / menit), tekanan darah sangat rendah, keringat dingin, pernafasan cepat (>30 x/menit), (Manuaba, 2014)

4.3 Analisa

Berdasarkan data tersebut Ny E didiagnosa P3A0 kala III dengan retensio plasenta. Hal ini sesuai dengan teori (Aknik, 2003) adalah bila plasenta tidak lepas atau keluar lebih atau keluar dari 30 menit setelah persalinan. Maka kesenjangan antar teori dan praktik.

Dilihat dari tanda dan gejalanya jenis retensio plasenta pada Ny E adalah spasmodik hal ini sesuai dengan teori Prawirohardjo (2010) karena dari data objektif sesuai hasil

pemeriksaan didapat konsistensi kenyal, TFU sepusat, pendarahan sedang, dan tali pusat tejulur.

Penyebab retensio plasenta Ny. E his yang kurang kuat yang di tandai dengan kontraksi uterus lembek. Sesuai dengan teori Latifatulzahro (2020) menjelaskan bahwa retensio plasenta disebabkan oleh kontraksi kurang kuat untuk melakukan pelepasan plasenta.

Dari hasil pengkajian data subjektif dan data objektif maka dapat di tegakkan analisa: P3A0 kala III dengan retensio plasenta dan Atonia Uteri.

4.4 Penatalaksanaan

Petalaksanaan yang dilakukan terhadap Ny. E yaitu melakukan kalaborasi dengan dokter untuk tindakan retensio plasenta. Setelah itu diberikan penanganan yang pertama dilakukan pemasangan, mengecek kandung kemih, kemudian dilakukan peregangan tali pusat namun tidak ada tanda- tanda pelepasan plasenta dan plasenta belum lahir lebih 30 menit setelah bayi lahir.

Sebelum dilakukan tindakan manual plasenta menurut protop di puskesmas selaawi harus dilakukan anastesi terlebih dahulu dengan memeberikan egormetik. tetapi pada Ny. E tidak diberikan anatesi terlebih dahulu. Maka kesejengan antara teori dengan praktek.

Tindakan manual plasenta di lakukan dengan menggunakan sarung tangan panjang, meregangkan tali pusat, memasukan tangan secara obstertik dan plasenta lahir pukul 00.30 WIB keadaan plasenta lengkap, pendarahan hebat memberikan drip oksitosin pada insufuan dan dilakukan KBI selama 5 menit setelah 5 menit

melakukan KBI tidak ada lagi pengeluaran darah dari jalan lahir pada pukul 00.35 WIB .

4.5 Pendokumentasian

Asuhan yang diberikan pada Ny. E didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subjektif, yang didapatkan dari hasil anamnesa terhadap pasien, pengkajian fisik, kemudian data data tersebut diinterpretasi untuk menentukan analisa, selanjutnya dilakukan penatalaksanaan tersebut. Proses asuhan kebidanan pada Ny.E ini sesuai teori yang dikemukakan oleh (Rukiyah, 2010)

BAB V

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Setelah Penulis Melakukan Asuhan Persalinan Pada Ny. E Tahun P3A0 Gravida 40-41 Minggu Dengan retensio Uteri dan Atonia Uteri Puskesmas Selaawi. Maka Penulis Dapat Menyimpulkan :

1. Pengkajian Data Subjektif Pada Ny. E 35 Tahun P3A0 Gravida 40-41 Minggu Dengan Retensio Uteri dan Atonia Uteri, Sudah Sesuai Dengan Teori Dan Tidak Terdapat Kesenjangan.
2. Pengkajian Data Objektif Pada Ny. 35 Tahun P3A0 Gravida 40-41 Minggu Dengan Retensio Uterid dan Atonia Uteri , Sudah Sesuai Dengan Teori Dan Tidak Terdapat Kesenjangan.
3. Analisa Pada Ny. E Usia 35 Tahun P3A0 Gravida 40-41 Minggu Dengan Retensio Uteri dan Atonia Uteri, Sudah Sesuai Teori Dan Tidak Terdapat Kesenjangan.
4. Penatalaksanaan Pada Ny. E 35 Tahun P3A0 Gravida 40-41 Minggu Adalah Memasang Infus RL 500ml, DRIP Oxitosin. Dan Tidak Ada Kesenjangan Dari Teori Maupun Praktek.
5. Pendokumentasian Asuhan Persalinan Pada Ny. E Tahun P3A0 Gravida 40-41 Minggu Di Puskesmas, Dengan Retensio Plasenta dan Atonia Uteri Dengan Teknik Pendokumentasian SOAP.

4.2 Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan agar penulis dapat meningkatkan ilmu pengetahuan, wawasan dan keterampilan mengenai ilmu kebidanan, sehingga mampu memberikan asuhan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar lebih intensif dalam memberikan bimbingan baik tempat praktik maupun penyusunan KTI yang akan datang.

3. Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan bagi petugas kesehatan dapat menjadi bahan evaluasi agar lebih bisa meningkatkan mutu pelayanan yang sesuai dengan standar yang berlaku untuk penanganan .

DAFTAR PUSTAKA

- <https://Jurnal.Pkr.Ac.Id/Index.Php/JIA/Article/Download/223/153/>
- <http://Eprints.Poltekkesjogja.Ac.Id/6152/4/Chapter%202.Pdf>
- <https://Samoke2012.Wordpress.Com/2016/10/13/Manual-Plasenta/>
- <https://Motherandbeyond.Id/Amp/11964/Ini-Tahapan-Tahapan-Yang-Dilalui-Saat-Masa-Nifas>
- <https://Www.Google.Com/Url?Sa=T&Source=Web&Rct=J&Url=https://Static1.Squarespace.Com/Static/6454d906dda45808abaa19f4/T/645ad0f55beba31a8ca304b0/1683673342782/65399259603.Pdf&Ved=2ahukewj65ttan-3-Ahux8zgghnucxe4chawegqibrab&Usg=Aovvaw2hmiizihdlz5g44nppawor>
- <https://Jurnal.Fk.Untad.Ac.Id/Index.Php/Medpro/Article/Download/701/385>
- <https://Www.Studocu.Com/Id/Document/Universitas-Padjadjaran/Medicine-Kedokteran/Manual-Plasenta/34122411>
- <http://Jurnalbidandiah.Blogspot.Com/2014/04/Materi-Retensio-Plasenta.Html?M=1>
- <https://Jurnal.Akbid-Kbh.Ac.Id/Index.Php/JIKKBH/Art>
- https://www.google.com/url?q=https://jurnal.unitri.ac.id/index.php/care/article/download/1399/pdf&sa=U&ved=2ahUKEwjBwvrInYH_AhUJ8zgGHRrjAKYQFnoECAsQAg&usg=AOvVaw3FDCrgr5Wp7CTTOwNtZRzW
- <https://repository.poltekkes-tjk.ac.id/id/eprint/490/6/6.%20BAB%20II.pdf>
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka

LAMPIRAN