

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. A USIA 23 TAHUN
G1P0A0 GRAVIDA 42-43 MINGGU INPARTU DENGAN
SEROTINUS DAN KALSIFIKASI PLASENTA
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi
Bidan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

**AJENG RISKI ANISA
KHGH23016**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
TAHUN 2023/2024**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Bdn), baik dari STIKes Karsa Husada maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya ilmiah akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam karya ilmiah akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juli 2024
Yang membuat pernyataan

(Ajeng Riski Anisa)
KHGH23016

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. A USIA
23 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 42-43 MINGGU INPARTU
DENGAN SEROTINUS DAN KALSIFIKASI PLASENTA DI
RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : AJENG RISKI ANISA

NIM : KHGH23016

KARYA ILMIAH AKHIR

KIA ini telah disetujui untuk disidangkan di hadapan Tim Penguji Program
Studi Pendidikan Profesi Bidan
Garut, Juli 2024

Menyetujui,

Pembimbing

Titi Purwitasari Handayani, SST., Bdn., M.Keb
NIK: 043298.0910.084

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan

Intan Rina Susilawati, S.ST., M.Keb
NIK: 043298.0111.100

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. A
USIA 23 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 42-43 MINGGU
INPARTU DENGAN SEROTINUS DAN KALSIFIKASI
PLASENTA DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : AJENG RISKI ANISA

NIM : KHGH 23016

KARYA ILMIAH AKHIR

KIA ini telah disetujui untuk disidangkan di hadapan Tim Penguji Program
Studi Pendidikan Profesi Bidan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2024

Menyetujui,

**Pembimbing : Titi Purwitasari Handayani, SST., Bdn., M.Keb (.....)
NIK : 043298.0910.084**

**Penguji I : Nofita Setiorini FP, STr.Keb., M.Kes (.....)
NIK : 043298.0122.168**

**Penguji II : Intan Rina Susilawati, SST., M.Keb (.....)
NIK : 043298.0111.100**

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan

Intan Rina Susilawati, S.ST., M.Keb

NIK : 043298.0111.100

KATA PENGANTAR

Segala puji serta syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah menganugerahkan berbagai kenikmatan, kekuatan, dan pertolongan. Shalawat serta salam senantiasa tercurah limpahkan kepada suri tauladan kita yakni Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, sahabat, tabi'in-tabi'inya dan semoga tersampaikan kepada kita yang tetap istiqomah dalam mengikuti ajarannya. Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis cukup mengalami kesulitan, namun berkat rahmat Allah, serta adanya bimbingan, petunjuk dan bantuan semua pihak, tersusunlah karya ilmiah akhir ini yang penulis beri judul **“ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. A USIA 23 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 42-43 MINGGU INPARTU DENGAN SEROTINUS DAN KALSIFIKASI PLASENTA DI RSUD dr. SLAMET GARUT.”**

Dengan segenap kerendahan hati penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, hal yang disebabkan karena keterbatasan ilmu yang penulis miliki. Atas bantuan semua pihak, penulis tidak lupa mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Bapak H. Saefudin, S.Sos M.Mkes, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.kes selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Ibu Intan Rina Susilawati, SST., M.Keb selaku ketua program Studi Profesi Bidan Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

4. Ibu Titi Purwitasari Handayani, SST., Bdn., M.Keb selaku pembimbing yang telah memberikan waktu, bimbingan, dan motivasi sehingga Karya Tulis Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan dengan tepat waktu.
5. Para dosen Karsa Husada Garut, khususnya dosen kebidanan yang telah membekali penulis dengan berbagai ilmu yang bermanfaat.
6. Bidan-bidan dilapangan yang telah membimbing, memberi pengetahuan, dan pengalaman kepada penulis dalam setiap tindakan yang dilakukan.
7. Suami, Anak-anak, Orangtua, Keluarga yang telah mendukung baik secara moril maupun materil serta limpahan kasih sayang dan doanya kepada penulis sampai terselesaikannya penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini.
8. Ny. A dan keluarga yang telah bekerjasama dalam proses pelaksanaan praktik lapangan.
9. Rekan-rekan seperjuangan jurusan Akademik Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut, yang senantiasa berjuang bersama dan saling memberikan motivasi untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini.

Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan karunia-Nya dan membalas amal serta kebaikan kepada pihak-pihak yang telah membantu selama penyelesaian laporan Karya Ilmiah Akhir ini, penulis berharap semoga laporan ini dapat memberikan pengetahuan dan bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin ya rabbal'alamiin

Garut, Juli 2024

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN

LEMBAR PERSETUJUAN

LEBAR PENGESAHAN

KATA PENGANTAR..... v

DAFTAR ISI..... viii

BAB I PENDAHULUAN..... 1

9.1 Latar Belakang..... 1

9.2 Rumusan Masalah 3

9.3 Tujuan..... 3

9.3.1 Tujuan Utama..... 3

9.3.2 Tujuan Khusus 3

9.4 Metode Pengumpulan Data 4

9.5 Sistematika Penilaian..... 5

9.6 Tempat Dan Waktu Pengkajian..... 6

9.6.1 Tempat..... 6

9.6.2 Waktu 6

9.7 Manfaat Penulisan 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... 8

2.1 Kehamilan Serotinus 8

2.2 Kalsifikasi Plasenta 22

2.3 Plasenta..... 25

2.4 Persalinan 31

2.5	Pendokumentasian.....	44
BAB III TINJAUAN KASUS.....		48
3.1	CATATAN PERKEMBANGAN KALA I.....	48
3.2	CATATAN PERKEMBANGAN KALA II.....	54
3.3	CATATAN PERKEMBANGAN KALA III.....	56
3.4	CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV	58
BAB IV PEMBAHASAN.....		61
4.1	DATA SUBJEKTIF	61
4.2	DATA OBJEKTIF.....	62
4.3	ANALISA.....	63
4.4	PENATALAKSANAAN	63
4.5	PENDOKUMENTASIAN	64
BAB V PENUTUP.....		66
5.1	KESIMPULAN	66
5.2	SARAN.....	66
DAFTAR PUSTAKA		68
LAMPIRAN		

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu indikator derajat kesehatan masyarakat adalah Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), makin tinggi angka kematian ibu dan bayi di suatu negara maka dapat dipastikan bahwa derajat kesehatan negara tersebut buruk (Kemenkes RI, 2018). Hal ini disebabkan karena ibu hamil dan bayi merupakan kelompok rentan yang memerlukan pelayanan maksimal dari petugas kesehatan, salah satu bentuk pelayanan yang harus diberikan kepada ibu melahirkan adalah penolong oleh tenaga kesehatan (nakes) (Kemenkes RI, 2019).

Menurut WHO (2019) Angka Kematian Ibu (AKI) didunia yaitu sebanyak 303.000 jiwa. Angka Kematian Ibu (AKI) di ASEAN yaitu sebesar 235 per 100.000 kelahiran hidup (ASEAN Secretariat, 2020).

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia secara umum data AKI menurun menunjukkan pada indikator per 100.000 kelahiran hidup dari 390 pada tahun 1991 menjadi 230, tahun 2019 AKI Indonesia masih tetap tinggi, yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2020 turun -1,80 persen per tahun. Meski mengalami penurunan AKI belum mencapai target MDGS di tahun 2015, SDGs tahun 2030 yaitu 102, kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup. Pada indikator AKB data menunjukkan menurun dari 68 pada tahun 1991 menjadi 24, tahun 2017 turun - 3,93 persen pertahun. (Kemenkes RI, 2021).

Penyebab terbanyak kematian ibu di Indonesia pada tahun 2019 adalah pendarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, gangguan metabolik, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2019). Sekitar 25-50% kematian ibu disebabkan masalah yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas (WHO, 2018). Menurut data World Health Organization bahwa di Indonesia angka kejadian kehamilan lewat waktu kira-kira 10%, bervariasi antara 10,4-12 % apabila diambil batas waktu 42 minggu dan 3,4- 4 % apabila diambil atas waktu 43 minggu, dimana kehamilan lewat bulan lebih sering terjadi pada primigravida muda dan primigravida tua. (Haslinda, dkk, 2021). Angka kejadian serotinus di Jawa Barat mencapai 37, 1% (Depkes Jabar, 2015). Angka terjadinya Serotinus di RSUD Slamet mencapai 16 (0,2%) pada tahun 2018.

Kehamilan serotinus memiliki risiko yang cukup besar bagi ibu dan janin. Risiko bagi ibu dengan kehamilan serotinus dapat berupa partus lama, inersia uteri, kalsifikasi plasenta dan perdarahan pasca persalinan ataupun tindakan obstetric yang meningkat. Pada janin dapat menyebabkan gawat janin, risiko kematian dan kesakitan perinatal juga akan meningkat menjadi tiga kali lebih tinggi pada kasus serotinus dari pada kehamilan aterm. (Haslinda, dkk, 2021).

Bidan salah satu tenaga kesehatan yang berperan dalam menurunkan AKI dan AKB, salah satu upaya menurunkan angka kematian ibu yaitu dengan peningkatan pelayanan kebidanan yang menyeluruh dan bermutu serta berkesinambungan. Sehingga komplikasi dapat ditangani sesuai dengan

standar pelayanan kebidanan dan kewenangan bidan, yang tercantum dalam (Pemenkes, Nomor 28 Tahun 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis mengambil kasus sebagai bahan untuk karya tulis ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. A USIA 23 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 42-43 MINGGU INPARTU DENGAN SEROTINUS DAN KALSIFIKASI PLASENTA DI RSUD dr. SLAMET GARUT.”**

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang diatas maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut **“Bagaimana Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. A Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravidita 42-43 Minggu Inpartu dengan Serotinus dan Kalsifikasi Plasenta di RSUD dr. Slamet Garut ?”**

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Utama

Melaksanakan Asuhan Kebidanan ibu bersalin pada Ny. A Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravidita 42-43 Minggu Inpartu dengan Serotinus dan Kalsifikasi Plasenta di RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada kasus Ny. A Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravidita 42-43 Minggu Inpartu Kala 1 dengan Serotinus dan Kalsifikasi Plasenta di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut.

2. Mengumpulkan data objektif pada kasus Ny. A Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 42-43 Minggu Inpartu Kala 1 dengan Serotinus dan Kalsifikasi Plasenta di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut.
3. Menetapkan analisis pada kasus Ny. A Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 42-43 Minggu Inpartu Kala 1 dengan Serotinus dan Kalsifikasi Plasenta di ruang bersalin RSUD. dr. Slamet Garut.
4. Menentukan asuhan penatalaksanaan pada Ny. A Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 42-43 Minggu Inpartu Kala 1 dengan Serotinus dan Kalsifikasi Plasenta di ruang bersalin RSUD. dr. Slamet Garut.
5. Melakukan pendokumentasian pada kasus Ny. A Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 42-43 Minggu Inpartu Kala 1 dengan Serotinus dan Kalsifikasi Plasenta di ruang bersalin RSUD. dr. Slamet Garut.

1.4 Metode Pengumpulan Data

Penelitian tentang asuhan kebidanan ibu bersalin Ny. A Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 42-43 Minggu dengan Serotinus dan Kalsifikasi Plasenta di ruang bersalin RSUD. dr. Slamet Garut disusun dalam bentuk studi kasus yang didapat berdasarkan keadaan dan situasi yang nyata dan tertuju pada pemecahan masalah.

Teknik pengumpulan data primer dan sekunder. Data primer yaitu data yang diperoleh dari klien dengan cara wawancara anamnesa, sedangkan data

sekunder diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik klien dimulai dengan mencari informasi dari buku-buku yang terkait dengan penanganan kasus kebidanan.

Data diambil berdasarkan tanya jawab langsung tentang masalah yang diangkat dan juga melakukan observasi terhadap klien, selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Tahap akhir adalah studi dokumentasi dengan cara melihat catatan medis dan data penunjang yang ada dalam status klien.

1.5 Sistematika Penilaian

Pada bagian ini diuraikan sistematika penulisan laporan hasil penelitian penerapan asuhan kebidanan yang terdiri dari BAB I sampai BAB V. Setiap BAB dilaksanakan dengan singkat dan bentuk penyajian, yaitu:

BAB I PENDAHULUAN

- 1.1 Latar Belakang
- 1.2 Rumusan Masalah
- 1.3 Tujuan
- 1.4 Metode Pengumpulan Data
- 1.5 Sistematika Penilaian
- 1.6 Tempat dan Waktu Pengkajian
- 1.7 Manfaat Pengkajian

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

- 2.1 Kajian Pustaka

BAB III TINJAUAN KASUS

BAB IV PEMBAHASAN

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.2 Saran

1.6 Tempat Dan Waktu Pengkajian

1.6.1 Tempat

Ruang bersalin di RSUD dr. Slamet Garut

1.6.2 Waktu

Waktu pengkajian Karya Tulis Ilmiah ini dilaksanakan Tanggal 19 April 2024 diruang VK RSUD dr. Slamet Garut

1.7 Manfaat Penulisan

1.7.1 Manfaat Teoritis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat digunakan untuk menambah pengetahuan dan bahan informasi untuk perkembangan ilmu kebidanan, khususnya dalam pemberian asuhan kebidanan, persalinan, nifas, dan neonatus.

1.7.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Masyarakat

Sebagai tambahan informasi bagi masyarakat khususnya ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir. Guna memiliki kesadaran untuk memeriksakan diri ketempat pelayanan kesehatan sebagai upaya pencegahan, sehingga komplikasi dapat dihindari sedini mungkin.

2. Bagi Instansi Kesehatan

Diharapkan dapat memberi masukan bagi instruksi kesehatan terutama bagi bidan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan asuhan kebidanan.

3. Bagi Instansi Pendidikan

Diharapkan hasilnya dapat digunakan sebagai bahan kajian dan informasi untuk pendidikan serta dapat menambah referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam melaksanakan asuhan kebidanan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan Serotinus

2.1.1 Pengertian Kehamilan Serotinus

Kehamilan serotinus atau disebut juga postterm, kehamilan lewat waktu, prolonged pregnancy, extended pregnancy, postdate/postdatisme atau pascamaturitas merupakan kehamilan dengan umur kehamilan selama 294 hari (42 minggu) atau lebih. Umur kehamilan ini dapat dihitung dari hari pertama haid terakhir menggunakan rumus neagle dengan siklus rata-rata 28 hari. Kehamilan lewat waktu adalah kehamilan yang melampaui umur 294 hari (42 minggu) dengan segala kemungkinannya. (Prawihardjo, 2012).

Nama lain kehamilan lewat waktu yaitu kehamilan serotinus, prolonged pregnancy, serotinus pregnancy (Manuaba, 2012). Istilah lebih bulan, memanjang, lewat waktu (postdates) dan postmatur sering dipakai bergantian secara bebas untuk mendeskripsikan kehamilan yang telah melebihi durasi yang dianggap diatas batas normal (Cunningham, 2012).

2.1.2 Etiologi Kehamilan Serotinus

Penyebab pasti kehamilan serotinus sampai saat ini belum diketahui. Beberapa teori yang diajukan pada umumnya menyatakan bahwa terjadinya kehamilan serotinus sebagai akibat gangguan

terhadap timbulnya persalinan (Prawihardjo, 2012). Beberapa teori yang diajukan yaitu sebagai berikut:

1. Penurunan progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin. Apabila kadar progesteron, tidak cepat turun walaupun kehamilan sudah memasuki cukup bulan maka kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang (Nugroho, 2012).
2. Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan serotinus memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisi ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu penyebab (Prawihardjo, 2012).
3. Dalam teori kortisol untuk dimulainya persalinan adalah janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin (Prawihardjo, 2012).
4. Dalam kasus insufisiensi plasenta/adrenal janin, hormon prekursor yaitu isoandrosteron sulfat dikeluarkan dalam cukup tinggi konversi menjadi estradiol dan secara langsung estriol di plasenta,

contoh klinik mengenai defisiensi prekursor estrogen adalah anencefalus (Nugroho, 2012).

5. Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan dimana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah masih tinggi kesemuanya diduga sebagai penyebab terjadinya kehamilan serotinus (Prawihardjo, 2012).

2.1.3 Patofisiologi Kehamilan Serotinus

Serviks yang akan mengalami persalinan normal secara bertahap akan melunak, menipis, mudah berdilatasi, dan bergerak ke arah anterior mendekati waktu persalinan. Serviks pada wanita multipara lebih cepat matang dibandingkan nulipara, dan pemahaman mengenai paritas penting dalam menentukan saat yang tepat untuk melakukan pemeriksaan serviks pada kehamilan lanjut (Varney, 2013).

Kehamilan lewat waktu yang disebabkan karena faktor hormonal, kurangnya produksi oksitosin akan menghambat kontraksi otot uterus secara alami dan adekuat, sehingga mengurangi respons serviks untuk menipis dan membuka. Akibatnya kehamilan bertahan lebih lama dan tidak ada kecenderungan untuk persalinan pervaginam (Varney, 2013).

Kehamilan aterm (normal) progesteron turun, oksitosin naik sehingga terjadi kontraksi uterus penipisan dan pembukaan serviks.

Persalinan pervaginam serotinus (patologis) progesteron tidak turun, oksitosin tidak naik yang menyebabkan tidak ada kontraksi uterus, tidak ada penipisan, pembukaan, dan tidak ada tanda-tanda persalinan.

2.1.4 Faktor Risiko Kehamilan Serotinus

Faktor risiko yang diketahui untuk kehamilan serotinus adalah ibu dengan kehamilan serotinus sebelumnya dan apabila ibu melahirkan anak perempuan maka anak perempuannya tersebut memiliki risiko dua hingga tiga kali lipat untuk mengalami kehamilan serotinus. Nulliparitas dan ibu dengan indeks masa tubuh ≥ 25 sebelum kehamilan juga mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kehamilan serotinus (Cunningham, 2012).

2.1.5 Diagnosis Kehamilan Serotinus

Prognosis kehamilan serotinus tidak seberapa sulit apabila siklus haid teratur dan hari pertama haid terakhir diketahui pasti. Untuk menilai apakah kehamilan matur atau tidak. Hasil anamnesa penderita perlu diperhatikan sebagai dasar permulaan. Seperti kehamilan belum lahir setelah melewati waktu 42 minggu dan gerak janin menurun (normal janin bergerak dalam 24 jam 10 kali). Pemeriksaan yang dapat dilakukan, antara lain (Nugroho, 2012).

1. Berat badan ibu turun dan lingkaran perut mengecil air ketuban berkurang.
2. Pemeriksaan dengan USG dengan pemeriksaan ini diameter biparental kepala janin dapat diukur dengan teliti tanpa bahaya.

3. Pemeriksaan sitologik liquoramnion amnioskopi dan periksa pHnya dibawah 7.20 dianggap sebagai tanda gawat janin.
4. Pemeriksaan sitologik vagina untuk menentukan infusensi plasenta dinilai berbeda-beda.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang Kehamilan Serotinus

Menurut Nugroho (2012) pemeriksaan penunjang apabila dana dan sarana memenuhi antara lain:

1. Sitologi vagina yaitu indeks kariopiknotik meningkat ($> 20\%$).
2. USG yaitu menilai jumlah dan kekeruhan air ketuban, derajat maturitas plasenta, besarnya janin, keadaan janin.
3. Kardiotokografi yaitu menilai kesejahteraan janin dengan Non Stress Test (NST) relatif atau tidak, maupun Contraction Stress Test (CTS) negatif atau positif.
4. Amnioskopi yaitu pemeriksaan air ketuban. Bila ditemukan air ketuban yang banyak dan jernih mungkin keadaan janin masih baik. Sebaliknya air ketuban sedikit dan mengandung mekonium akan mengalami risiko 33% asfiksia.

2.1.7 Komplikasi Kehamilan Serotinus

Komplikasi atau masalah yang bisa terjadi pada saat persalinan akibat kehamilan serotinus diantaranya yaitu:

1. Komplikasi maternal
 - a. Partus lama

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, maka janin akan bertambah besar dan tulang tengkorak janin yang telah menjadi lebih keras sehingga lebih sulit untuk dikeluarkan secara normal yang akhirnya bisa menyebabkan partus lama (Cunningham, 2012).

b. Distosia bahu

Setelah kelahiran kepala, akan terjadi putaran paksi luar yang menyebabkan kepala berada pada sumbu normal dengan tulang belakang bahu pada umumnya akan berada pada sumbu miring (oblique) di bawah ramus pubis. Dorongan pada saat ibu meneran akan menyebabkan bahu depan (anterior) berada di bawah pubis, bila bahu gagal untuk mengadakan putaran menyesuaikan dengan sumbu miring dan tetap berada pada posisi anteroposterior, pada bayi yang besar salah satunya karena pertumbuhan janin yang meningkat akibat serotinus maka akan terjadi benturan bahu depan terhadap simfisis sehingga bahu tidak bisa lahir mengikuti kepala (Cunningham, 2012).

c. Perdarahan postpartum

Perdarahan postpartum umumnya dikarenakan terbukanya pembuluh darah pada rahim akibat plasenta melekat di dinding rahim. Lemahnya plasenta akibat kehamilan serotinus bisa menyebabkan plasenta yang semakin susah

dikeluarkan pada saat post partum. Dan juga akibat adanya bayi yang besar yang bisa mengakibatkan robekan jalan lahir secara spontan maupun prosedur episiotomi sehingga perdarahan postpartum bisa terjadi (Cunningham, 2012).

d. Oligohidramnion

Normal volume cairan amnion bertambah dari 50 ml pada saat usia kehamilan 12 minggu sampai 400 ml pada pertengahan gestasi dan 1000 – 1500 ml pada saat aterm. Pada kehamilan serotinus karena adanya penurunan fungsi plasenta maka jumlah cairan amnion hanya 100 sampai 200 ml atau kurang (Cunningham, 2012).

e. Kalsifikasi plasenta

Fungsi plasenta mencapai puncaknya pada kehamilan 34-36 minggu dan setelah itu terus mengalami penurunan. Dengan adanya kehamilan serotinus maka fungsi plasenta akan semakin berkurang dan terjadi pengapuran pada plasenta (Cunningham, 2012).

2. Komplikasi neonatal

a. Asfiksia

Kehamilan yang berlangsung selama 42 minggu atau lebih menyebabkan plasenta terus mengalami penebaran yang pada akhirnya berdampak pada penurunan fungsi plasenta itu sendiri sehingga terjadi bayi kekurangan asupan gizi dan

gangguan sirkulasi oksigen dari ibu ke janin (Cunningham, 2012).

b. BBLR

Apabila plasenta masih dapat berfungsi dengan baik maka berta janin bertambah terus sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan. Namun bila terjadi perubahan anatomi yang besar pada plasenta, maka bisaterjadi penurunan berat janin. Sesudah umur kehamilan 36 minggu, grafik rata-rata pertumbuhan janin mendatar dan tampak adanya penurunan sesudah 42 minggu Sehingga dengan kejadian serotinus bisa menimbulkan berat janin berkurang yang akhirnya mengalami BBLR (Cunningham, 2012).

c. Makrosomia

Pada kehamilan serotinus apabila keadaan plasenta tidak mengalami insufisiensi maka pertumbuhan janin akan semakin meningkat (Cunningham, 2012).

d. Fetal Distress

Suatu keadaan di mana janin tidak menerima cukup oksigen, sehingga mengalami sesak. Kehamilan yang berlangsung selama 42 minggu atau lebih menyebabkan plasenta terus mengalami penuaan yang pada akhirnya berdampak pada penurunan fungsi plasenta itu sendiri sehingga terjadi

gangguan sirkulasi oksigen dari ibu ke janin. (Cunningham, 2012).

2.1.8 Penanganan Persalinan dengan Kehamilan Serotinus

Tatalaksana persalinan

Penatalaksanaan pada ibu bersalin dengan kehamilan lewat bulan yaitu (Nugroho, 2012):

1. Setelah usia kehamilan melebihi 40 minggu yang perlu diperhatikan adalah monitoring janin sebaik-baiknya meliputi djg serta gerakan janin.
2. Apabila tidak terdapat tanda-tanda insufisiensi plasenta, persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat.
3. Lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan serviks, apabila sudah matang boleh dilakukan induksi persalinan dengan atau tanpa amniotomi.
4. Ibu harus dirawat di rumah sakit apabila:
 - a. Terdapat hipertensi, preeklamsia.
 - b. Kehamilan ini adalah anak pertama karena infertilitas.
 - c. Kehamilan lebih dari 40-42 minggu.
5. Tindakan operasi sectio caesaria dapat dipertimbangkan pada kasus insufisiensi plasenta dengan keadaan serviks belum matang, pembukaan belum lengkap, persalinan lama, gawat janin, primigravida tua, kematian janin dalam kandungan, preeklamsia, hipertensi menahun, infertilitas, kesalahan letak janin.

Tatalaksana pada ibu bersalin dengan kehamilan serotinus memerlukan pertolongan induksi persalinan atau persalinan anjuran (Manuaba, 2012). Pengawasan saat persalinan induksi sangat penting karena setiap saat dapat terancam gawat janin. Persalinan anjuran bertujuan untuk dapat merangsang otot rahim berkontraksi, sehingga persalinan berlangsung dan membuktikan keseimbangan antara kepala janin dan jalan lahir.

Penatalaksanaan kehamilan serotinus diawali dari umur kehamilan 41 minggu. Bila dipastikan umur kehamilan mencapai 41 minggu, pengelolaan tergantung dari derajat kematangan serviks.

1. Bila serviks sudah matang (skor bishop >5) dilakukan induksi persalinan. Namun apabila terdapat janin besar lakukan tindakan sectio caesaria.
2. Pada serviks yang belum matang (skor bishop <5) maka diperlukan pengkajian janin lebih lanjut apabila kehamilan tidak diakhiri.
3. Kehamilan lebih dari 42 minggu diupayakan diakhiri dengan persalinan anjuran.

Untuk Pengelolaan intrapartum dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Pasien tidur miring ke sebelah kiri.
2. Pergunakan pemantauan elektronik jantung janin.
3. Beri oksigen bila ditemukan keadaan jantung yang abnormal

4. Perhatikan jalannya persalinan.
5. Segera setelah lahir, bayi harus segera diperiksa terhadap kemungkinan hipoglikemia, hipovolemi, hipotermi dan polisitemi (Saifuddin, 2014).

2.1.9 Standar prosedur operasional RSUD dr. Slamet Garut (2016)

1. Pengaakhiran kehamilan

Pengertian	Pengakhiran kehamilan untuk mengeluarkan buah kehamilan, baik janin dalam keadaan hidup atau meninggal.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abortus tertunda 2. Telur kosong 3. Mola hidatidosa 4. Abortus insipiens 5. Abortus inkomplit 6. Ketuban pecah dini 7. Kehamilan lewat waktu 8. Pertumbuhan janin terhambat berat 9. Kematian janin dalam rahim 10. Indikasi ibu: penyakit yang membahayakan ibu apabila kehamilan diteruskan
Prosedur	<p>Persiapan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum ibu baik 2. Pemeriksaan dalam untuk menilai presentasi janin,

	<p>keadaan panggul, dan kondisi serviks</p> <ol style="list-style-type: none">3. Nilai keadaan fetus: kematangan paru dan kesejahteraan janin4. Informed consent5. Pada abortus febrilis (infeksiosa), diberikan dahulu antibiotika parenteral sebelum dilakukan kuretase tajam atau tumpul6. Pada abortus tertunda (missed abortion) dilakukan pemeriksaan laboratorium tambahan yaitu:<ol style="list-style-type: none">a. Pemeriksaan trombositb. Fibrinogenc. Waktu pembekuand. Waktu pendarahane. Waktu protrombin7. Upaya mengeluarkan buah kehamilan sedikit mungkin melakukan intervensi yang traumatis terhadap ibu. Keberhasilan melahirkan buah kehamilan salah satunya ditentukan oleh tercapainya pendataran serviks (ripening) ketika mulai melakukan induksi atau argumentasi. Oleh karena itu pendataran serviks harus diupayakan terlebih dahulu8. Pendataran serviks diupayakan dengan berbagai teknik/ cara:
--	--

	<ul style="list-style-type: none">a. Penggunaan laminaria selama 12 jamb. Misoprostolc. Penggunaan balon serviks dengan pemberian drip oksitosin <p>9. Setelah pendataran serviks tercapai dengan cara di atas, upaya melahirkan buah kehamilan dilanjutkan dengan drip oksitosin dalam pengawasan ketat. Apabila saat diupayakan pendataran serviks timbul kontraksi uterus yang teratur, drip oksitosin diberikan sesuai kebutuhan</p> <ul style="list-style-type: none">a. Nilai skor bishop Keberhasilan induksi persalinan pada anak letak belakang kepala ditentukan oleh skor bishop.b. Amniotomi, dilakukan sebelum pemberian oksitosin.c. Pengawasan ketat selama pemberian tetes oksitosin, tanda vital dimonitor 15 menit sekali, waspadai hipertoni/hiperstimulasi dan gawat janin.d. Waspada terjadinya atonia uteri setelah fetus lahir. <p>Usia kehamilan >28 minggu: Pemberian tetes oksitosin 5 IU dalam dextrose 5% dimulai</p>
--	--

	20-60 tetes/menit untuk primigravida dan multigravida, 40 tetes/menit untuk grande multigravida dan gemeli sebanyak 2 labu.
--	---

2. Pemberian Tetes Oksitosin

Pengertian	Pemberian oksitosin melalui infus dengan tujuan menimbulkan atau memperkuat kontraksi rahim
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengakhiri kehamilan 2. Memperkuat kontraksi rahim selama persalinan
Kontra indikasi	<p>Kontra indikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehamilan dengan luka perut rahim 2. Disproporsi kepala-panggul 3. Letak lintang
Prosedur	<p>Cara pemberian:</p> <p>Lima international unit (IU) oksitosin dalam 500cc dextrose 5%, diberikan dengan kecepatan awal 20 tetes permenit, dinaikan 5 tetes per menit setiap 15 menit sampai didapatkan his yang memadai (3-4x/ menit atau sampai batas maksimum 60 tetes/ menit). Untuk grande multipara kehamilan ganda dan bayi besar maksimal 40 tetes/ menit. Tetes oksitosin diberikan maksimal 2 labu dengan istirahat diantaranya 2 jam, kecuali untuk letak sungsang hanya 1 labu.</p>

	<p>Untuk kasus tertentu seperti perdarahan antepartum, infeksi intrauterin, dan kemajuan persalinan yang nyata setelah pemberian tetes oksitosin pada labu pertama, tetes oksitosin pada labu kedua langsung diberikan.</p> <p>Upaya untuk meningkatkan keberhasilan tetes oksitosin dapat dilakukan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Amniotomi, diberikan sebelum pemberian oksitosin (segera setelah pembukaan memungkinkan)2. Metrolisa <p>Cara pemberian:</p> <p>Dilakukan tindakan antiseptik pada vagina dan sekitarnya. Metrolisa dimasukkan melalui kanal serviks, sehingga balon terletak di kavum uteri. Selanjutnya metrolisa diisi dengan 120-150 cc NaCl atau aquades. Metrolisa akan terlepas bila pembukaan lebih besar dari diameter balon.</p>
--	---

2.2 Kalsifikasi Plasenta

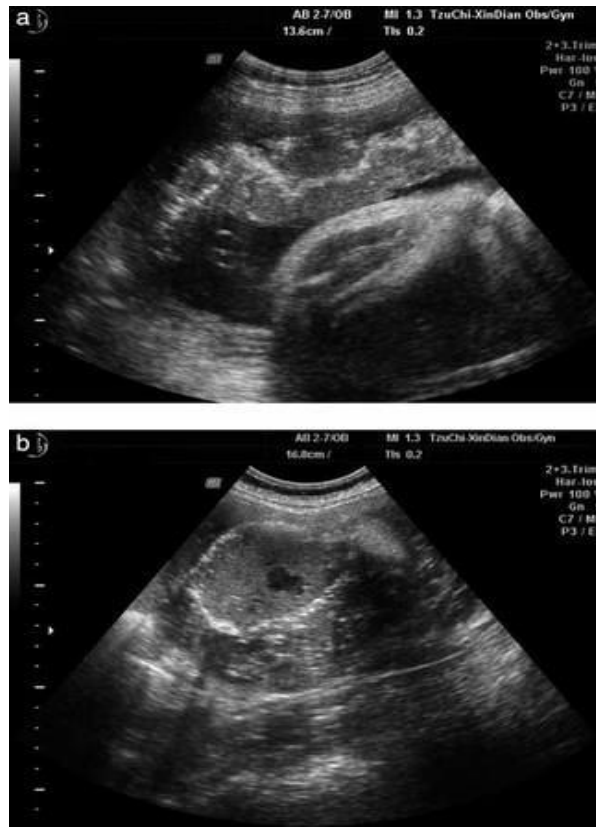
2.2.1 Pengertian

Kalsifikasi plasenta adalah kondisi penebaran plasenta akibat adanya penumpukan kalsium yang disebabkan pecahnya pembuluh darah kecil di plasenta. Pengapuran plasenta ditandai dengan

kemunculan bintik-bintik putih menyebar dari dasar plasenta hingga permukaannya (Puri et al., 2017).

Kalsifikasi plasenta, yang sering terlihat pada pemeriksaan ultrasonografi selama kehamilan, ditandai dengan deposisi kalsium yang meluas pada plasenta, menghasilkan fokus ekogenik. Ketika proses telah berkembang menjadi deposisi kalsium pada lempeng basal dan septa, kalsifikasi mungkin tampak menjadi linier atau bahkan melingkar. Klasifikasi Grannum untuk penilaian ultrasonografi, kalsifikasi plasenta derajat ini disebut Grade III, dengan pembentukan lekukan atau struktur seperti cincin yang signifikan di dalam plasenta (Gambar 1). (K.H.Chen et al., 2011)

Kalsifikasi plasenta biasanya meningkat dengan usia kehamilan, dan menjadi jelas setelah usia kehamilan 36 minggu. Ketika menjadi menonjol sebelum usia kehamilan 36 minggu, itu dianggap sebagai kalsifikasi plasenta prematur. Prevalensi kalsifikasi plasenta prematur telah dilaporkan sebesar 3,8% (diukur hanya pada 36 minggu); 9% (sebelum 28 minggu); 15% (pada 34–36 minggu); dan 23,7% (pada 31-34 minggu), Miller et al. melaporkan bahwa kalsifikasi plasenta Grade III ditemukan pada 39,4% wanita hamil aterm. (K.H.Chen et al., 2011)



Gambar 2.1 Kalsifikasi plasenta

Sumber: K.H.Chen et al., 2011

2.2.2 Resiko Kalsifikasi Plasenta

Risiko dari pengapuran tergantung pada waktu mulai terjadi selama kehamilan. Pada umumnya, semakin awal pengapuran terjadi, maka semakin tinggi risiko bahaya yang mungkin ditimbulkan. Menurut Pane (2022) berikut beberapa masalah yang mungkin terjadi akibat dari pengapuran plasenta sesuai dengan usia kehamilannya:

1. Usia Kehamilan 28-36 Minggu

Pengapuran pada masa awal hingga pertengahan kehamilan tergolong dalam kehamilan risiko tinggi, termasuk di minggu 28-36. Pengapuran yang terjadi sebelum usia kehamilan

menginjak 32 minggu disebut sebagai pengapuran atau kalsifikasi plasenta prematur dini. Hal ini dikarenakan pengapuran plasenta sekitar usia 32 minggu berisiko menyebabkan berbagai komplikasi, komplikasi yang mungkin terjadi yaitu perdarahan saat persalinan, solusio plasenta, dan bayi lahir prematur. Bahkan APGAR skor bayi bisa rendah dan berisiko meninggal saat masih dalam kandungan.

2. Usia Kehamilan 36 Minggu

Jika pengapuran terjadi saat usia kehamilan 36 minggu, maka berisiko mengalami hipertensi pada kehamilan dan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

3. Usia Kehamilan 37-42 Minggu

Sekitar 20-40 persen kehamilan normal di usia 37 minggu dapat mengalami pengapuran plasenta. Tetapi, kondisi ini dinilai tidak berbahaya. Namun, menurut penelitian yang dilakukan oleh Hu chen-Kuo et, al. (2015) pengapuran yang terjadi pada tahap III berisiko menyebabkan bayi lahir mati.

2.3 Plasenta

2.3.1 Pengertian

Plasenta adalah lapisan yang menempel pada rahim selama bayi dalam kandungan dan berperan menjaga asupan darah dari ibu ke bayi melalui tali pusar. Plasenta juga memproduksi hormon pendukung kehamilan seperti progesteron, estrogen,

ataupun *chorionic gonadotropin* (hCG). Menjelang akhir kehamilan plasenta juga melepaskan antibodi atau zat kekebalan tubuh kepada janin.

2.3.2 Struktur Plasenta

Plasenta berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15-20 cm dan tebal \pm 2,5 cm, berat rata-rata 500 gram. Umumnya plasenta terbentuk lengkap pada kehamilan kurang dari 16 minggu dengan ruang amnion telah mengisi seluruh kavum uteri.

Plasenta terletak di depan atau di belakang dinding uterus, agak ke atas kearah fundus uteri, dikarenakan alasan fisiologis, permukaan bagian atas korpus uteri lebih luas, sehingga lebih banyak tempat untuk berimplentasi. Plasenta berasal dari sebagian besar dari bagian janin, yaitu villi koriales atau jonjot *chorion* dan sebagian kecil dari bagian ibu yang berasal dari desidua basalis.

Plasenta mempunyai dua permukaan, yaitu permukaan fetal dan maternal. Permukaan fetal adalah permukaan yang menghadap ke janin, warnanya keputih-putihan dan licin. Hal ini disebabkan karena permukaan fetal tertutup oleh amnion, di bawah nampak pembuluh-pembuluh darah. Permukaan maternal adalah permukaan yang menghadap dinding rahim, berwarna merah dan terbagi oleh celah-celah yang berasal dari jaringan ibu. Jumlah celah pada plasenta dibagi menjadi 16-20 kotiledon.

Penampang plasenta terbagi menjadi dua bagian yang terbentuk oleh jaringan anak dan jaringan ibu. Bagian yang terdiri dari jaringan anak disebut *membrana chorii*, yang dibentuk oleh amnion, pembuluh darah janin, korion dan villi. Bagian dari jaringan ibu disebut piring desidua atau piring basal yang terdiri dari desidua *compacta* dan desidua *spongiosa*.

2.3.3 Fungsi Plasenta

Plasenta memiliki peranan yang penting untuk menunjang perkembangan janin di dalam kandungan. Berikut fungsi dari plasenta menurut Nareza (2020), yaitu:

1. Menyalurkan oksigen dan nutrisi pada janin

Janin membutuhkan oksigen dan nutrisi untuk bisa hidup serta berkembang selama di dalam kandungan. Hal tersebut didapatkannya melalui plasenta. Oksigen dan nutrisi akan dibawa oleh darah dan dialirkan ke dalam plasenta. Setelah itu, asupan tersebut akan ditransfer langsung ke janin melalui tali pusar yang terhubung dari plasenta ke janin. Proses ini mulai terjadi di bulan kedua kehamilan.

2. Membuang zat sisa dari darah janin

Selain memasok oksigen dan nutrisi, plasenta juga berfungsi untuk membuang sisa metabolisme yang sudah tidak dibutuhkan oleh janin. Zat sisa tersebut akan dialirkan kembali ke aliran

darah ibu dan kemudian dikeluarkan bersama sisa metabolisme yang dihasilkan.

3. Memproduksi hormon pendukung kehamilan

Memproduksi hormon kehamilan, yaitu estrogen, progesteron, dan *human chorionic gonadotropin* (hCG). Hormon-hormon tersebut sangat penting dalam mendukung perkembangan janin dan menjaga kehamilan.

4. Melindungi janin dari infeksi bakteri

Plasenta juga berfungsi sebagai penghalang bagi bakteri yang mungkin ada pada tubuh ibu. Jadi jika ibu mengalami infeksi bakteri, plasenta akan melindungi janin agar tidak tertular infeksi tersebut.

5. Menyalurkan antibodi dari ibu ke janin

Antibodi ini dapat memberikan kekebalan tubuh untuk janin agar terhindar dari penyakit. Namun setelah janin dilahirkan, antibodi dari ibu hanya bisa bertahan hingga usianya mencapai tiga bulan. Jadi, penting bagi anak untuk tetap mendapatkan imunisasi.

2.3.4 Retensio Plasenta

1. Definisi

Retensio Plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta selama 30 menit setelah bayi lahir. Hal itu disebabkan karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta

sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. Bila sebagian kecil plasenta masih tertinggal dalam uterus dan dapat menimbulkan perdarahan post partum primer atau lebih sering sekunder. Proses kala III didahului dengan tahap pelepasan atau separasi plasenta akan ditandai oleh perdarahan pervaginam (cara pelepasan Duncan) atau plasenta sudah lepas tetapi tidak keluar pervaginam (cara pelepasan Schultze), sampai akhirnya tahap ekspulsi, plasenta lahir. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala tiga) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan manual plasenta, meskipun kala uri belum lewat setengah jam. Pada beberapa kasus dapat terjadi retensio plasenta berulang (habitual retensio plasenta). (Widuri, 2021)

2. Jenis-jenis Retensio Plasenta

Menurut Widuri (2021) Jenis-jenis perlekatan plasenta yang abnormal yaitu:

a. Plasenta Adhesiva

Tipis sampai hilangnya lapisan jaringan ikat Nitabush, sebagian atau seluruhnya sehingga menyulitkan lepasnya plasenta saat terjadi kontraksi dan retraksi otot uterus.

b. Plasenta Akreta

- 1) Hilangnya lapisan jaringan ikat longgar nitabush sehingga plasenta sebagian atau seluruhnya mencapai lapisan desidua basalis.
- 2) Dengan demikian agak sulit melepaskan diri saat kontraksi atau retraksi otot uterus.
- 3) Dapat terjadi tidak diikuti perdarahan karena sulitnya plasenta lepas.
- 4) Plasenta manual sering tidak lengkap sehingga perlu diikuti dengan kuretase.

c. Plasenta Inkreta

- 1) Implantasi jonjot plasenta sampai mencapai otot uterus, sehingga tidak mungkin lepas sendiri.
- 2) Perlu dilakukan plasenta manual, tetapi tidak akan lengkap dan harus diikuti: Kuretase tajam dan dalam, histerektomi

d. Plasenta Perkreta

- 1) Jonjot plasenta menembus lapisan otot dan sampai lapisan peritoneum kavum abdominalis. Retensio plasenta tidak diikuti perdarahan.
- 2) Plasenta manual sangat sukar, bila dipaksa akan terjadi perdarahan dan sulit dihentikan atau perforasi.
- 3) Tindakan definitif hanya histerektomi.

e. Plasenta Inkarserata

Plasenta telah lepas dari implantasinya, tetapi tertahan oleh karena kontraksi SBR. Pada kasus retensio, plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan perdarahan dan infeksi. Jika plasenta tidak dikeluarkan, maka dapat terjadi plasenta inkarserata, dapat terjadi polip plasenta dan terjadi degenerasi sel ganas korio karsinoma.

3. Tanda-tanda retensio plasenta

Menurut Widuri (2021) Dibagi menjadi dua yaitu:

1. Tanda-tanda yang selalu ada
 - a. Plasenta belum lahir 30 menit setelah anak lahir
 - b. Ada perdarahan
 - c. Kontraksi uterus baik
 - d. Pada eksplorasi jalan lahir tidak ada robekan.
2. Tanda-tanda yang kadang menyertai
 - a. Tali pusat putus akibat traksi berlebihan
 - b. Inverio uteri akibat tarikan
 - c. Perdarahan lanjutan

2.4 Persalinan

2.4.1 Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran

normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Jannah, 2015).

Persalinan adalah keluarnya hasil konsepsi secara spontan yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin pada usia kehamilan cukup bulan 39 minggu (Kemenkes, 2015).

Persalinan atau disebut dengan partus adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Mochtar, 2013).

2.4.2 Jenis-jenis Persalinan

Jenis-jenis persalinan menurut Damayanti, dkk (2014) diantara lain:

1. Persalinan Spontan

Persalinan yang prosesnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2. Persalinan buatan

Persalinan yang prosesnya berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya dengan forceps/vakum atau dilakukan operasi sectio caesarea.

3. Persalinan anjuran

Persalinan yang dibantu dengan rangsangan (indukasi partus), misalnya pemberian oksitosin drip, amniotomi, dan atau pemberian prostaglandin.

2.4.3 Patofisiologi Persalinan

Tanda – tanda permulaan persalinan

1. Lightening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul sehingga keadaannya menjadi lebih ringan dan kurang sesak nafas, tetapi sebaliknya terasa nyeri pada anggota bawah dan sedikit lebih sungkar berjalan.
2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uterus turun.
3. Sering buang air kecil (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
4. Perasaan sakit di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi.
Kontraksi ini bersifat nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah, tidak teratur, lamanya His pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan saat dibawa beraktifitas malah berkurang, tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks.
5. Serviks menjadi lembek.
6. Gastrointestinal Upset yaitu tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual, dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

Tanda – tanda inpartu.

1. Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
2. Keluar lendir bercampur darah (bloody show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
3. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
4. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

2.4.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Kurniarum (2016) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

1. Passenger (Buah Kehamilan)

Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Passenger terdiri dari janin, plasenta, dan selaput ketuban (Helen, 2022).

2. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku.

3. Power

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah His, kontraksi otot-otot perut, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah His yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

4. Penolong

Kompetensi yang dimiliki oleh penolong persalinan sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal neonatal, dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi.

5. Psychologic

Respons Proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat.

2.4.5 Etiologi Persalinan

Sebab terjadinya persalinan sampai kini masih merupakan teori – teori yang kompleks antara lain:

1. Teori penurunan hormon progesteron

Progesteron bekerja sebagai penenang bagi otot – otot uterus sehingga saat hormon menurun maka terjadi kontraksi (His).

2. Teori distensi rahim

Keadaan uterus yang terus menerus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot – otot uterus, maka timbul kontraksi.

3. Teori oksitosin

Pada akhir kehamilan oksitosin meningkat dan mengakibatkan timbul kontraksi otot-otot rahim.

4. Induksi partus (*induction of labour*)

Induksi persalinan adalah upaya menstimulasi uterus untuk memulai terjadinya persalinan. Sedangkan augmentasi atau akselerasi persalinan adalah untuk meningkatkan frekuensi, lama, dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan. Induksi dimaksudkan sebagai stimulasi terhadap kontraksi spontan yang dianggap tidak adekuat karena kegagalan serviks dan penurunan janin. Induksi persalinan menurut Sakti, dkk (2013) sebagai berikut:

a. Kateter Foley

Kateter foley merupakan alternatif lain disamping pemberian prostaglandin untuk mematangkan serviks dan induksi persalinan. Adapun teknik pemasangan kateter foley yaitu sebagai berikut:

- 1) Pasang speculum pada vagina.
 - 2) Masukkan kateter foley pelan-pelan melalui servik dengan menggunakan spekulum.
 - 3) Pastikan ujung kateter telah melewati ostium uteri internum.
 - 4) Kembangkan balon kateter dengan 10 ml air.
 - 5) Gulung sisa kateter dan letakkan di vagina.
 - 6) Diamkan kateter dalam vagina sampai timbul kontraksi uterus atau maksimal 12 jam.
 - 7) Kempiskan balon kateter sebelum mengeluarkannya dan kemudian lanjutkan dengan infuse oksitosin.
- Jangan lakukan pemasangan kateter foley jika terdapat riwayat pendarahan, ketuban pecah, dan infeksi vagina.

b. Oksitosin

Lakukan observasi ketat pada pasien yang mendapat oksitosin, gunakan secara hati-hati karena dapat terjadi hiperstimulasi. Walaupun jarang, ruptura uteri dapat terjadi, terutama pada multipara. Dosis efektif oksitosin bervariasi, infus oksitosin dalam dekstose atau NaCl 0,9%, dengan tetesan dinaikan secara gradual sampai his adekuat.

- 1) Pantau denyut nadi, tekanan darah, kontraksi ibu hamil, dan DJJ.
- 2) Baringkan ibu dengan posisi miring ke kiri.

3) Catat semua pengamatan setiap 30 menit.

antara lain: kecepatan infus oksitosin, frekuensi dan lamanya kontraksi, DJJ. Apabila DJJ <100 kali/menit, segera hentikan infus, dan tatalaksana gawat janin.

4) Berikan 2,5- 5 international unit (IU) oksitosin dalam 500ml cairan kristaloid, lalu mulai infus dengan 8 tetes/menit. Setiap 30 menit, tambahkan 4 tetes/menit hingga dosis optimal untuk his adekuat tercapai. Dosis maksimum oksitosin adalah 20 mU/menit.

Jika terjadi hiperstimulasi (lama kontraksi lebih dari 60 detik atau lebih dari 4 kali kontraksi dalam 10 menit), hentikan infus dan kurangi hiperstimulasi dengan terbutalin 20 μ g IV perlahan selama 5 menit, atau salbutamol 10mg dalam 1L cairan (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat) 10 tetes/menit.

c. Amniotomi

Amniotomi atau pemecahan selaput ketuban secara artifisial disebut juga dengan induksi bedah. Teknik ini dapat digunakan untuk melakukan induksi atau augmentasi persalinan. Pemecahan ketuban buatan memicu pelepasan prostaglandin. Amniotomi dapat dilakukan sejak awal sebagai tindakan induksi dengan atau tanpa oksitosin. Induksi persalinan secara bedah (amniotomi) lebih efektif jika

keadaan serviks baik. Amniotomi pada dilatasi serviks sekitar 5 cm akan mempercepat persalinan spontan selama 1 sampai 2 jam, bahkan Mercer dkk (1995) dalam penelitian acak dari 209 perempuan yang menjalani induksi persalinan baik itu amniotomi dini pada dilatasi 1-2 cm ataupun amniotomi lanjut pada dilatasi 5 cm didapatkan persalinan yang lebih singkat yakni 4 jam (Cunningham, 2013).

Amniotomi adalah prosedur umum dalam protokol kebidanan. Tidak ada kesepakatan pasti dalam waktu amniotomi pada persalinan yang tertunda/persalinan lama (Vazani et al., 2021).

Setelah amniotomi, periksa DJJ pada saat kontraksi dan sesudah kontraksi uterus. Apabila ada kelainan DJJ (kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali/menit) curigai gawat janin.

- 1) Jika proses persalinan yang baik tidak terjadi 1 jam setelah amniotomi, mulailah dengan infus oksitosin.
- 2) Pada persalinan dengan masalah, misalnya sepsis atau eklampsia, infus oksitosin dilakukan bersamaan dengan amniotomi.

2.4.6 Tahapan Persalinan

1. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10

cm). Persalinan kala I berlangsung 12 (primigravida)-8 (multigravida) jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase laten persalinan

- 1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Pembukaan serviks kurang dari 4 cm.
- 3) Biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam.

b. Fase aktif persalinan

Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi (pembukaan 3-4), dilatasi maksimal (pembukaan 4-9), dan deselerasi (pembukaan 9-10).

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih.
- 2) Serviks membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm).
- 3) Terjadi penurunan bagian terendah janin.

2. Kala II

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini

berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

3. Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

- a. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit.
- b. Disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta.
- c. Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan.
- d. Tanda-tanda pelepasan plasenta : Perubahan ukuran dan bentuk uterus, uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari segmen bawah rahim, tali pusat memanjang, semburan darah tiba tiba.

4. Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu.

- a. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering.
- b. Observasi yang dilakukan: Tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan,

dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500cc.

2.4.7 Mekanisme Persalinan

Menurut Oktarina (2016) mekanisme persalinan adalah putaran dan penyesuaian lain yang terjadi pada proses kelahiran manusia. Tujuh gerakan pada mekanisme persalinan adalah sebagai berikut:

1. Engagement

Kepala dikatakan telah menancap (engaged) pada pintu atas panggul apabila diameter biparietal kepala melewati pintu atas panggul. Pada nulipara, hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai karena otot-otot abdomen masih tegang sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul. Pada multipara yang otot-otot abdomennya lebih kendur kepala seringkali tetap dapat digerakkan di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai.

2. Descent (penurunan)

Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul. Penurunan terjadi akibat: tekanan cairan ketuban, tekanan langsung oleh fundus uteri, kontraksi diafragma dan otot perut, serta melurusnya badan janin akibat kontraksi uterus.

3. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar.

Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir. Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul.

4. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

5. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.

6. Putaran Paksi luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam dan untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin. Gerakan ini disebut putaran restitusi. Selanjutnya putaran diteruskan hingga

belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sefihak. Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu mendapatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

7. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hypomochlin untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.

2.5 Pendokumentasian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus kepada klien. (Varney, 2008). Langkah-langkah manajemen kebidanan 7 langkah Varney, yaitu:

1. Mengumpulkan data dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara:

- a. Pengambilan riwayat.
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital.

- c. Pemeriksaan khusus.
- d. Pemeriksaan penunjang.

2. Interpretasi data

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

3. Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial/ mungkin timbul untuk mengantisipasi penanganannya. Tahap ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila kemungkinan dilakukan pencegahan.
4. 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 periode atau kunjungan saja perinatal saja, tetapi selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus.
5. Penyusunan rencana asuhan 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. 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. Mengevaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan 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, 2007)

Dokumentasi dalam asuhan kebidanan adalah suatu pencatatan terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dan dilakukan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan). Sehingga perkembangan klien dapat dilihat dari awal sampai akhir. Langkah-langkah asuhan kebidanan tersebut ditulis dengan menggunakan SOAP sebagai berikut:

S :Data informasi yang subjektif adalah mencatat hasil anamnesa dengan cara berbicara dengan klien, mengajukan pertanyaan- pertanyaan mengenai kondisi dan mencatat riwayat kesehatan klien termasuk mengamati perilaku klien.

O :Data informasi Objektif adalah hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta catatan medik.

A :Mencatat hasil Analisa yaitu diagnosa dan masalah kebidanan berdasarkan penelaahan dari data subjektif dan data objektif.

P : Mencatat seluruh penatalaksanaan yang dilakukan (tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan rutin, penyuluhan, support, kolaborasi, rujukan dan evaluasi/follow up).

Dokumentasi SOAP ini dicatat pada lembar catatan perkembangan yang ada dalam rekam medis pasien. (Varney, 2007)

BAB III
TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. A USIA 23 TAHUN
G1P0A0 GRAVIDA 42-43 MINGGU INPARTU DENGAN SEROTINUS
DAN KALSIFIKASI PLASENTA DI RSUD dr. SLAMET GARUT

3.1 CATATAN PERKEMBANGAN KALA I

Tanggal Pengkajian : 19 April 2024
Pukul : 08.00 WIB
Tempat Pengkajian : Ruang VK
Pengkaji : Ajeng Riski Anisa

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama	: Ny. A	/	Tn. I
Umur	: 23 Tahun	/	24 Tahun
Agama	: Islam	/	Islam
suku	: Sunda	/	Sunda
pendidikan	: SMA	/	SMA
pekerjaan	: IRT	/	Wiraswasta
alamat	: Pangatikan	/	Pangatikan

2. Alasan Datang

Ibu datang ke poli untuk memeriksakan kehamilannya dan mengatakan merasa mulas pukul 19.00 WIB kemarin, namun mulas

yang dirasakan ibu tidak berlangsung lama, sebentar, dan kemudian hilang. Mulas dirasakan ibu kembali sejak 1 jam sebelum masuk rumah sakit atau kurang lebih pukul 06.30 WIB. Gerakan janin masih dirasakan ibu. Ibu juga mengatakan bahwa dirinya takut dan cemas, dikarenakan ini merupakan kehamilan yang pertama serta belum ada pengalaman melahirkan. Hasil pemeriksaan dari poli, ibu dianjurkan untuk segera mengakhiri kehamilannya. Ibu datang ke ponpek kemudian dipindahkan ke ruang bersalin.

3. Keluhan Utama

Ibu mengeluh mulas

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan pertama kali menstruasi saat usia 12 tahun, lamanya 6-7 hari, banyaknya 1-2 kali ganti pembalut, tidak ada keluhan selama menstruasi. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) pada tanggal 27 Juni 2023. Taksiran persalinan (TP) tanggal 4 April 2024

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama, merasakan gerakan janin saat usia kehamilan 4 bulan dan sekarang masih aktif, ibu selalu memeriksakan kehamilannya di BPM ataupun di posyandu. Selama kehamilan ini ibu tidak pernah mengalami pendarahan, mual berlebihan, pusing yang berlebih, nyeri ulu

hati ataupun pandangan kabur. Ibu tidak mengonsumsi jamu-jamuan dan obat-obatan, kecuali yang diberikan oleh bidan.

- c. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang
Lalu Ini merupakan kehamilan yang pertama

5. Riwayat Kesehatan

- a. Riwayat kesehatan dahulu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita atau memiliki penyakit seperti jantung, asma, tubercolusis, ginjal, diabetes militus, malaria, dan HIV/AIDS.

- b. Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan sekarang tidak menderita atau memiliki penyakit seperti jantung, asma, tubercolusis, ginjal, diabetes militus, malaria, dan HIV/AIDS.

- c. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit menurun seperti Hipertensi, Diabetes Melitus, jantung, dll maupun penyakit menular seperti HIV / AIDS, TBC, dan penyakit kelamin.

6. Riwayat Pernikahan

Ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suami, saat menikah usia ibu 22 tahun dan suami 23 tahun.

7. Riwayat KB

Ibu tidak pernah menggunakan KB apapun

8. Pola Pemenuhan Sehari-hari

a. Nutrisi

Makan 2-3 kali sehari, minum kurang lebih 7-8 gelas perhari

b. Eliminasi

BAB 1 kali perhari

BAK menggunakan kateter (DC) dengan volume urine 300 ml

(dipasang diruang PONEK)

c. Istirahat

Ibu memiliki jam tidur malam kurang lebih 6 jam dan tidur siang

kurang lebih 1-2 jam

d. Psikososial

Ibu, suami, dan keluarga merasa senang atas kehamilannya.

Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami

e. Kondisi psikologi saat persalinan

Cemas, karena ibu baru pertama kali melahirkan.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

K/U : Baik

Kesadaran: Composmentis

2. Tanda-tanda Vital

TD : 120/90 mmHg

N : 89 x/m

S : 36,4°C

R : 21 x/m

SPO2 : 99%

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Tidak ada masa dan tidak nyeri tekan
- b. Muka : Tidak pucat dan tidak oedema
- c. Mata : Simetris, konjungtiva an anemis, sklera an ikterik
- d. Hidung : Tidak ada pembengkakan
- e. Telinga : Bersih, pendengaran baik, tidak ada kelainan
- f. Mulut : Bersih, tidak ada kelainan
- g. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid
- h. Payudara : Simetris, tidak ada masa, puting susu menjol,
belum terdapat pengeluaran ASI
- i. Abdomen : Terdapat linea nigra dan striae gravidarum, lingkaran
perut 91 cm, HIS 2x10'x20''

Palpasi

Leopold I : Teraba bulat tidak melenting di fundus, TFU 33
cm

Leopold II : Teraba keras memanjang diperut bagian kiri dan
teraba bagian kecil janin di perut bagian kanan

Leopold III : Teraba keras melenting diperut bagian bawah

Leopold IV : Divergen, 2/5

Auskultasi : DJJ 143 x/m (regular)
- j. Genetalia

V/V Tidak ada kelainan

Portio tebal lunak

Pembukaan 2-3cm

Ketuban (+)

Bagian terendah kepala

Ekstremitas : Simetris, tidak oedema

4. Pemeriksaan Penunjang

Hb : 11,7 gr

HbsAg : (-)

HIV : (-)

Glukosa urine : (-)

Protein urine : (-)

USG : Kalsifikasi Plasenta

Swab Antigen : (-)

C. ANALISA

G1P0A0 inpartu 42-43 minggu kala I fase laten dengan serotinus dan kalsifikasi plasenta. Janin tunggal hidup intrauterine

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan

Evaluasi: ibu mengerti

2. Menyarankan ibu untuk miring kiri

Evaluasi: Ibu bersedia

3. Menyarankan ibu untuk makan dan minum

Evaluasi: Ibu bersedia

4. Menyarankan ibu untuk istirahat bila tidak ada

HIS Evaluasi: ibu mengerti

5. Melaksanakan advis dari dokter, yaitu:

Mengobservasi DJJ dan NST

Membantu menyiapkan alat untuk tindakan amniotomy

Memasang drip oxytocin 5 IU dilarutan dekstrose 500 ml

Evaluasi: Dilakukan

6. Memantau kemajuan persalinan

Evaluasi: Dilakukan

7. Pendokumentasian

Evaluasi: Dilakukan

3.2 CATATAN PERKEMBANGAN KALA II

Pukul : 16.30 WIB

A. SUBJEKTIF

Ibu mengatakan mulas yang semakin kuat dan rasa ingin mendedan

B. OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

K/U : Baik

Kesadaran: Composmentis

2. Tanda-tanda Vital

TD : 130/90 mmHg

N : 89 x/m

S : 36,1°C

R : 21 x/m

SpO₂ : 98%

3. Abdomen

DJJ : 145 x/m

HIS : 5x10'x45''

4. Genetalia

V/V tidak ada kelainan

Portio tidak teraba

Pembukaan 10 (lengkap)

Ketuban (-)

Penurunan kepala St +2

C. ANALISA

G1P0A0 inpartu 42-43 minggu kala II dengan serotinus dan kalsifikasi plasenta

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Evaluasi: Ibu mengerti

2. Mendekatkan alat-alat partus dan mengecek kelengkapannya

Evaluasi: Dilakukan

3. Memimpin dan menganjurkan ibu untuk mengejan yang baik dan

benar saat ada HIS

Evaluasi: Ibu mengerti dan dilakukan

4. Menganjurkan ibu untuk istirahat dan minum bila tidak ada

HIS Evaluasi: Dilakukan

5. Memeriksa DJJ

Evaluasi: Dilakukan

6. Menyiapkan alat untuk tindakan episiotomy

Evaluasi: Dilakukan

7. Melakukan pertolongan sesuai dengan APN

Evaluasi: Pukul 16.45 WIB bayi lahir spontan, langsung menangis, PB 50 cm, BB 3520 gram, warna kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan

8. Melakukan pemasangan umbilikal klem dan pemotongan tali pusat Evaluasi: Dilakukan

9. Bayi langsung dipindahkan ke ruang perinatologi Evaluasi: Dilakukan

10. Melanjutkan asuhan kala III

Evaluasi: Dilakukan

3.3 CATATAN PERKEMBANGAN KALA III

Pukul : 16.45 WIB

A. SUBJEKTIF

Ibu mengatakan masih merasa lemas

B. OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

K/U : Baik

Kesadaran: Composmentis

2. Tanda-tanda Vital

TD : 110/80 mmHg

N : 82 x/m

S : 36,4°C

R : 20 x/m

SpO₂ : 98%

3. Abdomen

Kontraksi : Baik

TFU : Sepusat

Kandung kemih : Kosong

4. Genetalia

V/V terdapat tali pusat memanjang

Semburan darah (+)

C. ANALISA

P1A0 kala III

D. PENATALAKSANAAN

1. Mengecek janin ke dua

Evaluasi: tidak ada janin ke dua

2. Melakukan manajemen aktif kala III
Evaluasi: Dilakukan
3. Menyuntikan oxytocin 10 IU secara IM
Evaluasi: Dilakukan
4. Melakukan peregang tali pusat dan dorso kranial
Evaluasi: Dilakukan, didapati keadaan tali pusat yang rapuh
5. Dilakukan manual plasenta atas indikasi tali pusat rapuh
Evaluasi: Pukul 16.55 WIB plasenta lahir lengkap
6. Menyuntikan methylergometrine
Evaluasi: Dilakukan
7. Melakukan massase uterus 15 kali dalam 15 detik
Evaluasi: Dilakukan, terdapat kontraksi
8. Mengecek kelengkapan plasenta
Evaluasi: Plasenta lengkap
9. Menganjurkan ibu untuk pasang KB IUD
Evaluasi: Ibu menolak untuk pasang KB IUD

3.4 CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV

Pukul : 17.10 WIB

A. SUBJEKTIF

Ibu mengatakan masih merasa mulas

B. OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

K/U : Baik

Kesadaran: Composmentis

2. Tanda-tanda Vital

TD : 110/70 mmHg

N : 80 x/m

S : 36,2°C

R : 22 x/m

SpO₂ : 99%

3. Abdomen

Kontraksi : Baik

TFU : 2 jari di bawah pusat

4. Genetalia

V/V terdapat luka jahitan perineum

C. ANALISA

P1A0 kala IV

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan

Evaluasi: Ibu mengerti

2. Melakukan hecting luka episiotomy derajat dua di perineum

Evaluasi: Dilakukan

3. Mengobservasi 2 jam pertama seperti: TTV, TFU, kontraksi, kandung kemih, dan pendarahan

Evaluasi: Dilakukan

4. Memberikan penkes tentang KB, menyusui, perawatan luka jahitan, dan nutrisi

Evaluasi: Dilakukan dan ibu mengerti

5. Membersihkan ibu, tempat bersalin, dan alat-alat partus

Evaluasi: Dilakukan

6. Pendokumentasian

Evaluasi: Dilakukan

BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pemeriksaan dan asuhan yang dilakukan penulis pada Ny. A yang dilaksanakan pada tanggal 19 April 2024 pukul 08.00 WIB di RSUD dr. Slamet Garut, dapat dilihat ada atau tidaknya kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan.

4.1 DATA SUBJEKTIF

Berdasarkan data subjektif yang didapatkan bahwa Ny. A usia 23 tahun hamil anak pertama datang ke poli untuk memeriksakan kehamilannya dan mengatakan merasa mulas pukul 19.00 WIB kemarin. Namun mulas yang dirasakan ibu tidak berlangsung lama dan sebentar, kemudian hilang. Mulas dirasakan ibu kembali sejak 1 jam sebelum masuk rumah sakit atau kurang lebih pukul 06.30 WIB.

Ibu mengatakan merasakan gerakan janin saat usia kehamilan 4 bulan dan sekarang masih aktif, ibu selalu memeriksakan kehamilannya di BPM ataupun di posyandu. Selama kehamilan ini ibu tidak pernah mengalami pendarahan, mual berlebihan, pusing yang berlebih, nyeri ulu hati ataupun pandangan kabur. Ibu tidak mengonsumsi jamu-jamuan dan obat-obatan, kecuali yang diberikan oleh bidan. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhirnya pada tanggal 27 Juni 2023 sehingga menunjukkan usia kehamilan 42-43 minggu. Namun hasil dari USG atau data dari rekam medik menyebutkan bahwa usia kehamilan ibu saat ini yaitu 41-42 minggu.

Ibu juga mengatakan bahwa saat ini dirinya merasa takut dan cemas, dikarenakan ini merupakan kehamilan yang pertama serta belum ada pengalaman melahirkan dan dikarenakan hasil USG dari poli yang menyatakan bahwa ibu mengalami kalsifikasi plasenta.

Dilihat dari data subjektif, hal ini menyakinkan penulis bahwa ibu mengalami kehamilan serotinus dan kalsifikasi plasenta. Sesuai dengan pendapat Prawihardjo (2012) umur kehamilan dapat dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan lewat waktu adalah kehamilan yang melampaui umur 294 hari (42 minggu) dengan segala kemungkinannya. Kemudian pendapat dari Cunningham (2012) yang menyatakan bahwa salah satu komplikasi dari kehamilan serotinus yaitu kalsifikasi plasenta. Fungsi plasenta mencapai puncaknya pada kehamilan 34-36 minggu dan setelah itu terus mengalami penurunan. Dengan adanya kehamilan serotinus maka fungsi plasenta akan semakin berkurang dan terjadi pengapuran pada plasenta.

4.2 DATA OBJEKTIF

Hasil pemeriksaan didapatkan K/U baik, kesadaran composmentis, TD: 120/90 mmHg N: 89x/menit R: 21x/menit S: 36,4^oC. Leopold I teraba bulat tidak melenting di fundus, TFU 33 cm. Leopold II teraba keras memanjang diperut bagian kiri dan teraba bagian kecil janin di perut bagian kanan. Leopold III teraba keras melenting diperut bagian bawah. Leopold IV divergen 2/5. DJJ: 143x/menit (regular), HIS 2x10'x20''. Pembukaan 2-3 cm,

ketuban (+), bagian terendah janin. Hasil pemeriksaan USG menunjukkan hasil kalsifikasi plasenta.

Sesuai menurut pendapat Nugroho (2012) bahwa pemeriksaan penunjang salah satunya yaitu USG untuk menilai jumlah dan kekeruhan air ketuban, derajat maturitas plasenta, besarnya janin, keadaan janin.

4.3 ANALISA

Berdasarkan pengkajian dari data subjektif dan data objektif Ny. A maka analisa Ny. A adalah G1POA0 23 tahun gravida 42-43 minggu kala I fase laten dengan serotinus dan kalsifikasi plasenta. Kehamilan serotinus atau disebut juga postterm, kehamilan lewat waktu, prolonged pregnancy, extended pregnancy, postdate/post datisme atau pascamaturitas merupakan kehamilan dengan umur kehamilan selama 294 hari (42 minggu) atau lebih. (Prawihardjo, 2012). Komplikasi atau masalah yang bisa terjadi pada ibu saat persalinan akibat kehamilan serotinus diantaranya yaitu: partus lama, distosia bahu, pendarahan postpartum, oligohidramnion, kalsifikasi plasenta (Cunningham, 2012)

4.4 PENATALAKSANAAN

Setelah ditegakkan diagnosa bahwa ibu mengalami serotinus dan kalsifikasi plasenta pada pemantauan kala I fase laten pada Ny. A penulis melakukan penilaian keadaan umum pada Ny. A memeriksa tanda-tanda vital, menentukan keadaan janin dengan melakukan DJJ, menghitung frekuensi his

serta memberikan semangat selama persalinan. Segera setelah pasien datang ke ruang bersalin dilakukan pemeriksaan keadaan serviks, presentasi dan kondisi janin. Kemudian berdasarkan advice dokter dilakukan amniotomi, dan diberikan drip oksitosin 5 IU pada dekstrose dengan 20 tpm.

Selama dilakukan induksi, HIS ibu meningkat menjadi 4x10'x45'' lalu setelah his membaik dan pembukaan lengkap, maka dilakukan pemimpinan persalinan.

Pada pukul 16.45 bayi lahir spontan, langsung menangis, dilakukan jepit-jepit potong lalu bayi langsung dibawa ke ruang perinatologi. Penanganannya sesuai dengan penanganan bayi baru lahir normal. Keadaan umum baik, warna kulit kemerahan, tonus otot kuat, PB 50 cm, BB 3520 gram, jenis kelamin perempuan.

Pada pukul 16.55 plasenta lahir lengkap dengan manual plasenta atas indikasi tali pusat rapuh. Sesuai dengan teori yang menyebutkan jika sebelum plasenta lahir dan mendadak terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual untuk segera mengosongkan kavum uteri. (JNPKR, APN, 2012). Pada pukul 17.00 dilakukan pemantauan 2 jam pertama pascasalin.

4.5 PENDOKUMENTASIAN

Setelah melakukan asuhan pada Ny. A dilakukan dokumentasi dalam bentuk SOAP. Sesuai dengan teori varney bahwa manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang dipergunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk mengembalikan suatu keputusan yang berfokus pada klien. Pendokumentasian ini didapat dari data primer yaitu data yang diperoleh dari klien dengan cara wawancara anamnesa, sedangkan data sekunder diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik klien dimulai dengan mencari informasi dari buku-buku yang terkait dengan penanganan kasus kebidanan.

Data diambil berdasarkan tanya jawab langsung tentang masalah yang diangkat dan juga melakukan observasi terhadap klien, selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Tahap akhir adalah studi dokumentasi dengan cara melihat catatan medis dan data penunjang yang ada dalam status klien.

BAB V

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Setelah melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. A usia 23 tahun G1P0A0 Gravida 42-43 minggu dengan serotinus dan kalsifikasi plasenta di RSUD dr. Slamet Garut. Maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Pengkajian data subjektif pada Ny. A Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 42-43 minggu, tidak ada kesenjangan
- b. Pengkajian data objektif pada Ny. A Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 42-43 minggu, tidak ada kesenjangan
- c. Analisa data telah dilakukan sehingga dapat menentukan diagnosa masalah pada persalinan Ny. A Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 42-43 minggu dengan serotinus dan kalsifikasi plasenta
- d. Penatalaksanaan kebidanan pada Ny. A, tidak ada kesenjangan
- e. Pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. A dengan serotinus dan kalsifikasi plasenta di RSUD dr. Slamet Garut dengan menggunakan SOAP

5.2 SARAN

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan untuk lebih memperdalam dan belajar banyak lagi tentang kebidanan, terutama kegawatdaruratan baik maternal ataupun neonatal.

Agar lebih mengetahui tanda dan gejalanya serta penanganan awal yang harus diberikan dengan baik dan benar.

5.2.2 Bagi klien

Diharapkan untuk melakukan Keluarga berencana (KB) yaitu merupakan program skala nasional yang dikelola oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Terdapat banyak manfaat program keluarga berencana yang dapat diperoleh salah satunya adalah menghasilkan keluarga yang berkualitas.

5.2.3 Bagi Lahan Praktik

Diharapkan untuk meningkatkan pelayanan kepada ibu bersalin sesuai dengan manajemen asuhan kebidanan dan standar pelayanan kebidanan.

5.2.4 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat meningkatkan dan mengembangkan sumber-sumber referensi di perpustakaan, sehingga dapat menunjang mahasiswa dalam pembelajaran dan penelitian tentang ilmu kebidanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bella. A. 2022. Kenali Tujuan dan Manfaaf Program Keluarga Berencana. Melalui
<<https://www.alodokter.com/kenali-tujuan-dan-manfaat-program-keluarga-berencana>> [28 Juni 2022]
- Chen. K. H., et al. 2015. *The role of preterm placental calcification on assessing risks of stillbirth. National Library of Medicine.* 1039-44
- Chen. K. H., et al. 2011. *Exploring the relationship between preterm placental calcification and adverse maternal and fetal outcom. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.* 53
- Haslinda, dkk. 2021. Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal pada Ny. N dengan Serotinus. *Window of Midwifery Journal.* 129-138
- Kurniarum. A. 2016. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan
- Melani. N., dkk. 2022. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Demand atas Pemanfaatan Penolong Persalinan di Provinsi Banten. *Jurnal Inovasi Penelitian.*
- Nareza. M.2020. Bunda, Inilah Fungsi Plasenta yang Penting untuk Diketahui. Melalui< <https://www.alodokter.com/bunda-inilah-fungsi-plasenta-yang-penting-untuk-diketahui#:~:text=Selain%20memasok%20oksigen%20dan%20nutrisi,sisa%20metabolisme%20yang%20Bunda%20hasilkan.>> [9 Juni 2022]
- Nur. (tanpa tahun). Kalsifikasi Plasenta. Melalui
<<https://www.coursehero.com/file/77716388/kalsifikasi-plasentadocx/>>
[9 Juni 2022]

- Nuraina. S., dkk. 2022. Peran Bidan dalam Pemberian Informasi dan Edukasi Pentingnya Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) pada Ibu Hamil di PMB Suherlina Kota Batam. Jurnal Inovasi Penelitian.
- Nurhikmawati. E. 2018. Gambaran Kejadian Komplikasi Maternal dan Neonatal Akibat Kehamilan Serotinus di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung Tahun 2017. Melalui <<http://repository.bku.ac.id/xmlui/bitstream/handle/12-3456789/2375/ELFA%20N%20CK115062%282018%29-1-43.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [9 Juni 2022]
- Oktarina. M. 2016. Buku Ajar Asuhan kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta: Deepublish
- Pane. M.D.C. 2022. Kenali Pengapuran Plasenta pada Masa Kehamilan. Melalui <<https://www.alodokter.com/kenali-pengapuran-plasenta-pada-masa-kehamilan#:~:text=Pengapuran%20atau%20kalsifikasi%20plasenta%20terbagi,usia%20kehamilan%2030%E2%80%9338%20minggu>> [9 Juni 2022]
- Rochmawati. L. 2011. Plasenta. Melalui < <https://lusa.afkar.id/plasenta>> [9 Juni 2022]
- Sakti.G.M.K. 2013. Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Jakarta
- Sukmanawati. D., dkk. 2021. Profil Lama Persalinan Kala II Berdasarkan Tindakan Amniotomi di RSUD 45 Kuningan. Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada.

Upahita. D. 2021. Pengapuran plasenta, seberapa berbahaya kondisi ini selama kehamilan?. Melalui <<https://hellosehat.com/kehamilan/kandungan/masalah-kehamilan/pengapuran-plasenta-saat-hamil/>> [9 Juni 2022]

Widuri. C. W. 2021. BAB II Tinjauan Pustaka. Melalui <<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/6324/4/Chapter%202.pdf>> [23 Juni 2022]

LEMBAR BIMBINGAN
KIA (KARYA ILMIAH AKHIR)

NAMA : Ajeng Riski Anisa
NIM : KHGH 23016
PROGRAM STUDI : Profesi Bidan
PEMBIMBING : Ibu Titi Purwitasari Handayani,SST./Bdn.,M.Keb

No	Tanggal	Keterangan	Paraf
1.	10 Juni 2024	ACC Judul	
2.	14 Juni 2024	Konsul Bab 1	
3.	19 Juni 2024	Konsul Bab II	
4.	26 Juni 2024	Konsul Bab III	
5.	1 Juli 2024	Perbaikan Bab I, II,III	
6.	5 Juli 2024	Konsul Bab IV	
7.	11 Juli 2024	Bab I, II, III ACC Konsul BabV, Daftar Pustaka	
8.	22 Juli 2024	ACC, Bab I-V	