

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. R USIA 44 TAHUN P4, A1 DENGAN RETENSIO PLASENTA DI PUSKESMAS PANCUR BATU TAHUN 2018

STUDI KASUS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir
Pendidikan Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**



Disusun Oleh :

**RANI KRISTINA SIMBOLON
022015055**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN
MEDAN
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. R USIA 44
TAHUN P4, A1 DENGAN RETENSIO PLASENTA
DI PUSKESMAS PANCUR BATU
TAHUN 2018**

Studi Kasus

Diajukan oleh :

RANI KRISTINA SIMBOLON
NIM : 022015055

**Telah Diperiksa Dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada
Program Studi Diploma 3 Kebidanan Stikes Santa Elisabeth Medan**

Oleh :

Pembimbing : Ermawaty Arisandi Siallagan, S.ST., M.Kes
Tanggal : 14 Mei 2018



Tanda Tangan :

Mengetahui

**Ketua Program Studi D3 Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan**



Prodi D.III Kebidanan
Anita Veronika, S.SiT, M.KM



**PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**

Tanda Pengesahan

Nama : Rani Kristina Simbolon
NIM : 022015055
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. R Usia 44 Tahun P4A0
Dengan Retensio Plasenta Di Puskesmas Pancur Batu Tahun 2018

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan TIM Penguji Sebagai
persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
pada hari Selasa, 22 Mei 2018 dan dinyatakan LULUS

TIM Penguji

Tanda Tangan

Penguji 1 : Merlina Sinabariba, S.ST., M.Kes

Penguji 2 : Aprilita Sitepu, SST

Penguji 3 : Ermawaty Arisandi Siallagan, S.ST., M.Kes



Prodi D III Kebidanan
Anita Veronika, S.SiT., M.KM



Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan
Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep

CURRICULUM VITAE



Nama : Rani Kristina Simbolon
Tempat/ Tanggal Lahir : Pargambiran, 03 September 1996
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Lintas Timur Simpang Granid

PENDIDIKAN

- 1. SD** : SD N 007 Talang Lakat : 2003-2009
- 2. SMP** : SMP Santa Theresia Air Molek : 2009-2012
- 3. SMA** : SMA N 2 Rengat Barat : 2012-2015
- 4. D-III** : Prodi D-3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth
Angkatan 2015

Lembar Persembahan

Tuhan saya sangat bersyukur kerana memiliki kedua orang tua yang baik. mama yang sabar, lembut, berani, dan memiliki hati yang mulia yang tidak pernah lupa mengingatkan ku dengan mu Tuhan dan memiliki papa yang baik, berani dan bertanggung jawab. Tuhan ku hantar doa kepada mu berkatilah selalu mereka dan berilah kesempatan buat saya untuk membahagiakan mereka. Tuhan Terima kasih kerana Berkat kasih dan kuasa yang Tuhan berikan melalui kedua orang tua dan saudara-saudara saya, saya bisa menyelesaikan kuliah ini. Semoga saya kelak bisa menjadi tangan kanan Tuhan untuk menolong sesama yang membutuhkan pertolongan setelah tamat dari kuliah ini. Terimah kasih mama, papa buat kebaikanmu buat kami anak-anakmu, kalian selalu berusaha tanpa mengenal lelah demi masa depan yang lebih baik untuk kami.

Motto hidup (filipi 4:6):

jangan hendaknya kamu kuatir
tentang apa pun juga, tetapinyatakanlah
dalam segala hal keinginanmu kepada Allah
dalam doa dan permohonan dengan ucapan syukur.

@Galilea

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul "Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. R Usia 44 Tahun P4, A1 Dengan Retensio Plasenta Di Puskesmas Pancur Batu Tahun 2018" ini sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini, saya siap menanggung resiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klien dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, Mei 2018

Yang membuat pernyataan



(Rani Kristina Simbolon)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN Ny. R USIA 44
TAHUN P4, A1 DENGAN RETENSIO PLASENTA
DI PUSKESMAS PANCUR BATU
TAHUN 2018¹**

Rani Kristina Simbolon², Ermawaty Siallagan³

INTISARI

Latar belakang : Plasenta manual merupakan tindakan operasi kebidanan untuk melahirkan plasenta. Teknik operasi plasenta manual tidaklah sukar, tetapi harus dipikirkan bagaimana persiapan agar tindakan tersebut dapat menyelamatkan jiwa penderita. Insiden Retensio Plasenta 16-17%. Retensio plasenta dapat menyebabkan perdarahan, perdarahan merupakan penyebab nomor satu (40%-60%) kematian ibu melahirkan. Menurut WHO dilaporkan bahwa 15-20% kematian ibu di sebabkan oleh retensio plasenta dan insidennya adalah 1% untuk setiap kelahiran.

Tujuan : Untuk memberikan Asuhan Kebidanan ibu bersalin pada Ny. R P4A1 dengan Retensio Plasenta secara menyeluruh dengan menggunakan Manajemen Asuhan Kebidanan 7 langkah Varney.

Metode : Jenis penelitian adalah deskriptif, dengan metode studi kasus yang bertujuan untuk melihat perbedaan dan persamaan antara teori dan praktek tentang Retensio Plasenta.

Hasil : Hasil asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. R dengan retensio plasenta dengan melakukan manual plasenta dan plasenta lahir lengkap pada pukul 08:53 wib diberikan sesuai dengan asuhan teori untuk penanganan ibu bersalin dengan Retensio Plasenta dan dalam pelaksanaan asuhan yang dilakukan sampai masalah teratasi.

Kesimpulan: Retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Retensio plasenta umumnya terjadi karena kelainan plasenta secara normal, his kurang kuat, kesalahan penanganan kala III, dan plasenta yang adhesiva. Pada Ny. R telah dilakukan manual plasenta sehingga ibu tidak mengalami perdarahan.

Kata Kunci : Retensio Plasenta

Referensi : Buku 11 (2009- 2017), Jurnal 2 (2015-2016)

¹Judul Penulisan Studi Kasus

²Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MIDWIFERY CARE ON MRS. R AGE 44 YEAR OLD P4, A1 WITH
PLACENTA RETENSIO AT PANCUR BATU MEDAN PUSKESMAS YEAR
2018¹**

Rani Kristina Simbolan², Ermawaty Siallagan³

ABSTRACT

Background: Manual placenta is an operation of midwifery to give birth to the placenta. The technique of manual placenta surgery is not difficult, but it must be prepared how the preparation for the action can give the soul of the sufferer. Incidence of Retention of Placenta 16-17%,%. Retensio placenta can cause bleeding, bleeding is the number one cause (40%-60%) maternal mortality. According to WHO it is reported that 15-20% of maternal deaths are caused by placental retention and the incidence is 1% for every birth

Objectives: To conduct a maternity midwifery assesment on Mrs. R age 44 years old P4A1 with placenta retention by using Varney's midwifery care management.

Methods: the type of research was descriptive, which case study methods that aim to see the differences dan similarities between the theory and practice of placenta retention.

Results: The results of midwifery care given to Mrs. R with Retensio Placenta by manual placenta and complete birth placenta at 08:53 wib given in accordance with the theoretical care for maternity handling with Retention Placenta and in the implementation of upbringing done until the problem is resolved.

Conclusion: Placental retention is delayed birth of placenta for half an hour after birth. Placental retention generally occurs due to abnormal placental abnormalities, his lack of strength, handling errors of the third stage, and adhesive placenta. Mrs. R has been done placenta manual so the mother does not experience bleeding.

Keywords: Placenta Retansion

Reference: Buku 11 (2009-2017), Jurnal 2 (2015-2016)

¹ Schedule of case study

² Student of D3 Midwifery Program STIKes Santa Elisabeth Medan

³ Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala kasih dan karunianya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. R Umur 44 Tahun P4, A1 Dengan Retensio Plasenta Di Puskesmas Pancur Batu Tahun 2018”. Laporan Tugas Akhir ini dibuat sebagai persyaratan dalam penyelesaian pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi D-3 Kebidanan.

Penulis menyadari masih banyak kesalahan baik isi maupun penyusunan bahasanya masih jauh dari kesempurnaan. Dengan hati terbuka dan lapang dada penulis mohon kiranya pada semua pihak agar dapat memberikan masukan dan saran yang bersifat membantu penulis dalam membangun guna lebih menyempurnakan Laporan Tugas Akhir ini.

Dalam penulisan laporan Tugas Akhir ini, penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan maupun kemampuan akan tetapi berkat bantuan dan bimbingan yang sangat berarti dan berharga dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang memberikan motivasi, bimbingan dan fasilitas kepada penulis. Yayasan Widya Fraliska beserta jajarannya yang telah memberikan kesempatan dan memenuhi kebutuhan penulis selama mengikuti pendidikan di STIKes St. Elisabeth Medan ini.

- 1) Mestiana Br. Karo, S.Kep, Ns, M.Kep sebagai Ketua STIKes St. Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Akademik Kebidanan St. Elisabeth Medan.
- 2) Anita Veronika, S.SiT, M.KM selaku Kaprodi D-3 Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Akademik Kebidanan St. Elisabeth Medan.
- 3) Ermawaty Siallagan, SST, M.Kes selaku dosen pembimbing untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang selalu meluangkan waktunya untuk membimbing, mengarahkan dan memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
- 4) Flora Naibaho, SST, M.Kes dan Risda Mariana Manik, SST, M.Kes selaku koordinator laporan Tugas Akhir yang telah banyak memberikan bimbingan nasehat dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
- 5) Merlina Sinabariba, SST, M.Kes, dan Aprilyta Sitepu, SST, selaku dosen penguji saya yang bersedia meluangkan waktunya untuk menguji dan mengoreksi serta memberi masukan, kritik dan saran terhadap hasil Laporan Tugas Akhir ini.
- 6) Seluruh staf dosen pengajar program study D-3 Kebidanan yang telah memberikan ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan di STIKes St. Elisabeth Medan.
- 7) Sr. Ave FSE selaku coordinator asrama, Sr. Flaviana FSE dan ibu Ida Tamba unit St. Agnes yang telah banyak mendukung, membimbing, menjaga serta mendoakan penulis selama di asrama.

- 8) Penulis mengucapkan kepada keluarga Ny. R yang telah bersedia menjadi pasien penulis untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
- 9) Terima kasih banyak buat orang tua tersayang, Ayahanda K. Simbolon dan Ibunda A. Sinaga, abang, kakak, dan keponakan-keponakan saya yang telah memberikan semangat, motivasi, dukungan moral, material, dan doa kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
- 10) Buat seluruh Akbid 3 angkatan XV yang sudah 3 tahun bersama di asrama dan dekat dengan saya, terima kasih buat pertemanan yang telah kalian berikan dengan setia mendengarkan keluh kesah penulis selama menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
- 11) Akhir kata penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak, semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dan diharapkan penulis semoga Laporan Tugas Akhir ini memberikan manfaat bagi kita semua

Medan, Mei 2018

Penulis

(Rani Kristina Simbolon)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO.....	v
HALAMAN PERNYATAAN.....	vi
INTISATI.....	vii
ABSTRAC.....	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI.....	X
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	5
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Studi Kasus	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Studi Kasus	7
1. Manfaat Teoritik.....	7
2. Manfaat Praktis.....	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan.....	8
1. Pengertian Persalinan	8
2. Tujuan Asuhan Kebidanan	8
3. Teori Persalinan	10
4. Tanda-Tanda Persalinan Normal	12
5. Mekanisme Persalinan Normal	13
5. Pembagian Kala Dalam Persalinan Normal.	16
6. Kebutuhan Ibu Bersalin Per Kala	21
B. Retensio Plasenta.	35
Pengertian Retensio Plasenta	35
Etiologi Retensio Plasenta.....	35
Patofisiologi Retensio Plasenta.	37
Klasifikasi Retensio Plasenta	38
Tanda dan Gejala Retensio Plasenta.	39
Penangan Retensio Plasenta Plasenta.....	40
Plasenta Manual.	43
Persiapan Plasenta Manual.....	43
Komplikasi Retensio Plasenta	44
Asuhan Kebidanan Pada Post Plasenta Manual	45

C. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan	46
1. Manajemen Kebidanan	46
2. Metode Pendokumentasian Kebidanan	46
BAB III METODE STUDI KASUS	49
A. Jenis Studi.....	49
B. Lokasi Studi Kasus	49
C. Subyek Studi Kasus	49
D. Waktu Studi Kasus	49
E. Instrumen Studi Kasus	49
F. Teknik Pengumpulan.....	49
G. Alat-alat yang Dibutuhkan.....	51
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	53
A. Tinjauan Kasus	53
B. Pembahasan	81
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	90
B. Saran	92

DAFTAR PUSTAKA

DAFAR LAMPIRAN

SURAT PERMOHONAN PERSETUJUAN JUDUL LTA

SURAT REKOMENDASI DARI PUSKESMAS

PATOGRAF

DAFTAR TILIK

LIFLET

FORMAT MANAJEMEN DAN SOAP YANG MENTAH

FORMAT INFOMENT CONCENT

LEMBAR KONSULTASI

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mortalitas dan mobilitas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Di negara miskin, sekitar 25-50% kematian wanita subur usia disebabkan hal berkaitan dengan kehamilan. Kehamilan dan melahirkan biasanya menjadi faktor utama wanita muda pada puncak produktivitasnya. Tahun 1996 WHO memperkirakan lebih dari 585.000 ibu pertahunnya meninggal saat hamil dan bersalin. (BAN, 2009)

Berdasarkan penelitian WHO diseluruh dunia, terdapat kematian ibu sebesar 500.000 jiwa pertahun dan kematian bayi khususnya noenatus sebesar 10.000.000 jiwa per tahun. Kematian maternal dan bayi tersebut terjadi terutama di negara berkembang sebesar 99%. kendatipun jumlahnya sangat besar, tetapi tidak menarik perhatian karena kejadiannya yang terbesar (sporadis), berbeda dengan kematian yang terjadi akibat banjir, tanah longsor, bencana alam lainnya ataupun korban kecelakaan. untuk di cegah dengan meningkatkan kerja sama antara pemerintah, swasta, dan badan-badan sosial lainnya. (manuaba, 2010)

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Beberapa negara memiliki AKI cukup tinggi seperti Afrika Sub-Saharan 179.000 jiwa, Asia Selatan 69.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 190 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 49 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 26 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 27 per

100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Penyebab secara langsung tingginya AKI adalah perdarahan post partum, infeksi, dan preeklamsi/eklamsia. Dari 5600.000 wanita hamil di Indonesia, sejumlah 27% akan mengalami komplikasi atau masalah yang menjadi masalah atau membawa resiko bagi ibu. WHO memperkirakan bahwa sekitar 15% dari seluruh wanita yang hamil akan berkembang menjadiancam jiwanya. Sebagian besar penyebab tersebut dapat di cegah melalui pemberian asuhan kehamilan yang dilakukan secara teratur dan berkualitas. (Rismalinda, 2015)

Berdasarkan *United National Millennium Development goal* (MDG) tahun 2015, AKI keseluruhan sebesar 216 per 100.000 kelahiran hidup untuk 183 negara dan wilayah yang tercakup dalam analisis. Di Indonesia, AKI, tercatat 126 per 100.000 kelahiran. Angka ini masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan AKI di Singapore, Brunei 23 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 114 per 100.000 kelahiran hidup, Malaysia 40 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 54 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2015)

RSUD DR. Pringadi Medan adalah salah satu rumah sakit rujukan yang besar di kota Medan sehingga memiliki data jumlah kasus perdarahan postpartum primer yang cukup. Berdasarkan dari data rekam medik RSUD. DR Pringadi Medan ditemukan kasus perdrahan primer pada tahun 2014 sebesar 4,56% atau 39 orang dari 855 persalinan tahun 2014 sebesar 2,90% atau sebanyak 30 orang dari 1048 persalinan. Jadi dari tahun 2014 terdapat 85 kasus perdarahan postpartum. Walaupun setiap tahun perdarahan postpartum mengalami penurunan, namun

perdarahan postpartum primer merupakan faktor utama penyebab kematian ibu yang di cegah. Pencegahan perdarahan post partum tersebut dapat dilakukan dengan mengetahui faktor resiko yang mempengaruhinya. Banyak faktor mempunyai arti penting baik pribadi maupun secara bergabung dalam menimbulkan perdarahan postpartum primer. Paritas tinggi merupakan salah satu faktor yang menyebabkan perdarahan postpartum primer dimana wanita dengan paritas tinggi menghadapi resiko lebih tinggi terhadap terjadinya perdarahan postpartum di banding ibu-ibu yang mengalami postpartum.

Diperkirakan dari setiap ibu yang meninggal dalam kehamilan, persalinan, atau nifas 16-17 ibu menderita komplikasi yang mempengaruhi kesehatan mereka, umumnya menetap. Penyebab utama kematian ibu telah diuraikan di atas yaitu perdarahan, infeksi, hipertensi dalam kehamilan, partus macet, dan aborsi. Kesakitan ibu terdiri atas komplikasi ringan samapi berat berupa komplikasi parmanen atau menahun yang terjadi sesudah masa nifas. WHO memperkirakan sekitar 10% kelahiran hidup mengalami komplikasi perdarahan pasca persalianan. komplikasi paling sering dari perdarahan pascapersalinan adalah anemia. (Sarwono, 2014)

Perdarahan post partum merupakan penyebab kematian maternal terbanyak. Semua wanita sedang hamil 20 minggu memiliki resiko perdarahan post partum. walaupun angka kematian maternal telah turun secara drastis di negara-negara berkembang, perdarahan post partum tetap merupakan penyebab kematian maternal terbanyak dimana-mana. Insiden perdarahan post partum

adalah atonia uteri 50-60%, sisa plasenta 24%, Retensio Plasenta 16-17%, Laserasi jalan lahir 4-5%. Kelainan darah 0,5-0,8% (Bonels, 2015)

Retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Pada beberapa kasus dapat terjadi retensio plasenta (habitual retensio plasenta). Plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan perdarahan, infeksi karena sebagian benda mati, dapat terjadi plasenta inkarserata, dapat terjadi polip plasenta dan terjadi degenerasi ganas korio karsinoma, sewaktu suatu bagian plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Gejala dan tanda yang bisa ditemui adalah perdarahan segerah, uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang (Yeyeh, 2017)

Upaya yang dilakukan dalam merurunkan angka kejadian retensio plasenta antara lain dengan meningkatkan penerimaan keluarga berencana sehingga memperkecil terjadinya retensio plasenta, meningkatkan penerimaan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terlatih, pada waktu melakukan manajemen aktif kala III tidak di perkenankan untuk melakukan masase dengan tujuan mempercepat persalinan plasenta. Masase yang tidak tepat waktu dapat mengacaukan kontraksi otot rahim dan mengganggu pelepasan plasenta (Manuaba, 2010). Selain itu juga perbaiki pelayanan gawat darurat, memberikan penyuluhan tentang resiko tinggi ibu hamil pada masyarakat (sifudin, 2013), serta peningkatan keterampilan tenaga kesehatan (bidan) dalam melakukan pertolongan persalinan normal (APN, 2013).

Berdasarkan selama penulis praktek lapangan di Puskesmas Pancur Batu Medan pada bulan Maret di peroleh dari 10 ibu bersalin selama dua minggu. Dari

survey di Puskesmas Pancur Batu terdapat 1 orang ibu multigravida yang mengalami Retensio Plasenta. Karena faktor usia, lingkungan dan faktor uterus dapat mempengaruhi terjadinya retensio plasenta, serta kurangnya pengetahuan ibu tentang Retensio Plasenta. Untuk menyesuaikan visi dan misi STIKes Santa Elisabeth: menghasikan Tenaga bidan yang unggul dalam kegawat daruratan Maternal Neonatal berdasarkan daya kasih kristus yang menyembuhkan sabagai Tanda Kehadiran Allah Di Indonesia Tahun 2022; dengan tingkat pencapaian, maka penulis juga tertarik melakukan asuhan kebidanan pada ibu Bersalin Ny. R usia 44 tahun P4A1 dengan retensio plasenta Di Pusksmas Pancur Batu Medan 2018 dengan menerapkan manajemen Kebidanan menurut Helen Varney terdiri dari 7 langkah.

B. Rumusan Masalah

Laporan Tugas Akhir ini membahas tentang asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan manual plasenta.

1. Tujuan umum

Dapat melaksanakan Asuhan Kebidanan ibu bersalin pada Ny. R usia 44 tahun P4A1 dengan Retensio Plasenta di Puskesmas Pancur Batu Medan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan varney.

2. Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian ibu bersalin pada Ny. R usia 44 tahun P4A1 dengan Retensio plasenta di Puskesmas Pancur Batu Medan 2018

2. Mampu menegakkan diagnosa secara tepat pada ibu bersalin Ny. R usia 44 tahun P4A1 dengan Retansio Plasenta di Puskesmas Pancur Batu Medan 2018.
3. Mampu mengidentifikasi Masalah Potensial yang mungkin terjadi pada ibu bersalin pada Ny. R usia 44 tahun P4A1 dengan Retensio Plasenta di Puskesmas Pancur Batu Medan 2018.
4. Mampu menentukan tindakan segera jika dibutuhkan pada ibu bersalin Ny. R usia 44 tahun P4A1 dengan Retensio Plasenta di Puskesmas Pancur Batu Medan 2018.
5. Mampu menggunakan perencanaan pada ibu bersalin Ny. R usia 44 tahun P4A1 dengan Retensio Plasenta di Puskesmas Pancur Batu Medan 2018.
6. Mampu menggunakan pelaksanaan tindakan ibu bersalin Ny. R usia 44 tahun P4A1 dengan Retensio Plasenta di Puskesmas Pancur Batu Medan 2018.
7. Mampu mengevaluasi tindakan yang diberikan pada ibu bersalin Ny. R usia 44 tahun P4A1 dengan Retensio Plasenta di Puskesmas Pancur Batu Medan 2018.
8. Mampu mendokumentasikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. R usia 44 tahun P4A1 dengan Retesio Plasenta di Puskesmas Pancur Batu Medan 2018.

C. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis.

Dapat digunakan untuk menambah ilmu pengetahuan dan keterampilan secara langsung dalam memberikan asuhan terhadap deteksi dini komplikasi pada ibu bersalin dengan retensio plasenta

2. Manfaat Praktis

1. Institusi Program Studi DIII Kebidanan Stikes Santa Elisabeth

Medan

Sebagai bahan kajian terhadap materi asuhan pelayanan ke bidanan serta refensi bagi mahasiswa dalam memahami pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan retensio plasenta, serta dapat mengaplikasikan materi yang telah diberikan dalam proses perkuliahan serta mampu memberikan.

2. Puskesmas

Dapat digunakan sebagai bahan penambahan wawasan dan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan pada ibu bersalin dengan retensio plasenta.

3. Bagi klien

Pasien mendapatkan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan retensio plasenta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan Normal

1. Pengertian Persalinan Normal

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya servik, dan janin turun dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban di dorong keluar melalui jalan lahir. Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal (Sarwono, 2009).

Persalinan adalah Proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan dan kekuatan sendiri. (Manuaba, 2010)

2. Tujuan Asuhan Persalina Normal.

Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. Kebijakan pelayanan asuhan persalinan: Semua persalin harus dihidari dan dipantau oleh petugas kesehatan terlatih.

1. Rumah bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetri dan neonatal harus tersedia 24 jam.
2. Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih.
3. Rekomendasi kebijakan teknik asuhan persalinan dan kelahiran.

Asuhan sayang ibu dan sayang bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang memberi dukungan bagi ibu.

1. Partograf harus digunakan untuk memantau persalinan dan berfungsi sebagai suatu catatan atau reka medic untuk persalianan, selama persalinan normal, intervensi hanya dilaksanakan jika benar-benar dibutuhkan. Prosedur ini hanya dibutuhkan jika ada infeksi atau penyulit.

Management kala III, termasuk melakukan penjepitan dan pemutusan tali pusat secara dini, memberikan suntikan oksiksin IM, melakukan penegangan tali pusat terkendali (TTP) dan segera melakukan masase fundus, harus dilakukan pada semua persalinan normal.

2. Penolong persalina harus harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran, atau samapi ibu sudah dalam keadaan stabil. Fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
3. Masase fundus harus dilakukan sesuai kebutuhan untuk memastikan tonus uterus tetap baik, perdarahan minimal dan pencegahan perdarahan.
4. Selaman 24 jam pertama setelah persalinan, fudus harus sering diperiksa dan dimasase sampai tonus baik. Ibu atau anggota keluarga dapat diajarkan melakukan hal ini.
5. Obat-obatan esial, bahan dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga.

3. Teori Persalinan

1. Bentuk-bentuk Persalinan

ada 2 jenis persalinan, yaitu berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan:

a. Bentuk Persalinan Berdasarkan Bentuk Persalinan:

1) Persalinan Spontan

adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2) Persalinan Buatan

adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

3) Persalinan Anjuran

adalah bila kekuatan yang di perlukan untuk persalinan di timbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

b. Jenis Persalinan Menurut Usia Kehamilan

1) Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat badan janin kurang dari 500 gram.

2) Partus Immatur

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 20 minggu dan 28 minggu atau berat badan janin antara 500 gram dan kurang dari 1000 gram.

3) Partus Prematur

4) Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 28 minggu dan <37 minggu atau berat badan janin antara 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

5) Partus Matur atau Partus Aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 37 minggu dan 42 minggu atau berat badan janin lebih dari 2500 gram.

6) Partus Serutinus atau Partus Postmatur

Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu .

4. Penyebab Persalinan

Terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his sehingga menjadi awal mula terjadinya proses persalinan, walaupun hingga kini belum dapat diketahui dengan pasti penyebab terjadinya persalinan. (Jenny, 2013).

a. Teori Penurunan Progesteron

Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan di mulai, (Sarwono, 2009). Terjadinya Kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat yang belum diketahui secara pasti penyebabnya, tetapi terdapat beberapa kemungkinan, yaitu:

- a. Hipoksia pada miometrium yang sedang berkontraksi
- b. Adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-otot yang saling bertautan.

- c. Peregangan serviks pada saat di latasi atau pendataran serviks, yaitu pemendekan saluran serviks dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas.

b. Teori Keregangan

Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenesi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik kantong amnion akan melebarkan saluran serviks.

c. Teori Oksitosin Interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin, adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron dapat mengubah tingkat sensitivitas otot rahim dan akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut Braxton Hicks. Penurunan kadar progesteron karena usia kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat.

5. Tanda-Tanda Dimulainya Proses Persalinan

a) Terjadinya His Persalinan.

Sifat his persalinan adalah

- a) Terjadinya his terasa sakit dan menjalar ke depan
- b) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
- c) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan dan makin bertambah

d) Pengeluaran Lendir Dengan Darah.

Terjadinya his persalihan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan:

- a) Pendataran dan pembukaan.
- b) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis serviks lepas.
- c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

e) Pengeluaran Cairan

f) Hasil-hasil

Pada beberapa kasus persalihan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung 24 jam.

2. Mekanisme Persalinan Normal

Pada akhir kala I, segmen uterus, serviks, dasar panggul, dan pintu keluar vulva membentuk suatu jalan lahir yang kontiniu. Gaya yang di perlukan untuk mengeluarkan janin berasal dari aktifitas otot uterus dan dan dari otot abdomen skunder dan diafragma, yang memperkuat kontraksi. Sewaktu kepala janin melewati panggul, kepala bayi akan melakukan gerakan gerakan utama meliputi Menurut (Nurasiah, 2013) mekanisme persalinan antara lain:

A. Turunnya kepala

Turunnya kepala terbagi dalam:

a) Masuknya kepala dalam pintu atas panggul

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi bulan terakhir dari kehamilan. Tetapi pada multipara biasanya

baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala kedalam PAP dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Synclitismus

Kalau sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah ke jalan lahir, ialah tepat diantara symfisis dan promontorium

2. Asynclitismus

a. Asynclitismus posterior

Ialah kalau sutura sagitalis mendekati symfisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan

b. Asynclitismus anterior

Ialah sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang

B. Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kedalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara sebaiknya majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan.

C. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan ini ialah terjadinya fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi.

D. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Sebab-sebab putaran paksi dalam:

- a. Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- b. Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genetalis antara musculus levator kiri dan kanan.
- c. Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

E. Ekstensi

Karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Subocciput yang menjadi pusat pemutaran disebut hypomochlion.

F. 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

G. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.

6. Tahapan Persalinan

Tahapan dari persalinan terdiri atas kala I (Kala pembukaan), Kala II (Kala Pengeluaran Janin), Kala III (Kala pelepasan Plasenta), Kala IV (Kala Pengawasan/Observasi dan pemulihan). (jenny, 2013)

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan 0) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam dua fasen, yaitu:

1. Fase Laten: Berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
2. Fase Aktif: Berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, di bagi dalam 3 fase yaitu:
 - a. Fase Akselerasi: Dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm menjadi 4 cm.
 - b. Fase Dilatasi maksimal: Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - c. Fase Deselerasi: Pembukaan jadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas terjadi pada Primigravida atau pun Multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida kala I berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam.

b. Kala II (Kala Pengeluaran janin)

Gejala utama Kala II adalah sebagai berikut:

1. His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.

2. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati Lengkap di ikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus Frankenhauser.
4. Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi:
 - a. Kepala membuka pintu
 - b. Suboksiput bertindak sebagai hipomoklion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya.
5. Kepala lahir seluruhnya dan di ikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala kepada punggung.
6. Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi di tolong dengan cara:
 - a. Kepala di pegang pada oksiput dan di bawah dagu, kemudian di tarik dengan menggunakan cunam kebawah untuk melahirkan bahu ke bawah dan cunam ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
 - b. Setelah kedua bahu lahir, ketiak di kait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - c. Bayi lahir di ikuti oleh sisa air ketuban.
7. Lamanya kala II untuk Primigravida 1,5 sampai 2 jam dan multigravida < 1 jam.

c. Kala III (Kala Pelepasan Plasenta)

Kala III di mulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat di perkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda di bawah ini:

1. Uterus menjadi bundar
2. Uterus terdorong ke atas karena plasenta di lepas ke segmen bawah rahim
3. Tali pusat bertambah panjang
4. Terjadi semburan darah tiba-tiba

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik Dorsokranial. Pengeluaran selaput ketuban selaput janin biasanya lahir dengan mudah namun kadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian yang tertinggal dapat di keluarkan dengan cara:

- a) Menarik pelan-pelan
- b) Memutar atau memilinnya seperti tali
- c) Memutar pada klem
- d) Manual atau Digital

Kala III terdiri dari dua fase, yaitu:

1. Fase pelepasan Plasenta

1. Schultzer

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah lalu terjadi retroplasenta

hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

2. Duncan

Cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir ke luar antara selaput ketuban. Pengeluarannya serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

2. Fase Pengeluaran plasenta

Perasat-perasat untuk mengetahui pelepasnya plasenta adalah:

b. Kustner

Dengan meletakkan tangan di sertai tekanan di atas simfisis, tali pusat di tegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

c. Klien

Sewaktu ada his, rahim di dorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas. (Cara ini tidak di gunakan lagi)

d. Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketat pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta sudah lepas adalah rahim menonjol di atas simfisis, tali

pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, serta keluar darah secara tiba-tiba.

e. Kala IV (Kala Pengawasan/Observasi/Pemulihan)

Kala IV di mulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus di takar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus di cari penyebabnya. Penting untuk di ingat: jika meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir Sebelum meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikan 7 pokok penting berikut:

- 1 Kontraksi rahim: Baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu lakukan masase dan berikan uterotunika, seperti metergin, atau ertametrin dan oksitoksin.
- 2 Perdarahan: Ada atau tidak, banyak atau biasa .
- 3 Kandung kemih: Harus kosong jika penuh ibu di anjurkan untuk berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.
- 4 Luka-luka: Jahitanya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak
- 5 Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap .
- 6 Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.

7 Bayi dalam keadaan baik.

7. Kebutuhan Ibu Bersalin Per Kala

Kala 1

1. Mengatur aktivitas dan posisi ibu

Pada ibu yang belum masuk dalam pembukaan lengkap, sambil menunggu pembukaan lengkap ibu masih dapat di perbolehkan melakukan aktivitas. Wanita harus mengambil posisi yang membuatnya merasa nyaman. Namun harus sesuai dengan kesanggupan ibu agar ibu tidak merasa jenuh dan rasa cemas terhadap apa yang dihadapi ibu dalam menjelang proses persalinan dapat berkurang. Di dalam kala 1 ini ibu dapat mencoba berbagai posisi yang nyaman selama persalinan dan kelahiran. Peran suami disini adalah membantu ibu untuk berganti posisi yang nyaman agar ibu merasa ada orang yang menemani disaat proses menjelang persalinan. Di sini ibu diperbolehkan melakukan aktivitas seperti berjalan, berdiri, jongkok, duduk, berbaring, mengayun, berlutut, posisi tangan dan lutut, dada, atau bahkan makan sekalipun. Pengaturan posisi ditempat tidur mencakup mengatur letak bantal, gulungan selimut atau handuk, atau mengatur strategi letak benda-benda ini untuk meningkatkan relaksasi, mengurangi ketegangan otot, dan menghilangkan titik-titik tekan, dan posisi berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali mempersingkat waktu persalinan. Untuk itu kita sebagai tenaga kesehatan di sarankan agar membantu ibu sesering mungkin untuk berganti posisi. Perlu diingat

bahwa jangan menganjurkan ibu untuk posisi telentang, karena jika ibu berbaring telentang maka berat uterus, janin, cairan ketuban dan plasenta akan menekan vena cava inferior. Hal ini yang menyebabkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi ini akan menyebabkan hipoksia (kekurangan oksigen pada janin). Posisi telentang ini akan memperlambat proses persalinan. Pengaturan posisi ini dapat dilakukan yang wanita anggap nyaman.

2. Membimbing ibu untuk rileks sewaktu his

His merupakan kontraksi pada uterus yang mana his ini termasuk tanda-tanda persalinan yang mempunyai sifat intermitten, terasa sakit, terkoordinasi, dan simetris serta terkadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik dan psikis. Karena his sifatnya menimbulkan rasa sakit, maka ibu disarankan menarik napas panjang dan kemudian anjurkan ibu untuk menahan napas sebentar, kemudian lepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his. Manfaat tehnik rileksasi:

1. Mencegah otot-otot dari kelelahan khususnya otot besar pada rahim
2. Menolong ibu mengatasi stres persalinan sehingga lebih menikmati pengalamannya.
3. Menolong menghemat energi

Berikut ini langkah menuju rileks:

1. Memilih lingkungan yang tepat

Adalah memilih lingkungan bersalin yang benar-benar nyaman bagi ibu.

Hingga kini, belum ada penelitian yang menyebutkan tempat bersalin yang aman

adalah rumah sakit modern dengan pengawasan ahli. Justru bukti-bukti menunjukkan ibu dan bayi lebih sedikit mendapat intervensi dan secara fisik maupun psikologi lebih sehat ketika bersalin dilingkungan yang tidak terlalu canggih.

2. Memahami tubuh

Setiap kali stress ketika hamil, coba amati tubuh yang beraksi apakah ibu mengerak gigi, sakit perut, leher dan bahu jadi tegang dan sakit, atau merengut ini semua dalam tanda, otot-otot dalam keadaan tegang sehingga tubuh sakit dan letih. Tarik nafas dalam-dalam, saat menghenbuskan, lemasakan otot sehingga kendur dan lunak, tidak kaku, latih tehnik ini secara teratur. Dengan demikian, otomatis ibu dapat mengidentifikasi ketegangan tubuh dengan segerah mengistirahatkannya saat bersalin. Ini juga berefek positif bagi tekanan darah.

3. Komunikasi dengan jelas

Jika ibu tidak memiliki gambaran yang akan terjadi pada tubuh saat persalinan, tidak mengerti yang akan dilakukan petugas medis, atau percakapan mereka tidak melibatkan ibu, ibu akan sulit rileks. Oleh karena itu, jika ibu tidak yakin mengenai berbagai aspek dalam persalinan atau menyimpang kekhawatiran bahwa sesuatu akan menimpa ibu dan bayi, tanyakan hal itu pada petugas medis setelah itu mendengar dari segalanya baik-baik saja, biasanya ibu segerah rileks ketika pendamping persalinan mengerti. Perannya yang terpenting adalah senantiasa membuat ibu cukup informasi. Terdapat 3 jenis latihan relaksasi yang dapat membantu wanita bersalin:

a. Relaksasi progresif

Latihan ini dilakukan dengan cara sengaja, mengencangkan sekelompok otot tunggal (misalnya, tangan, lengan, tungkai, wajah) sekuat mungkin dan kemudian melepaskannya seendur mungkin. Otot-otot dikencangkan secara berurutan dan progresif dari satu ujung badan tubuh ke bagian tubuh yang lain. Latihan ini bertujuan untuk merelaksasi seluruh anggota tubuh, serta istirahat dan tidur.

b. Relaksasi terkendali

Latihan ini dilakukan dengan mengupayakan sekelompok otot berkontraksi sembari mempertahankan kelompok otot yang lain berelaksasi. Misalnya uterus berkontraksi dengan kuat dan diharapkan kelompok otot lain tidak ikut menjadi tegang sebagai respon terhadap kontraksi. Sebagai contoh:

- a. Lengan kanan dikencangkan dan lengan kiri di relaksasikan (begitupun sebaliknya).
- b. Tungkai kiri di kencangkan dan tungkai kanan di relaksasikan (begitupun sebaliknya).
- c. Lengan kiri dan tungkai kanan dikencangkan dan lengan kanan dan tungkai kiri di relaksasikan (sebaliknya).
- c. Mengambil dan mengeluarkan napas dalam setelah masing-masing kontraksi

Relaksasi ini dilakukan ketika seorang wanita berada pada persalinan aktif, jika ia belum mengetahuinya. Teknik relaksasi ini adalah

mengambil napas dalam kemudian keluarkan dengan hembusan yang kuat.

Relaksasi ini berfungsi sebagai meningkatkan relaksasi dan membersihkan

napas dengan menghilangkan kemungkinan hiperentilasi selama kontraksi.

3. Menjaga kebersihan ibu

Saat persalinan akan berlangsung anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan. Di sini ibu harus berkemih paling sedikit setiap 2 jam atau lebih atau jika ibu teras ingin buang air kecil. Selain itu tenaga kesehatan perlu memeriksa kandung kemih ibu pada saat memeriksa denyut jantung janin (saat palpasi dilakukan) tepat diatas simpisis pubis untuk mengetahui apakah kandung kemih ibu penuh atau tidak. Jika itu tidak dapat berkemih di kamar mandi, maka ibu dapat di berikan penampung urine (kateter). Apabila terjadi kandung kemih kosong maka akan terjadi sebagai berikut:

1. Memperlambat turunnya bagian terbawah janin, dan mungkin menyebabkan partus macet.
2. Menyebabkan ibu tidak nyaman.
3. Meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan yang disebabkan atonia uteri.
4. Mengganggu penatalaksanaan distosia bahu.
5. Meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pasca melahirkan.

Disaat persalinan berlangsung, seorang bidan tidak dianjurkan untuk melakukan kateterisasi kandung kemih secara rutin. Sebab kateterisasi ini hanya dilakukan pada kandung kemih yang penuh, dan ibu

tidak dapat berkemih di kamar mandi atau secara mandiri. Kateterisasi ini akan menimbulkan rasa sakit, menimbulkan resiko infeksi dan perlukaan melalui kemih ibu.

4. Pemberian cairan dan nutrisi

Sebagai bidan, kita harus memastikan ibu untuk mendapat asupan makanan ringan dan minum air selama persalinan dan kelahiran bayi. Karena fase aktif ibu hanya ingin mengonsumsi cairan. Maka bidan menganjurkan anggota keluarga untuk menawarkan ibu untuk minum sesering mungkin dan makan ringan selama persalinan, karena makanan ringan dan cairan yang cukup selama persalinan berlangsung akan lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi akan memperlambat kontraksi uterus dan membuat kontraksi tidak teratur.

Wanita bersalin membutuhkan kurang lebih 50-100 kkal energy setiap jam. Dan jika tidak terpenuhi, maka akan mengalami kelelahan otot dan kelaparan. Jika glukosa tidak tersedia, cadangan lemak digunakan sehingga menyebabkan ketosis dan pada akhirnya terjadi ketonuria. Aktivitas uterus dapat menurun akibat akumulasi benda keton. Cairan IV bukan pengganti yang adekuat untuk asupan oral (cairan tersebut sering kali tidak adekuat dalam satuan kilokalori, 1 liter dekstroza 5% dalam air).

5. Kontak Fisik

Selama proses persalinan berlangsung, si ibu mungkin tidak banyak mengeluarkan kata-kata untuk berbicara, namun ia akan merasa nyaman dengan kontak fisik. Petugas kesehatan seharusnya menganjurka kepada orang yang

mendampingi ibu dalam persalinannya hendaknya memegang tangan ibu atau menggandengnya, menggosok punggungnya, menyeka wajahnya dengan spon atau mungkin hanya mendekapnya. Mereka yang menginginkan persalinan normal dapat melakukan stimulasi puting dan klitoris untuk mendorong pelepasan oksitoksin dari kelenjar pituitary dan dengan demikian merangsang kontraksi uterus secara alamiah. Hal ini juga akan merangsang produksi endogenous opiates yang memberikan sedikit analgesia alamiah.

6. Pijatan

Wanita yang menderita sakit punggung atau nyeri selama persalinan dapat dilakukan pijatan, untuk mengurangi rasa sakit pada abdominal. Yaitu dengan cara menggunakan kedua tangan dan ujung jari menyentuh daerah simpisis pubis, melintas diatas fundus uterus kemudian turun kekedua sisi perut.

7. Persiapan Persalinan

8. Ruangan dan lingkungan

Ruangan yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindungi dari tiupan angin, sumber air bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan memandikan ibu sebelum dan sesudah melahirkan, air DTT untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum melakukan pemeriksaan dalam dan membersihkan perineum ibu setelah melahirkan.

Suhu kamar bersalin 21°C, kecukupan air bersih, chlorine, detergen, kain pembersih, kain pel, dan sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan. Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan menolong persalinan, pastikan kamar mandi telah

didekontaminasi dengan larutan clorine. Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk memberikan asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan pastikan bahwa ibu mendapatkan privasi yang diinginkan.

Penerangan yang cukup baik siang maupun malam hari, tempat tidur yang bersih untuk ibu, tutupi kasur dengan plastic, atau lembaran yang mudah dibersihkan jika terkontaminasi. Pesiapan perlengkapan, bahan-bahan, dan obat-obatan yang diperlukan. Pastikan kelengkapan jenis dan jumlah bahan-bahan yang diperlukan serta dalam keadaan siap pakai pada setiap persalinan dan kelahiran bayi.

Kala 2

Adapun beberapa hal yang merupakan asuhan sayang ibu adalah sebagai berikut:

a) Pendampingan keluarga

Selama proses persalinan berlangsung, ibu membutuhkan teman dari keluarga, bisa dilakukan oleh suami, orang tua, atau kerabat yang disukai oleh ibu. Dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan sangat membantu mewujudkan persalinan yang lancar.

b) Libatkan keluarga

Keterlibatan keluarga dalam asuhan antara lain membantu ibu berganti posisi, teman bicara, membantu dalam mengatasi rasa nyeri dengan memijat bagian lumbal/pinggang belakang. bila persalinan dilakukan di rumah, keluarga dapat membantu menyiapkan tempat dan peralatan yang digunakan dalam persalinan.

c) Dukungan psikologi

Dukungan psikologi dapat diberikan dengan bimbingan dan menanyakan apakah ibu perlu pertolongan. berikan kenyamanan, berusaha menenangkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani proses persalinan. memberikan perhatian agar dapat menurunkan rasa tegang sehingga dapat membantu kelancaran proses persalinan.

d) Membantu ibu memilih posisi

Posisi pada saat meneran tergantung pada keinginan ibu dalam memilih posisi yang paling nyaman dirasakan ibu.

e) Cara meneran

Penolongan persalinan menganjurkan ibu untuk meneran bila ada dorongan yang kuat dan spontan untuk meneran. penolong tidak diperkenankan meminta ibu untuk meneran secara terus-menerus tanpa mengambil nafas saat meneran atau tidak boleh meneran sambil menahan nafas. penolong sebaiknya menyarankan ibu untuk beristirahat dalam waktu relaksasi kontraksi hal ini dimaksudkan untuk mengantisipasi agar ibu tidak kelelahan dan menghondaro resiko asfiksia (kekurangan O₂ pada janin) karena supli oksigen melalui plasenta berkurang.

f) Pemberian nutrisi

Ibu bersalin perlu diperhatikan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan nutrisi. hal ini untuk mengantisipasi ibu mengalami dehidrasi. dehidrasi pada ibu bersalin dapat berpengaruh terhadap gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang penting artinya dalam menimbulkan kontraksi uterus.

g) Posisi meneran

Persalinan merupakan suatu peristiwa fisiologis tanpa disadari dan terus berlangsung progresif. Penolong persalinan dapat membantu ibu agar tetap tenang dan rileks, maka penolong persalinan tidak boleh mengatur posisi meneran. Penolong persalinan harus memfasilitasi ibu dalam memilih sendiri posisi meneran dan menjelaskan alternatif-alternatif posisi meneran bila posisi yang dipilih ibu tidak efektif.

Macam-macam posisi meneran:

a. Duduk atau setengah duduk

Dengan posisi ini penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum.

b. Merangkak

Posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang.

c. Jongkok atau berdiri

Posisi jongkok atau berdiri memudahkan penurunan kepala janin, memperluas panggul sebesar dua puluh delapan persen lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran. Namun posisi ini beresiko terjadinya laserasi (perlukaan jalan lahir).

d. Berbaring miring ke kiri

Posisi berbaring miring ke kiri dapat mengurangi tekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia, karena suplai oksigen tidak terganggu, dapat memberi suasana relaks bagi ibu yang mengalami kecapekan dan dapat pencegahan terjadinya laserasi/robekan jalan lahir.

e. Hindari posisi telentang.

Pada posisi telentang dapat menyebabkan :

1. Hipotensi dapat beresiko terjadinya syok dan berkurangnya suplai oksigen dalam sirkulasi uteroplasenta sehingga dapat menyebabkan hipoksia bagi janin.
2. Rasa nyeri yang bertambah.
3. Kemajuan persalinan bertambah lama.
4. Ibu mengalami gangguan untuk bernafas.
5. Buang air kecil terganggu.
6. Mobilisasi ibu kurang bebas.
7. Ibu kurang semangat.
8. Risiko leserasi jalan lahir bertambah.
9. Dapat mengakibatkan kerusakan pada saraf kaki dan punggung.

Kala 3

Kala III merupakan kala pengeluaran uri atau pengeluaran plasenta. Kala III ini merupakan kelanjutan kala I (kala pembukaan) dan kala II (kala pengeluaran bayi). Untuk itu pada kala III ini berbagai aspek yang akan dihadapi

bercermin pada apa yang telah dikerjakan pada tahap-tahap sebelumnya. Adapun pemenuhan kebutuhan pada ibu dikala III diantaranya :

- a) Menjaga kebersihan
- b) Disini ibu harus tetap dijaga kebersihan pada daerah vulva karena untuk menghindari infeksi. Untuk menghindari infeksi dan bersarangnya bakteri pada daerah vulva dan perineum. Cara pembersihan perineum dan vulva yaitu dengan menggunakan air matang (disinfeksi tingkat tinggi) dan dengan menggunakan kapas atau kassa yang bersih. Usapkan dari atas ke bawah mulai dari bagian anterior vulva ke arah rectum untuk mencegah kontaminasi tinja, kemudian menganjurkan ibu untuk mengganti pembalut kurang lebih dalam sehari tiga kali ataupun bila saat ibu BAK dirasa pembalut sudah basah (tidak mungkin untuk dipakai lagi). Jangan lupa menganjurkan ibu untuk mengeringkan bagian perineum dan vulva.
- c) Pemberian cairan dan nutrisi
- d) Memberikan asupan nutrisi (makanan ringan dan minuman) setelah persalinan, karena ibu telah banyak mengeluarkan tenaga selama kelahiran bayi. Dengan pemenuhan asupan nutrisi ini diharapkan agar ibu tidak kehilangan energi.
- e) Wanita bersalin membutuhkan kurang lebih 50-100 kilokalori energi setiap jam, dan jika tidak terpenuhi, mereka akan mengalami kelelahan otot dan kelaparan yang sangat. Jika glukosa tidak tersedia, cadangan lemak digunakan sehingga menyebabkan ketosis dan pada akhirnya terjadi ketonuria. Aktivitas uterus dapat menurun akibat akumulasi benda keton.

Efek lain ketosis ringan selama persalinan tidak diketahui. Cairan IV bukan pengganti yang adekuat untuk asupan oral (cairan tersebut sering kali tidak adekuat dalam satuan kilokalori; satu liter dekstrosa 5% dalam air [D5W] atau salin normal mengandung 225 kilokalori). Kelebihan beban cairan pada ibu, hiponatremia, penurunan mortalitas, hemodilusi, dan asidosis laktik, juga hiperglikemia neonatus, hiperinsulinemia dengan hipoglikemia, hiponatremia, asidosis, ikterus dan/atau takipnea sementara dapat terjadi. Sepuluh persen glukosa harus dihindari.

f) Kebutuhan istirahat

g) Setelah janin dan plasenta lahir kemudian ibu sudah dibersihkan ibu dianjurkan untuk istirahat setelah pengeluaran tenaga yang banyak pada saat persalinan. Disini pola istirahat ibu dapat membantu mengembalikan alat-alat reproduksi dan meminimalisasikan trauma pada saat persalinan.

Tujuan MAK adalah membuat uterus berkontraksi lebih efektif sehingga uterus berkontraksi lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah selama kala III persalinan jika dibandingkan dengan pelepasan plasenta secara spontan. Sebagian besar (25-29 %) morbiditas dan mortalitas ibu di Indonesia disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri dan separasi parsial/retensio plasenta yang dapat dicegah dengan manajemen aktif kala III

Keuntungan Manajemen Aktif Kala III:

1. Persalinan kala tiga yang lebih singkat
2. Mengurangi jumlah kehilangan darah

3. Mengurangi kejadian retensio plasenta

Manajemen aktif kala tiga terdiri dari tiga langkah utama :

1. Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
2. Melakukan penegangan tali pusat terkendali
3. Masase fundus uteri

d. Kala 4

1. Lakukan rangsangan taktil (masase uterus) dapat membuat uterus berkontraksi secara adekuat dan efektif.
2. Evaluasi tinggi fundus dilakukan dengan cara meletakkan telunjuk sejajar tepi atas fundus. Umumnya, fundus uteri setinggi atau 2 jari dibawah pusat.
3. Estimasi kehilangan darah secara keseluruhan.
4. Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.
5. Evaluasi keadaan ibu.
6. Dokumentasi semua asuhan/temuan selama persalinan kala IV dihalaman 2 partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

B. RETENSIO PLASENTA

Retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Pada beberapa kasus dapat terjadi retensio plasenta (habitual retensio plasenta). Plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan perdarahan, infeksi karena sebagian benda mati, dapat terjadi plasenta inkarserata, dapat terjadi polip plasenta dan terjadi degenerasi ganas korio karsinoma, sewaktu suatu bagian plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. Gejala dan tanda yang bisa ditemui adalah perdarahan segera, uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang (Yeyeh, 2017)

1. ETIOLOGI

Faktor-Faktor Predisposisi Terjadinya Retensio Plasenta

a) Paritas ibu.

Pada multipara akan terjadi kemunduran dan cacat pada endometrium yang mengakibatkan terjadinya fibrosis pada bekas implantasi plasenta pada persalinan sebelumnya, sehingga vaskularisasi menjadi berkurang. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan janin, plasenta akan mengadakan perluasan implantasi dan vili khorialis akan menumbus dinding uterus lebih dalam lagi sehingga akan terjadi plasenta adhesiva sampai perkreta. Ashar Kimen mendapatkan angka kejadian tertinggi retensio plasenta pada multipara, sedangkan Puji Ichtiarti mendapatkan kejadian retensio plasenta tertinggi pada paritas 4-5. Salah satu faktor predisposisi terjadinya retensio plasenta adalah grandemultipara. Teori lain mengatakan bahwa kejadian retensio lebih

sering di jumpai pada ibu grandemultipara, karena semakin tinggi paritas ibu maka semakin kurang baik fungsi reproduksinya (Manuaba, 2008). Hal ini dikarenakan otot rahim yang sudah melemah karena ibu sudah melahirkan >4 kali sehingga tidak baik untuk inplantasi plasenta.

b) Usia

Usiah adalah usia individu yang terhitung mulai saat lahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Makin tua umur ibu maka akan terjadi kemunduran yang progresif dari endometrium sehingga untuk mencukupi kebutuhan nutrisi janin diperlukan pertumbuhan plasenta yang lebih luas. Kesehatan reproduksi wanita sangat penting pengaruhnya dalam kehamilan, usia ibu merupakan faktor resiko terhadap terjadinya retensio. Bahwa usia lebih dari 35 tahun mempunyaai resiko tinggi terjadi komplikasi persalinan dikarenakan otot-otot rahim yang sudah lemah sehingga persalinan akan terjadinya retensio.

c) pendidikan ibu

Pendidikan adalah keseluruhan pangalaman setiap orang sepnjang hidupnya. Dalam hal ini tidak dikenal batas usia, tidak dibatasi oleh tempat, lingdung dan juga kegiatan. Tingkat pendidikan seseorang sangat berpengaruh dalam memberi respon terhadap sesuatu yang datang dari luar seperti sikap dan penerimaan anjuran atau nasehat yang diberikan oleh orang lain (naker). Klien

yang berpendidikan tinggi akan memberikan lebih rendah sebab pendidikan seorang menunjukkan tingkat kualitas dan kualitas dalam dirinya.

d) Pekerjaan

Salah satu program pemerintah dalam pembangunan adalah memberikan pekerjaan untuk mengurangi pengangguran, karena pengangguran dapat menimbulkan dampak yang merugikan kesehatan keluarga, kemampuan untuk melaksanakan program pemerintah merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat serta sumber daya manusia.

Pekerjaan adalah mata pencarian yang meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan manusia hasil symposium nasional mengatakan kecenderungan bertamabahnya waktu yang di pakai para wanita yang berpartisipasi dalam program pemerintah adalah berbagai waktu dalam kegiatan rumah tangga .

2. Patofisiologi.

Pada persalinan kala III, fisiologis plasenta yang normal dan pelaksanaan manajemen aktif kala III yang benar menjadi penyebab pasti kelahiran plasenta secara normal. Saat dimana terjadi kesalahan penanganan kala III atau kontraksi uterus ditemukan tidak bekerja dengan baik (atonia uterus) maupun terjadi plasenta inkarserata dimana plasenta tidak dapat lahir karena terhalang oleh cincin rahim, maka didapatkan bahwa plasenta telah lahir sebagian, dan yang memperparah keadaan ini adalah perdarahan yang banyak dan terus menerus jika tidak segera diberi pertolongan. Sementara plasenta akreta akan menyebabkan

plasenta tidak dapat lahir seeluruhnya karena fisiologis plasenta yang tidak normal sehingga menyebabkan kontraksi jelek dan perlu dilakukan penanganan lebih khusus yaitu histtektomi untyk mengatasinya.

Penyebab retensio plasenta

Secara fungsional dapat terjadi karena his kurang kuat (peyebab terpenting), dan plasenta sukar terlepas karena tempatnya (insersi disudut tuba), bentuknya (plasenta membranasea, plasenta anularis), dan ukurannya (plasenta yang sangat kecil). Plasenta yang sukar lepas kerena penyebab diatas disebut plasenta adhesive.

3. Klasifikasi

Retensio plasenta terdiri dari beberapa jenis, antara lain:

1. Plasenta adhesiva adalah implementasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
2. Plasenta akreta adalah implementasi jonjot korion plasenta hingga mencapai sebagian lapisan miometrium.
3. Plasenta inkreta adalah implementasi jonjot korion plasenta hingga mencapai/melewati lapisan miometrium.
4. Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan miometrium hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
5. Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta di vakum uteri, disebabkan oleh konstiksi ostium uteri.

a. Berdasarkan luasnya

- 1) Total: seluruh plasenta yang melekat pada myometrium

- 2) Partial: ada satu atau lebih cotyledo atau sebagian cotyledon yang melekat.

b. Berdasarkan dalamnya

- 1) Acreta: plasenta melekat pada myometrium
- 2) Increta: villichorialis menembus otot uterus tapi tidak keseluruhan tebalnya.
- 3) Percreta : villi chorialis menembus dinding uterus dan dapat menimbulkan, perforasi serosa dapat terjadi rupture uteri.

4. Tanda dan gejala

tanda dan gejala retensio plasenta

a) Plasenta akreta persial/separasi

1. Konsistensi uterus kenyal
2. TFU setinggi pusat
3. Bentuk uterus discoid
4. Perdarahan sedang – banyak
5. Tali pusat terjulur sebagian
6. Ostium uteri terbuka
7. Separasi plasenta lepas sebagian
8. Syok sering

b) Plasenta inkaeserata

1. Konsistensi uterus keras
2. TFU 2 jari bawah pusat
3. Bentuk uterus globular

4. Perdarahan sedang
5. Tali pusat terjulur
6. Ostium uteri terbuka
7. Separasi plasenta sudahh lepas
8. Syok jarang
9. Konsistensi uterus cukup
10. Tali pusat setinggi pusat
11. Bentuk uterus discoid
12. Perdarahan sedikit/tidak ada
13. Tali pusat tidak terjulu
14. Separasi plasenta melekat seluruhnya
15. Syok jarang terjadi, kecuali akibat inversio oleh tarikan kuat pada tali pusat.

5. Komplikasi

dapat menimbulkan bahaya perdarahan, infeksi karena sebagian benda mati, dapat terdadi lacenta inkkreta, dapat terjadi polip plasenta dan terjadi degenarasi ganas korio karsinom.

6. Penanganan

1. sikap Bidan dalam penangan Retensio Plasenta

a) Sikap umum Bidan

- 1) Memperhatikan keadaan umum penderita
- 2) Apakah anemis
- 3) Bagaimana jumlah perdarahannya

- 4) TTV: TD, nadi dan suhu
- 5) Keadaan fundus uteri : kontaksi dan fundus uteri
- 6) Mengetahui keadaan placenta
- 7) Apakah placenta ikaeserata
- 8) Melakukan tes plasenta: metode kusnert, metode kliein, metode strassman.
- 9) Memasang infus dan memberikan cairan pengganti
- b) Sikap khusus bidan
 - 1) Retensio plasenta dengan perdarahan.
 - 2) Langsung melakukan plasenta manual
 - 3) Retensio placenta tanpa perdarahan
 - a. Setelah dapat memastikan ku penderita segera memasang infus dan memberikan cairan.
 - b. Merujuk penderita ke pusat dengan fasilitas cukup untu mendapatkan penganganan lebih baik
 - c. Memberikan tranfusi
 - d. Proteksi dengan antibiotika
 - e. Mempersiapakann placenta manual dengan legeartis dalam keadaan pengaruh narkosa.
- 4) Upaya preventif retensio placenta oleh bidan
 - a. Meningkatkan penerimaan keluarga berencana sehingga memperkecil terjadinya retensio placenta.

- b. Meningkatkan penerimaan pertolongan persalinan oleh nakes yang terlatih.
- c. Pada waktu melakukan pertolongan persalinan kala III tidak diperkenankan untuk melakukan massase dengan tujuan mempercepat proses persalinan placenta.
- d. Massase yang tidak tepat waktu dapat mengacaukan kontraksi otot rahim dan mengganggu pelepasan placenta,

2. Penanganan retensio plasenta menurut tingkatan:

sebelum melakukan penanganan sebaiknya mengetahui beberapa hal dari tingkat retensio plasenta yaitu: retensio plasenta dengan perdarahan langsung melakukan manual plasenta, retensio plasenta tanda perdarahan.

1. Di tempat bidan: setelah dapat memastikan keadaan umum pasien segera memasang infus dan memberikan cairan, merujuk penderita ke pusat dengan fasilitas cukup untuk mendapatkan penanganan yang lebih baik, memberikan transfusi proteksi dengan antibiotik, mempersiapkan plasenta manual dengan legeartis dalam narkosa.
2. Tingkat polindes: penanganan retensio plasenta dari tingkat desa sebelumnya persiapan donor darah yang tersedia dari warga setempat yang telah dipilih dan dicocokkan dengan donor darah pasien. Diagnosis yang dilakukan stabilisasi dan kemudian lakukan plasenta manual untuk kasus adhesiva simpleks berikan uterotonika antibiotika serta rujukan untuk kasus berat.

3. Tingkat puskesmas: diagnosis lakukan stabilisasi kemudian lakukan plasenta manual untuk kasus resiko rendah kasus berat dan berikan uterotonika antibiotika.
4. Tingkat Rumah Sakit: diagnosa stabilitas plasenta manual histerektomi transfusi uterotonika antibiotika kedaruratan komplikasi.

3. PLACENTA MANUAL

Plasenta manual merupakan tindakan operasi kebidanan operasi kebidanan untuk melahirkan retensio plasenta. Kejadian retensio placenta berkaitan dengan:

- a. Grandemulti para dengan implantasi dalam bentuk placenta adhesiva, placenta akreta, placenta perkreta.
- b. Mengganggu kontraksi otot rahim dan menimbulkan perdarahan
 1. Retensio placenta tanpa perdarahan dapat diperkirakan
 - a. Darah penderita terlalu banyak hilang
 - b. Keseimbangan baru terbentuk bekuan darah, sehingga perdarahan tidak terjadi.
 - c. Kemungkinan implantasi placenta terlalu dalam.
 2. Placenta manual dengan segera dilakukan:
 - a) Terdapat riwayat perdarahan post partum berulang
 - b) Terjadi perdarahan post partum melebihi 500 cc.
 - c) Pada pertolongan persalinan dengan narkosa
 - d) Placenta belum lahir setelah menunggu selama setengah jam.

a. PERSIAPAN PLACENTA MANUAL

- a. Handscoon steril panjang
- b. Dsinfektan untuk genetalia eksterna

TEKHNIK

- a. Sebaiknya dengan narkosa, untuk mengurangi sakit dan menghindari syok.
- b. Tangan kiri melebarkan genetalia eksterna, tangan kanan dimasukkan secara obstetri samapi mencapai tepi placenta dengan menelusuri tali pusat.
- c. Tapi placenta dilepaskan dengan ulnar tangan kanan sedangkan tangan kiri menahan fundus uteri sehingga tidak terdorong ke atas.
- d. Dilakukan eksplorasi untuk mencari sisi placenta atau membrannya.
- e. Kontaksi uterus ditimbulkan dengan memberikan uteronika.
- f. Perdarahan di observasi.

b. KOMPLIKASI TINDAKAN PLACENTA MANUAL

Tindakan placenta manual dapat menimbulkan komplikasi sebagai berikut:

- a. Terjadi perforasi uterus
- b. Terjadi infeksi akibat terdapat sisa placenta atau membran dan bakteri terdorong ke dalam onggah rahim
- c. Terjadi perdarahan karena atonia uterus

Utuk memperkecil komplikasi dapat dilakukan tindakan profilaksis dengan:

- a. Memberikan uterotonika intervena atau intramuskular
- b. Memasang tamponade uteruo vaginal

c. Memasang infus dan persiapan transfusi darah.

c. ASUHAN KEBIDANAN PADA POST PLACENTA MANUAL

1. Observasi kontraksi uterus setiap 15 menit pada 1 jam pertama. Pada jam kedua setiap 30 menit.
2. Observasi TD dan nadi setiap 15 menit pada 1 jam pertama. Pada jam kedua setiap 1 jam.
3. Observasi suhu setiap 1 jam.
4. Observasi TFU, UC dan kandung kemih setiap 15 menit pada 1 jam pertama. Pada jam kedua setiap 30 menit.
5. Observasi perdarahan.
6. Pemenuhan kebutuhan cairan dengan RL.
7. pemenuhan kebutuhan nutrisi.
8. pemberian terapi obat terutama antibiotik, analgesik
9. pemberian tablet fe
10. pemberian vit A

TEORITIS MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (IBI, Standar Profesi Kebidanan, 2005).

Proses manajemen terdiri dari 7 (tujuh) langkah berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodic. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan bisa berubah sesuai dengan kondisi klien (Salmah, 2006).

Ketujuh langkah manajemen kebidanan menurut Varney adalah sebagai berikut:

Langkah I: Identifikasi Data Dasar

1. Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian yang mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara :

- a) Anamnesa
- b) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital
- c) Pemeriksaan penunjang (Laboratorium)

Langkah II: Identifikasi Diagnosa Atau Masalah Aktual

Ada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar, terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan, sehingga dapat merumuskan Diagnosis dan masalah yang spesifik.

Langkah III: Antisipasi Diagnosa/Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial yang berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini sangat penting didalam melakukan asuhan yang aman.

Langkah IV: Tindakan Segera dan Kolaborasi

Pada langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien, pada langkah ini bidan juga harus merumuskan tindakan emergency untuk menyelamatkan ibu dan bayi, yang mampu dilakukan secara mandiri mandiri dan bersifat rujukan.

Langkah V: Rencana Tindakan Asuhan

Kebidanan Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya dan merupakan lanjutan

manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana tindakan komperhensif bukan hanya meliputi kondisi klien serta hubungannya dengan masalah yang dialami oleh klien, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien, serta panyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, agama, cultural ataupun masalah piskologis. Setiap rencana asuhan harus disertai oleh klien dan bidan agar dapat dilaksanakan dengan efektif. Sebab itu harus berdasarkan rasional yang relevan dan kebenarannya serta situasi dan kondisi tindakan harus secara teoritas.

Langkah VI: Implementasi Tindakan

Asuhan Kebidanan melaksanakan rencana tindakan serta efisiensi dan menjamin rasa aman klien. Implementasi dapat dikerjakan keseluruhan oleh bidan ataupun bekerja sama dengan kesehatan lain. Bidan harus melakukan implementasi yang efisien dan akan mengurangi waktu perawatan serta akan meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan klien.

Langkah VII: Evaluasi

Tindakan Asuhan Kebidanan mengetahui sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan yang diberikan kepada klien. Pada tahap evaluasi ini bidan harus melakukan pengamatan dan observasi terhadap masalah yang dihadapi klien, apakah masalah diatasi seluruhnya, sebagian telah dipecahkan atau mungkin timbul masalah baru. Pada prinsipnya tahapan evaluasi adalah pengkajian kembali terhadap klien untuk menjawab pertanyaan seberapa jauh tercapainya rencana yang dilakukan.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus

Jenis studi kasus yang digunakan yaitu dengan metode deskriptif yakni melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. Studi kasus ini dilakukan pada Ny. R usia 44 tahun dengan Retensio Plasenta di Pancur Batu Medan Maret 2018.

B. Tempat Dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Puskesmas pancur batu pada Maret 2018. Alasan saya mengambil kasus di Puskesmas karena Puskesmas Pancur Batu merupakan salah satu lahan praktik klinik yang dipilih oleh institusi sebagai lahan praktik. Waktu pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 08 Maret 2018-28 Maret 2018 yaitu dimulai dari pengambilan kasus sampai dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir.

C. Subjek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini penulis mengambil Subjek yaitu Ny. R umur 44 tahun di Puskesmas Pancur Batu tahun 2018. Alasan Saya mengambil Ny. R sebagai subjek karena Ny. R merupakan pasien dari Puskesmas, saya penulis saat melakukan Praktik Puskesmas Kebidanan

D. Metode

Pengumpulan Data

1. Metode

Metode yang dilakukan untuk asuhan kebidanan dalam studi kasus ini

adalah asuhan ibu Bersalin dengan manajemen 7 langkah Helen Varney.

2. Jenis Data

a. Data Primer

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan berurutan mulai dari kepala sampai kaki (head to toe) pada Ny. R Pada pemeriksaan di dapat keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TTV: TD 120/80 mmhg, T/P 36°C/ 80 x/i, RR: 22 x/i, TFU: 30 cm

2. Wawancara

Pada kasus wawancara dilakukan secara langsung oleh pengkaji pada Ny. R, dan suami.

3. Observasi

Observasi dilakukan secara langsung pada Ny. R Usia 44 Tahun dengan retansio plasenta di Puskesmas Pancur Batu. yang berpedoman pada format asuhan kebidanan pada ibu Bersalin untuk mendapatkan data. Pada kasus ini observasi ditujukan pada TTV, kontraksi dan kandung kemih.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari:

a) Dokumentasi pasien

Dalam pengambilan studi kasus ini menggunakan dokumentasi dari data yang ada di Puskesmas Pancur Batu.

b) Catatan asuhan kebidanan

Catatan asuhan kebidanan dalam laporan tugas akhir ini menggunakan

format asuhan kebidanan pada ibu Bersalin.

c) Alat-Alat yang Dibutuhkan

Dalam melaksanakan studi kasus dengan judul asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. R dengan *retensio plasenta*, penulis menggunakan alat-alat sebagai berikut:

1. Alat yang dibutuhkan untuk manual plasenta:

1) Bak instrument berisi:

1 buah Klem Kocher

1 pasang sarung tangan panjang steril

1 pasang sarung tangan pendek

2) 1 piring plasenta

3) 1 nelatone kateter

4) 1 abocath no 16 atau 18

5) 1 cairan infuse isotonik RL/Ns 0,9%

6) 1 set infuse

7) 1 buah underpad/ alas bokong

8) 1 buah nier beken

9) 1 buah spuit 3 cc

10) Obat analgetik: kaltofen supp, profenid supp, tramadol supp, petidin inj, dll.

11) Waskom larutan DTT

12) Waskop larutan Klorin 0,5%

13) 1 buah ember tempat kain kotor.

14) Alat untuk pemeriksaan fisik dan observasi :

Tensi meter.

Stetoskop.

Termometer

Jam untuk observasi.

15) Alat dan bahan untuk pendokumentasian :

Format Asuhan Kebidanan.

patograf

Lembar status.

Alat tulis

BAB IV
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. R
USIA 44 TAHUN P4A1 DENGAN RETENSIO PLASENTA
DI PUSKESMAS PANCUR BATU
TAHUN 2018

Tanggal masuk	: 08 - 03 - 2018	tgl pengkajian	: 08 - 03 - 18
Jam masuk	: 07.25 wib	jam pengkajian	: 07.30 wib
Tempat	: puskesmas pancur batu	pengkaji	: rani kristina
No. Register	:		

I. Pengumpulan data

A. Biodata

Nama ibu	: Ny. R	nama suami	: Tn. P
Umur	: 44 tahun	umur	: 47 tahun
Agama	: Islam	agama	: Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	suku/bangsa	: Batak/Indonesia
Pendidikan	: SD	pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: jl. Karya Gg. Aman	alamat	: jl. Karya Gg. Aman

B. Anamnesa (data subjektif)

- a. Alasan utama masuk: ibu mengatakan ingin bersalin, ibu mengatakan nyeri hebat dibagian pinggang dan adanya pengeluaran lendir bercampur darah sejak jam 07.00 wib.
- b. Riwayat menstruasi
 - Menarche : 13 tahun
 - Siklus : 28 hari, teratur/tidak teratur
 - Lama : 4 hari,
 - Banyak : \pm 2 – 3 x ganti pembalut/hari

Dismenorea/tidak :tidak ada

c. Tanda-tanda persalinan:

Kontraksi sejak tanggal: 08 – 03 - 2018 pukul: 04.30 wib

Frekuensi : 3 kali/10 menit

Lamanya : 40 detik kekuatannya : hebat

Lokasi ketidaknyaman : daerah perut hingga ke pinggang

d. Pengeluaran pervaginam

Darah lendir ada, jumlah : 10 cc warna : merah lendir

Air ketuban ada, jumlah : tidak ada warna : -

Darah ada, jumlah :10cc warna : merah

e. Riwayat Kehamilan/Persalinan, Nifas yang lalu

No	Tgl lahir	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Tempat persalinan	Komplikasi		Penolong	Bayi		Nifas	
	Umur				Ibu	Bayi		Pb/bb/jenis	Kadaan	Kadaan	Laktasi
1	24 thnn	Aterem	Spontan	Klinik	-	-	Bidan	48/3,0/	Baik	Baik	Ada
2	16 th	Aterem	Spontan	Klinik	-	-	Bidan	47/3,5/	Baik	Baik	Ada
3	8 thn	Aterem	Spontan	Klinik	-	-	Bidan	48/3,5/	Baik	Baik	Ada
4	A	B	O	R	T	U	S				
5.	H	I	M	I	L						

f. Riwayat kehamilan sekarang

G5 P4 A1

HPHT : 15 – 06- 2017

HL : 22 – 03 - 2018

Uk : 38 minggu 1 hari

Anc : teratur, frekuensi : 4 x di: klinik

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : ada >12 kali

Riwayat imunisasi: tt 1: 2 x TT1: 08-12-2018 TT2:04-09-2018

Keluhan : sakit pada daerah pinggang dan perut

Obat yang biasa dikonsumsi selama hamil tidak ada

Tanda-tanda bahaya : tidak ada

g. Riwayat penyakit yang pernah diderita sekarang/yang lalu :

Jantung : tidak ada

Hipertensi : tidak ada

Diabetes mellitus : tidak ada
Malaria : tidak ada
Ginjal : tidak ada
Asma : tidak ada
Hepatitis : tidak ada
Riwayat operasi abdomen/sc : tidak ada

h. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : tidak ada
Diabetes mellitus : tidak ada
Asma : tidak ada
Lain-lain : tidak ada riwayat kembar

i. Riwayat kb : suntik

j. Riwayat sosial ekonomi & psikologi :

- Status perkawinan : sah, kawin : 1 kali
- Lama nikah: 25 tahun, menikah pertama pada umur: 20 tahun
- Kehamilan ini direncanakan/tidak direncanakan : direncanakan
- Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : senang
- Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah : musyawara
- Tempat rujukan jika ada komplikasi : rumah sakit
- Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas: tidak ada

k. Activity daily living

a. Pola makan dan minum

Frekuensi : 3 kali sehari, makan terakhir jam 20.00 wib
Jenis : nasi + ikan + sayur
Porsi : 1 porsi
Minum : 12 gelas/hr, jenis air putih
Keluhan/pantangan : tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : 2 jam
Tidur malam : 8 jam
Tidur terakhir jam :
Keluhan : susah tidur

c. Pola eliminasi

Bak : 8 kali/hari, konsistensi : cair, warna : kuning jernih
Bab : 1 kali/hari, konsistensi : lembek, warna : kecoklatan
Bab terakhir jam : 08.00 Tanggal 07-03-2018

d. Personal hygiene

Mandi :2 kali/hari

Ganti pakaian/pakaian dalam : 3 – 4 kali sehari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : ibu rumah tangga

Keluhan : tidak ada

Hubungan sexual : 1-2 x/mgg, hubungan sexual terakhir 2 minggu yg lalu

Kebiasaan hidup

Merokok : tidak ada

Minum-minuman keras: tidak ada

Obat terlarang : tidak ada

Minum jamu : tidak ada

C. Data objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120 /80 mmhg

Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 36 °C

Respirasi : 22 kali/menit

Pengukuran tinggi badan dan berat badan

. Berat badan : 55 kg, kenaikan BB selama hamil : 10 kg

. Tinggi badan :150 cm

. Lila : 24 cm

2. Pemeriksaan fisik

Inspeksi

a. Postur tubuh : lordosis

b. Kepala

Muka : simetris cloasma : tidak ada, oedema : tidak ada

Mata : simetris, conjungtiva : tidak pucat, sclera : tidak ikhterik

Hidung : simetris polip : tidak meradang

Gigi dan mulut/bibir : gigi tidak berlubang dan mulut simetris

c. Leher : simetris, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid

d. Payudara

Bentuk simetris : ya

Keadaan puting susu : menonjol

Areola mammae : hiperpigmentasi

Palpasi

Colostrum : ada

benjolan : tidak ada

e. Ekstremitas

f. Tangan dan kaki

Simetris/tidak : simetris

Oedema pada tungkai bawah : tidak ada

Varices : tidak ada

Pergerakan : aktif

g. Abdomen

Inspeksi

Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan/tidak: sesuai usia kehamilan

Linea nigra : ada

Bekas luka/operasi : tidak ada

Palpasi

TFU : 30 cm

Leopold I : pada fundus teraba bulat, lunak, dan melenting (bokong)

Leopold II : dibagian sisi kiri ibu teraba keras, datar, memanjang dan memapan (punggung) dan dibagian sisi kanan teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstermitas)

Leopold III : dibagian symphysis teraba bulat, keras, dan melenting (kepala)

Leopold IV : kepala sudah masuk pap di hodge III

TBJ : 2945 gram

Kontraksi : 3 x/10 menit, lama 40 detik, kuat, teratur

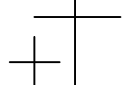
Kandung kemih: kosong

Auskultasi

DJJ : +

Frekuensi : 146 x/menit, teratur

Punctum maksimum :



Perkusi

cvat : tidak dilakukan

3. Pemeriksaan panggul

Lingkar panggul : tidak dilakukan

Distosia cristarum : tidak dilakukan

Distosia spinarum : tidak dilakukan

Conjunctata bourdeloque : tidak dilakukan

4. Pemeriksaan genitalia

Varises : tidak ada

Oedema : tidak ada

Pembesaran kelenjar bartolini: tidak ada

Pengeluaran pervaginam : lendir darah

Bekas luka/jahitan perineum : tidak ada

Anus : tidak ada haemoroid

Pemeriksaan dalam

Atas indikasi : inpartu pukul : 07.30 wib oleh : bidan

Dinding vagina : menipis

Portio : tidak teraba

Pembukaan servik : 7 cm

Konsistensi : lunak

Ketuban : utuh

Presentasi fetus : kepala

Posisi : uuk

Penurunan bagian terendah: hodge III

D. Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan

II. Identifikasi diagnosa, masalah dan kebutuhan :

Diagnosa : Ny. R G5P3A1 usia kehamilan 38 minggu 1 hari, janin tunggal hidup, intra uterin, punggung kanan, persentasi kepala keadaan umum ibu dan janin baik, dengan inpartu kala I fase aktif.

1. Data Dasar

1. Usia Ibu 44 Tahun

DS : Ibu mengatakan usianya 44 tahun

DO : Ibu lahir tanggal 20 Januari 1974

2. G5P3A1

DS : Ibu mengatakan ini kehamilan kedua dan pernah keguguran

DO: -

Usia Kehamilan 38 minggu 1 hari

DS : Ibu mengatakan HPHT : 15 - 06- 2017

DO: Usia kehamilan menurut Neegle

15 juni 2017 = 1 minggu 1 hari

Juli = 4 minggu 3 hari

Agustus = 4 Minggu 3 Hari

September = 4 Minggu 2 Hari

Oktober = 4 Minggu 3 Hari

November = 4 Minggu 2 Hari

Desember = 4 Minggu 3 Hari

Januari = 4 Minggu 3 Hari

Februari = 4 Minggu

08 Maret 2018 = 1 minggu 1 hari

Usia kehamilan = 38 minggu 1 hari

3. Janin Hidup

DS : Ibu mengatakan merasakan adanya gerakan janin

DO: - Dilakukan Leopold

Leopold I: Bagian fundus teraba bagian bulat, lunak dan melenting
(bokong)

a) Leopold II : dibagian sisi kanan perut ibu teraba datar, keras,
memapan dan memanjang (punggung) dan di bagian
kiri perut ibu teraba bagian-bagian terkecil janin.
(ekstremitas)

Leopold III :Bagian terbawah janin teraba bulat, keras dan tidak
melenting (kepala)

Leopold IV :Bagian terbawah janin sudah memasuki pintu atas
panggul (divergent)

- Terlihat adanya gerakan janin di sisi kanan perut ibu

- DJJ : 146 kali / menit disatu sisi yaitu sisi kanan perut ibu

4. Tunggal

DS : Ibu mengatakan merasakan adanya gerakan janin disisi kanan perut ibu

DO: - Terlihat adanya gerakan janin di sisi kanan perut ibu

b) Leopold II: dibagian sisi kanan perut ibu teraba datar, keras,
memapan dan memanjang (punggung) dan di bagian
kiri perut ibu teraba bagian-bagian terkecil janin.

- DJJ : 146 kali / menit disatu sisi yaitu sisi kiri perut ibu

5. Intrauterine

DS : Ibu mengatakan gerakan janin aktif

DO: Dilakukan Leopold I, TFU 30 cm

6. Puka

DS : Ibu mengatakan gerakan janin aktif disebelah kiri

DO : Dilakukan Leopold II

- dibagian sisi kanan perut ibu teraba datar,keras, memapan dan memanjang (punggung) dan di bagian kiri teraba bagian-bagian terkecil janin (Ekestremitas)
- DJJ : 146 kali / menit disebelah kiri perut ibu

7. Persentase Kepala

DS : Ibu mengatakan dadanya sesak

DO :Dilakukan Leopold III

Leopold III:Bagian terbawah janin teraba bulat, keras dan tidak melenting (Kepala)

8. Keadaan ibu dan janin baik

DS : Ibu mengatakan senang dengan kehamilannya

DO: Keadaan umum : Baik

Tanda-tanda vital :

Tekanan darah: 120 / 80 mmHg

Nadi : 82 kali/menit

Suhu : 36⁰ C

Respirasi : 22 kali/menit

DJJ : 146 kali / menit

Kontaksi : 3 x/10 menit, lama 40 – 60 detik, kuat, teratur

TFU : 30 cm

TBBJ : (TFU-11) X 155

(30 – 11) X 155

= 2945 Gram

9. inpartu kala 1 fase dilatasi maksimal

Ds: ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan dan sakit dari
yang sering dari perut menjalar ke pinggang

Do: tampak di celana dalam ibu lendir bercampur darah dan pemeriksaan dalam
dilakukan, pembukaan: 7 cm

Masalah :

Ibu cemas menghadapi persalinan karena ketidak nyamanan ibu
sehubungan dengan nyeri pada bagian perut dan menjalar ke pinggang
(nyeri inpartu)

Kebutuhan :

- a) Asuhan sayang ibu
- b) Persiapkan alat APN
- c) Pantau persalinan kala 1 dengan patograf

III. Identifikasi masalah potensial

- Pada ibu : Kala I memanjang, perdarahan
- Pada bayi : Gawat janin, hipoksia

IV. Tindakan segera/ kolaborasi/ rujuk

tidak ada

V. Intervensi

Tanggal : 08 – 03 - 2018

No	Intervensi	Rasionalisasi
1	Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan pada ibu	Memberitahu ibu mengenai hasil tindakan dan pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan agar ibu mengetahui keadaannya saat ini
2	Beri informasi tentang kondisi yang dialami saat ini khususnya nyeri pada bagian pinggang sampai ke perut	Dengan diberitahu informasi tentang kondisinya dapat membantu ibu mengurangi rasa cemas terhadap rasa nyeri yang dialami nya saat ini
3	Ajarkan ibu teknik relaksasi	membantu aliran oksigen kearah janin dan memperlanjar sirkulasi darah, dan memberi ketenangan pada ibu
4	Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman	Membantu mengurangi rasa nyeri
5	Lakukan massase atau sentuhan pada ibu	Massase pada pinggang hingga abdomen, guna untuk mengurangi rasa nyeri
6	Penuhi nutrisi dan cairan ibu	menambah energi ibu dan terhindar dari dehidrasi yang keluar melalui keringat atau urine
7	Siapkan alat alat persalinan dalam keadaan siap pakai dan steril	mempermudah melakukan tindakan dan mempercepat proses persalinan dan juga tetap dalam keadaan steril untuk mencegah infeksi
8	Pantau kala I dengan partograf a) Lakukan pemeriksaan dalam 4 jam sekali atau jika ada indikasi b) Pantau djj c) Tanda- tanda vital	mengkaji dan mendeteksi kemajuan persalinan
9	Ajarkan ibu teknik mengejan yang baik	Dengan cara menarik nafas dari hidung dan mengeluarkan dari mulut saat ada kontraksi dapat mengurangi rasa sakit pada ibu dan tidak membuat ibu cepat merasa lelah saat mengejan

VI. implementasi

Tanggal : 08-03-2018

No	Jam	Implementasi	Paraf
1	07.30	<p>Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu</p> <p>Ku : baik</p> <p>TD : 110/ 80 mmhg</p> <p>T : 36,4⁰c</p> <p>P : 82 x / menit</p> <p>RR : 20 x / menit</p> <p>Leopold i : dibagian fundusteraba bulat,lunak dan tidak melenting(bokong)</p> <p>Leopold ii : di sisi kiri perut ibu teraba keras,datar, memanjang dan memapan (punggung) dan di bagian sisi kanan perut ibu teraba bagian-bagian terkecil janin(ekstermitas)</p> <p>Leopold iii : dibagian sympsis teraba bulat, keras dan melenting(kepala)</p> <p>Leopold iv : hodge iii divergen</p> <p>Djj : 146x/menit</p> <p>Vt : pembukaan : 8 cm</p> <p>Effacement : 90 %</p> <p>Ketuban : (-)</p> <p>Presentasi kepala : uuk</p> <p>Evaluasi : ibu sudah mengetahui tentang hasil pemeriksaan dan keadaan ibu dan janin dalam batas normal</p>	Rani
2	07.32	<p>Menjelaskan pada ibu bahwa yang dialami setiap wanita yang sedang partus, nyeri ini terjadi sebagai akibat dorongan yang kuat oleh bayi terhadap rongga panggul saat kepala janin memasuki jalan lahir dan tekanan yang kuat dari fundus.</p> <p>Evaluasi : ibu mengatakan telah mengetahui tentang nyeri yang telah dialaminya saat ini</p>	Rani
3	07.33	<p>Mengajarkan ibu teknik relaksasi :</p> <p>Tarik nafas yang panjang melalui hidung dan mengeluarkannya secara perlahan lahan melalui mulut dan dilakukan setiap kali kontraksi.</p>	Rani

		Evaluasi : ibu sudah mengerti dan melakukan relaksasi dan tampak kegelisahan ibu berkurang	
4	07.34	<p>Mengajarkan ibu posisi yang nyaman Ibu boleh duduk, jongkok, berbaring miring dan juga merangkak . Posisi ini dapat mempercepat penurunan kepala.</p> <p>Evaluasi : ibu sudah melakukan miring kiri dan miring kanan</p>	Rani
5	07.35	<p>Melakukan massase pada punggung / pinggang ibu, usapan ini berfungsi untuk mengurangi rasa nyeri . Suami juga dapat melakukannya.</p> <p>Evaluasi : ibu mengatakan merasa lebih baik dan suami mengerti</p>	Rani
6	07.36	<p>Memenuhi nutrisi dan cairan ibu, memberikan ibu minum teh manis 1 gelas, air putih 1 gelas dan menganjurkan ibu untuk makan.</p> <p>Evaluasi : ibu sudah minum 1 gelas teh manis saat his hilang</p>	Rani
7	07.37	<p>Mempersiapkan alat alat untu pertolongan persalinan Saft 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partus set dalam bak instrument <ul style="list-style-type: none"> Gunting tali pusat Arteri klem Benang tali pusat Handscon ½ kocher Gunting episiotomi Kassa steril 2. Stetoskop monoral 3. Tensi meter 4. Leanec 5. Obat obatan : lidocain, oksitosin, metergin 6. Spuit 3 cc dan cc 7. Nierbeken 	Rani

		<p>8. Kom berisi air dtt</p> <p>9. Korentang</p> <p>10. Tempat benda benda tajam dan tempat spuit bekas</p> <p>Saft 2</p> <p>1. Bak instrument steril (heacting set)</p> <p>Nald heacting</p> <p>Nald folder</p> <p>Pinset anatomis</p> <p>Pinset sirurgis</p> <p>Gunting benang</p> <p>Kain kassa</p> <p>Handscoon</p> <p>2. Bak instrument steril</p> <p>Kateter / slim seher</p> <p>Kateter nelaton</p> <p>Gunting episiotomi</p> <p>Handscoon</p> <p>3. Alat non steril</p> <p>Piring plasenta</p> <p>Betadin</p> <p>Cairan infus</p> <p>Infus set</p> <p>Saft 3</p> <p>1. Waskom berisi air dtt dan air klorin</p> <p>2. Brush</p> <p>3. Handscoon</p> <p>4. Alat resusitasi</p> <p>5. Perlengkapan ibu dan bayi</p> <p>6. Underpad</p> <p>7. Handuk ibu dan bayi</p> <p>Evaluasi : peralatan sudah disiapkan</p>	
8	07.38	Pantau kala I dengan partograf	Rani

		Evaluasi : kala I telah dipantau dengan partograf dan keadaan ibu dan janin baik																																		
09	07.39	<p>Melakukan pemeriksaan dalam atas indikasi memantau kemajuan persalinan. Ibu mengatak rasa sakit semakin sering.</p> <table><tr><td>pantau kemajuan persalinan</td><td>Jam</td><td>Jam</td></tr><tr><td></td><td>07.30</td><td>08.00</td></tr><tr><td>Vt</td><td>7 cm</td><td>10 cm</td></tr><tr><td>Djj</td><td>140 x/i</td><td>142 x/i</td></tr><tr><td>Dinding vagina</td><td>Licin</td><td>Licin</td></tr><tr><td>Konsistensi</td><td>Tipis</td><td>Tipis</td></tr><tr><td>Effacement</td><td>70%</td><td>100 %</td></tr><tr><td>Ketuban</td><td>-</td><td>+</td></tr><tr><td>Presentasi kepala</td><td>Kepala</td><td>Kepala</td></tr><tr><td>Penurunan</td><td>Hodge III</td><td>Hodge IV</td></tr><tr><td>Kontaksi</td><td>4 kali dalam 10 m, dengan durasi 40 menit</td><td>5 kali dalam 10 menit durasi 60 menit</td></tr></table> <p>Evaluasi : ibu sudah mengetahui tentang hasil pemeriksaan dan keadaan ibu dan janin dalam batas normal</p>	pantau kemajuan persalinan	Jam	Jam		07.30	08.00	Vt	7 cm	10 cm	Djj	140 x/i	142 x/i	Dinding vagina	Licin	Licin	Konsistensi	Tipis	Tipis	Effacement	70%	100 %	Ketuban	-	+	Presentasi kepala	Kepala	Kepala	Penurunan	Hodge III	Hodge IV	Kontaksi	4 kali dalam 10 m, dengan durasi 40 menit	5 kali dalam 10 menit durasi 60 menit	Rani
pantau kemajuan persalinan	Jam	Jam																																		
	07.30	08.00																																		
Vt	7 cm	10 cm																																		
Djj	140 x/i	142 x/i																																		
Dinding vagina	Licin	Licin																																		
Konsistensi	Tipis	Tipis																																		
Effacement	70%	100 %																																		
Ketuban	-	+																																		
Presentasi kepala	Kepala	Kepala																																		
Penurunan	Hodge III	Hodge IV																																		
Kontaksi	4 kali dalam 10 m, dengan durasi 40 menit	5 kali dalam 10 menit durasi 60 menit																																		
10	07.40	<p>Ajarkan ibu untuk mengejan yang baik . Menganjurkan ibu untuk meneran apabila ada dorongan yang kuat dan spontan</p> <p>Ibu boleh memilih posisi meneran yang nyaman seperti :</p> <ol style="list-style-type: none">DudukMerangkakJongkokBerdiri <p>Evaluasi : ibu sudah mengetahui tentang cara meneran yang baik</p>	Rani																																	

VII. Evaluasi

Tanggal :08 – 03 - 2018

pukul : 08.00 wib

S

1. Ibu sudah mengetahui tentang hasil pemeriksaan dan keadaan ibu dan janin dalam batas normal
2. ibu mengatakan telah mengetahui tentang nyeri yang telah dialaminya saat ini
3. Ibu sudah mengerti dan melakukan relaksasi dan tampak kegelisahan ibu berkurang
4. Ibu sudah mengetahui bahwa ibu akan bersalin
5. Ibu sudah mengetahui tentang cara meneran yang baik

O

1. Ku : baik
2. Vt : pembukaan : 10 cm
3. Effacement : 100 %
4. Ketuban : (-)
5. Presentasi kepala : uuk
6. His : 5 kali dalam 10 menit dengan durasi 60 detik
7. Tampak ibu meringis
8. Tampak keluar darah bercampur lendir yang semakin banyak

A

Diagnosa: ny. R G5P3AI usia kehamilan 38 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup intra uterin, punggung kiri, persentasi kepala keadaan umum ibu dan janin baik, dengan inpartu kala 1 fase aktif.

Masalah : Sebagian teratasi

P

1. Ajarkan ibu teknik meneran yang baik
2. Lanjutkan penanganan kala II

KALA II

Tanggal 08 - 03- 2018 jam 08.05 wib

Subyektif

- a. Ibu mengatakan nyeri pinggang dan perut makin kuat dan sering
- b. Ibu mengatakan ada rasa ingin buang bab
- c. Ibu mengatakan ingin meneran

Obyektif

- Keadaan umum ibu : baik
- Kesadaran : composmentis
- Kontraksi uterus : baik, his semakin kuat lamanya 60 detik, intervalnya 5x dalam 10 menit,
- Djj (+) = 146 x/menit
- Irama teratur.
- Djj : 146 x/i
- Observasi
- TD : 110/80 mmhg
- N : 80 x/menit
- S : 36,4⁰c
- RR : 22 x/menit.

- Hasil pemeriksaan dalam:

Porsio : lunak

Pembukaan serviks : 10 cm

Konsistensi : menipis

Ketuban : pecah spontan

- Tanda gejala kala ii

Dorongan ingin meneran pada ibu

Tekanan pada anus dan perineum

Perineum menonjol

Vulva dan sfingter ani membuka

Inspeksi : bagian terendah janin nampak di vulva 5-6 cm

Assesment

Diagnosa : ibu inpartu kala II

Masalah : rasa nyeri yang semakin kuat dan ibu merasa cemas

Kebutuhan :

1. Informasikan kemajuan persalinan

2. Dukungan emosional pada ibu
3. Anjurkan keluarga untuk mendampingi ibu
4. Penuhi nutrisi dan cairan
5. Pertolongan persalian APN

Masalah Potensial: pada ibu: - laserasi jalan lahir

- Kala II memanjang
- Perdarahan

Pada bayi: - Asfiksia

Tindakan segera : tidak ada

Plainning

Tanggal : 08 maret 2018

N o	Jam	Implementasi	Paraf
1	07.50	<p>Membimbing ibu cara mengedan yang baik yaitu melakukan tarik nafas yang panjang jika datang his dan mengejan kebawah seperti seorang yang buang air besar yang keras. Daggu ditempelkan ke dada. Ibu dianjurkan tidak menutup mata saat mengedan dan menutup mulutnya. Pada his yang kuat ibu disuruh mengedan seperti yang telah di ajarkan. Bila his hilang ibu di istirahatkan dan diberi makan atau minum untuk sumber tenaga</p> <p>Evaluasi : ibu mengatakan sudah mengetahui cara mengejan yang baik</p>	Rani
2	08.00	<p>Memimpin persalinan pada saat kepala bayi terlihat 5-6 cm di introitus vagina penolong memasang handuk di atas perut ibu dan di bawah bokong. Penolong membuka partus set dan sarung tangan steril. Pada saat suboksiput bragmatika pada simfisis tangan kanan melindungi perineum dengan dialasi alas bokong dan tangan kiri melindungi bayi agar tidak terjadi defleksi terlalu cepat.</p>	Rani

		<p>Pada saat kepala lahir ibu terus dipimpin mengedan hingga lahirlah berturut-turut ubun-ubun besar, dahi, muka, telinga, hidung, mulut, dagu, secara keseluruhan kemudian penolong memeriksa adanya lilitan tali pusat. Kemudian tunggu kepala bayi mengalami putaran paksi luar ke arah punggung bayi yaitu punggung kanan setelah kedua tangan penolong berada posisi biparietal, kepala bayi ditarik secara cunam kebawah untuk melahirkan bahu anterior keatas untuk melahirkan bahu posterior dengan posisi ibu jari pada leher (bagian bawah kepala) dan keempat jari lainnya pada bahu dan dada punggung bayi, sementara tangan kiri penolong memegang lengan dan bahu anterior. Setelah bahu lahir, lakukan sanggah susur. Kemudian lahirlah seluruh badan bayi . Bayi lahir pukul 08.30 wib segera menangis, meletakkan bayi diatas perut ibu. Menjepit tali pusat 5 cm dari pangkal pusat bayi, diurut kemudian di klem. Mengurut tali pusat kearah ibu dan meletakkan klem ke 2 dengan jarak 2 cm dari klem pertama. Kemudian gunting tali pusat dan bungkus dengan kassa steril. Timbang BB : 2900 gram PB : 47 cm</p> <p>Evaluasi : bayi baru lahir pukul 08.10 wib segera menangis jk : perempuan, telah dilakukan perawatan bayi baru lahir. BB : 2900 gram, PB : 47 cm.</p>	
3	08.10	<p>Memberi dukungan emosional pada ibu untuk tenang dan mengatakan bayinya sudah lahir dengan sehat</p> <p>Evaluasi : ibu merasa senang dan tidak khawatir lagi</p>	Rani

KALA III

Tanggal 08 – 03 – 2018

jam : 08.11 wib

Subyektif

- a. Ibu mengatakan keadaannya saat ini baik .
- b. Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya.
- c. Ibu mengatakan kelelahan setelah proses persalinan

Obyektif

-) Bayi lahir, segera menangis, jenis kelamin: perempuan
Tanggal : 08 Maret 2017 Pukul : 08:10 wib
BB : 2900 Gram PB: 47 cm
Apgar score : 8/9
-) Plasenta belum lahir
-) Kontraksi uterus: lemah
-) Tfu : sejajar pusat
-) Tali pusat tampak di vulva
-) Kandung kemih kosong
-) Perdarahan : \pm 100 cc.

Assasment

Diagnosa : ibu inpartu kala III

Masalah : plasenta belum lahir

Kebutuhan : a. Manajemen aktif kala III

b. Pantau kontraksi, Tfu dan kandung kemih

Antisipasi masalah: retensio plasenta dan perdarahan

Tindakan segera : tidak ada

Plainning

08 maret 2018

No	Jam	Implementasi	Paraf
1	08.11	Melakukan manajemen aktif kala III yaitu: Memberitahu ibu bahwa akan di suntikkan oksitosin 10 U di pada atas distal lateral agar uterus berkontraksi dengan baik. Ev : ibu mengatakan bersedia dan telah di suntikkan oksitosin 10 u secara im di paha 1/3 bagian luar dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir.	Rani
	08.13	Melakukan Pengendalian tali pusat terkendalin dan sebelum malakukan pengendalian tali pusat terkendali amati tanda pelepasan plasenta seperti: adanya semburan darah tiba – tiba, uterus menjadi bundar, tali pusat memanjang, bila ada tanda pelepasan plasenta lakukan pengendalian tali pusat terkendali. Evaluasi : tidak ada tanda -tanda pelepasan plasenta seperti semburan darah tiba-tiba	Rani
2	08.26	memberitahu ibu bahwa akan di suntik oksitosin ke dua 10 u karena plasentanya belum lahir. Ev : ibu sudah di suntikkan oksitosin kedua .	Rani

Data perkembangan Kala III

Tanggal: 08 Maret 2018

pukul : 09.00 wib

Subjektif

- Ibu mengatakan lelah setelah bersalin
- Ibu mengatakan tidak merasakan mules pada perutnya, dan berkeringat

objektif

- Tfu : sejajar dengan pusat
- Kontraksi lemah
- Perdarahan 100 cc
- Tidak ada tanda – tanda pelepasan plasenta:
 -) Tali pusat tidak semakin memanjang
 -) Tidak ada semburan darah tiba – tiba
 -) Tidak ada perubahan pada fundus

Assesmen

diagnosa: Ny. R inpartu kala III, dengan Retensio Plasenta.

.Masalah : plasenta belum lahir.

Kebutuhan :

1. Lahirkan plasenta secara manual
2. Pantau kontraksi dan kandung kemih

Antisipasi masalah potensial : perdarahan post partum

Tindakan segera : - pasang infus

- Lakukan Manual Plasenta

Plainning**Tanggal : 08 maret 2018****waktu: 08:30 wib**

No	Jam	Implementasi	Paraf
1	08.30	<p>Memantau tanda kontraksi uterus dan tanda-tanda pelepasan plasenta. Tanda pelepasan plasenta yaitu: ada semburan darah tiba-tiba, tali pusat memanjang, abdomen berbentuk globuler.</p> <p>Ev: kontraksi lemah dan tanda-tanda pelepasan plasent tidak ada</p>	Rani
2	08.43	<p>Memberitahu ibu dan keluarga prosedur dan tujuan di lakukannya manual plasenta yang bertujuan untuk melahirkan plasenta yang tidak lahir salam 30 menit, serta melakukan persetujuan medis.</p> <p>Ev : ibu dan keluarga sudah mengetahui tujuan di lakukannya manual plasenta dan telah menyetujuinya</p>	Rani
3	08.44	<p>Memberitahu ibu bahwa infus RL 500 cc akan di pasang dengan kecepatan 40 tts/i.</p> <p>Ev: Ibu bersedia di pasang infus dan infus terpasang dengan baik.</p>	
4	08.47	<p>Melakukan tindakan manual plasenta.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mencek kelengkapan alat2. Menjaga privasi klien3. Menilai keadaan umum ibu dan pasang infus4. Berikan analgeik perrectal sehingga perhatian ibu teralihkan dari rasa nyeri atau sakit.5. Lakukan kateterisasi kandung kemih, jika	Rani

		<p>kandung kemih penuh.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Cuci tangan dan lepaskan handscoon latutkan ke dalam larutan klorin 7. Jepit tali pusat dengan klem kemudian regangkan tali pusat yang sudah diklem dengan tangan kiri sejajar lantai. 8. Ambil kassa dan celupkan ke betadine lalu lakukan desinfeksi pada tali pusat. 9. Masukkan tangan kanan ke dalam vagina secara obstetri dengan menyatukan ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari lainnya saling merapat (punggung tangan ke bawah) dengan menelusuri sisi bawah tali pusat, sementara tangan kiri memegang tali pusat 10. Setelah tangan mencapai buka serviks, minta tolong asisten untuk memegang tali pusat kemudian pindahkan tangan kiri yang di luar untuk menahan fundus uteri sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan dalam hingga ke kavum uteri dan mencapai tempat insersi tali pusat. 11. Buka tangan obstetrik menjadi seperti memberi salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk) dan tentukan tempat implementasi plasenta temukan tepi bagian mana plasenta yang sudah terlepas berimplementasi di korpus belakang tali pusat diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke atas (dinding posterior korpus uteri). 12. Bila plasenta berimplementasi di korpus depan maka pindahkan tangan sebelah atas tali pusat 	
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>dan sisipkan ujung jari-jari tangan di antara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke atas (dinding anterior korpus uteri)</p> <p>13. Setelah ujung-ujung jari masuk di antara plasenta dan dinding uterus maka perlus pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan kekanan dan kekiri sampai plasenta lepas dari implementasinya .</p> <p>14. Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal dengan menggunakan ulna tangan. Lakukan hal yang sama menggeser tangan dari kanan ke kiri.</p> <p>15. Bawa plasenta keluar.</p> <p>16. Pindahkan tangan luar dari fundus ke supra simpisis dan lakukan dorso kranial pada saat plasenta di bawa keluar</p> <p>17. Sambil plasenta dibawah keluar, instruksikan asisten untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam mambawa plasenta keluar.</p> <p>18. Setelah plasenta telah tampak di vulva $\frac{3}{4}$ bagian lakukan pemutaran searah jarum jam sampai semua plasenta dan selaputnya keluar.</p> <p>19. Tempatkan plasenta di wadah yang telah tersedia</p> <p>20. Segera lakukan masase uterus selama 15 detik sehingga kontraksi uterus baik dan periksa kelengkapan plasenta</p> <p>Ev: plasenta lahir lengkap secara manual jam: 08.53</p>	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		wib, kotiledon 20, berat 500 gram, panjang: 48 cm	
	08.47	Menilai perdarahan dan memeriksa laserasi jalan lahir Ev : robekan jalan lahir derajat 1 dengan perdarahan ± 150 cc	Rani
	08.48	Melakukan hecting pada laserasi jalan lahir secara jahitan simpul tunggal. Ev: laserasi jalan lahir sudah di hecting	Rani
	08.49	Membersihkan ibu dari sisa cairan darah dan ketuban dengan kain basah dan mengganti pakaian ibu yang sudah basah dan kotor. Ev : ibu sudah dibersihkan dari cairan dan ibu sudah sudah nyaman.	Rani
	08.59	Memberikan asupan nutrisi kepada ibu agar ibu tidak mengalami dehidrasi. Ev: ibu sudah minum.	Rani

Kala IV

Tanggal : 08 – 03 – 2018

jam : . 09.00 wib

Subyektif

- a. Ibu mengatakan perutnya terasa mulas.
- b. Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya
- c. Ibu mengatakan rasa nyeri pada daerah perineum

Obyektif

- a. Plasenta lahir pukul 08.53 wib

Selaput ketuban utuh

Kotiledon lengkap

Berat 500 gram

- Panjang tali pusat :48 cm
- b. Keadaan umum : lemah
- Kesadaran : composmentis
- TD : 110/70 mmhg
- N : 80 x/mnt
- S : 37,1⁰c
- RR : 20 x/menit.
- c. TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras ,
- d. Kandung kemih: kosong
- e. Perdarahan ± 100 cc.
- f. Luka perineum : derajat ii

Assesment

Diagnosa : ny. R parturen dalam pemantauan kala IV .

Masalah : nyeri pada daerah perineum dan mules pada perut

Kebutuhan : - Penkes tentang perubahan fisiologis
 - Berikan asupan cairan dan nutrisi
 - Pantau keadaan ibu dalam 2 jam post partum
 - Penkes personal hygiene

Antisipasi Masalah Ponsial : perdarahan post partum

Tindakan Segera : tidak ada

Plainning

No	Jam	Implementasi	Paraf
1	09.00	Membersihkan ibu dari sisa-sisa darah, memakaikan pakaian yang bersih kemudian membersihkan alat-alat persalinan dengan cara merendamnya di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Lalu dicuci bilas dan kemudian direbus dan ditunggu selama 20 menit setelah air mendidih. Evaluasi : ibu sudah dibersihkan, alat alat sudah dibersihkan	Rani
2	09.02	Memberi ibu asupan nutrisi berupa makanan dan minuman untuk menambah tenaga ibu. Evaluasi : ibu sudah mendapat nutrisi yang cukup	

3

09.04

3. Melakukan pemantauan kala IV kepada ibu dengan 2 jam pertama.

N o	Wa ktu	Nadi	Suhu	TD	Tfu	Kont raksi	Kandung kemih	Perdar ahan
1	09.03	78x/i	36,3 °C	110/70 mmhg	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	30 cc
	09.18	78x/i		110/70 mmhg	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	30 cc
	09.33	80x/i		110/70 mmhg	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	30 cc
	09.48	80x/i		110/70 mmhg	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	20 cc
2	10.18		36,5 °C	110/70 mmhg	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	20 cc
	10.48			110/70 mmhg	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	10 cc

Ev : kala iv tidak ada masalah dan keadaan ibu baik

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan menjelaskan kesenjangan-kesenjangan yang ada dengan cara membandingkan antara teori dan praktek yang ada dilapangan yang mana kesenjangan tersebut menurut langka-langka yang ada dalam manajemen kebidanan, yaitu pengkajian, interpretasi data, diagnosa potensial, tindakan segera, rencana tindakan, pelaksanaan dan evaluasi. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan yang ada sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang tepat, efektif dan efisien, khususnya pada ibu bersalin dengan retensio plasenta.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Pada langkah ini, bidan mengumpulkan semua informasi akurat dan lengkap dari beberapa sumber yang berkaitan dengan kondisi klien dengan cara wawancara dengan klien, suami, keluarga dan dari catatan atau dokumentasi pasien untuk memperoleh data subjektif. (Yulifa, 2013). Retensio plasenta tanda dan gejala his kurang kuat, plasenta tidak lahir lebih dari 30 menit, perdarahan bayak/sedang, TFU setinggi pusat bentuk uterus discoid dan tali pusat terjelujur. (Novvi, 2016).

Dari pengkajian didapatkan data subjektif Ibu Bersalin Usia 44 tahun dengan retensio plasenta. ibu mengeluh keluhan utama yaitu ibu mengatakan ini persalinan yang ke 4, pernah mengalami keguguran satu kali kehamilan ke empat dan ibu mengatakan cemas karena perdarahan yang banyak, ari-arinya belum lahir

dan ibu merasa letih, lemah, dan tidak merasakan mules pada perut serta keringat dingin, sedangkan data objektif didapatkan data keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*, TTV: TD: 110/90 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,2°C, R: 24 x/menit, TB: 150 cm, BB sebelum hamil: 45 kg, BB sekarang: 55 kg, LLA: 25 cm.

Berdasarkan data subjek dan data objek, penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktik karena pada tahap ini penulis tidak mengalami kesulitan, pengumpulan data dilakukan dengan wawancara kepada ibu, suami, dan status sesuai dengan keadaan pasien.

2. Interpretasi Data Dasar

Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Pada kasus ini banyak faktor yang menyebabkan retensio plasenta yaitu paritas ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, his kurang kuat, plasenta tumbuh melekat lebih dalam seperti plasenta adhesive, plasenta inkretabi, plasenta akreta, plasenta perkreta, plasenta inkarseraa. Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga 30 menit atau lebih setelah kelahiran bayi. Kebutuhan retensio plasenta yaitu melakukan manual plasenta dan memasang infus. (Novvi, 2016).

Pada kasus Ny. R diagnosa kebidanannya adalah Ny. R umur 44 tahun untuk mengatasi masalah tersebut Ny. R mengatakan cemas karena ari-ari belum lahir dan perdarahan yang banyak dan kebutuhan yang diberikan adalah memberikan dukungan moril pada ibu dan memberitahu ibu bahwa ari-ari akan

segera dilahirkan dengan cara manual plasenta dan menghentikan perdarahan.

Pada kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus karena diagnosa yang ditegakkan sudah sesuai dengan teori dan sesuai dengan data subjektif dan data objektif yang sudah terkumpul. Masalah dan kebutuhan yang diperlukan juga sudah sesuai antara teori dan praktek.

3. Mengidentifikasi Diagnosa Potensial, masalah dan kebutuhan

Menurut Prawirohardjo, Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial merupakan langkah dimana bidan melakukan indentifikasi diagnosis atau masalah potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi (Prawirohardjo, 2012). Pada teori didapatkan data yang mendukung untuk menegakkan diagnosa yaitu plasenta tidak lahir lebih dari 30 menit, dan tanda-tanda pelepasan plasenta tidak ada identifikasi diagnosa/masalah potensial terjadinya retensio plasenta adalah perdarahan dan infeksi (Novvi, 2016).

Dan data yang diperoleh dilapangan, didapatkan data yang mendukung yaitu plasenta tidak lahir lebih dari sehingga penulis mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial terjadi yaitu morbiditas dan mortalitas. Sehingga dalam mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek karena identifikasi diagnosa/masalah potensial yang diperoleh di lapangan sesuai dengan teori.

4. Mengidentifikasi Tindakan Segera dan Kalaborasi

Menurut Prawirohardjo, Pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kalaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien (Prawirohardjo, 2012). Antisipasi yang

dilakukan adalah pemberian infus drip oksitosin 20 unit dalam 500 cc NS dan RL dengan 40 tetes/menit bila perlu kombinasi dengan misoprostol 400 mg rectal (sebaiknya tidak menggunakan ergometrin karena kontraksi yang timbul dapat menyebabkan plasenta terperangkat dalam kavum uteri). dan antibiotik ampicillin 2 gram iv/oral + metronidazol 1 g supositoria/oral. serta dilakukan plasenta manual.

Sedangkan pada kasus antisipasi yang dilakukan adalah pasang infuse RL 500 cc dengan 50 tts/i, lakukan manual plasenta, memberikan terapi obat secara inj vit. K 1 Ampul obat oral: Amoxilin 500 mg 3 x 1 tablet/hari, Asam mefenamat 500 mg 3 x 1 tablet/hari dan vit c 3 x 1 tablet/hari. (Ratna (2017).

Pada langkah ini penulis menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus yaitu pada teori diberikan antibiotik ampicilin 2 gram secara iv/oral, sedangkan pada kasus diberikan terapi obat inj vit. K 1 ampul IM di bokong, amoxilin 500 mg 3x1 tablet/hari, asam mefenamat 500 mg 3x1 tablet/hari dan vit c 3x1 tablet/hari karena plasenta sudah lahir secara utuh.

5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Menurut Prawirohardjo, pada teori dijelaskan bahwa suatu rencana tindakan yang termasuk indikasi dan yang dapat ditimbulkan berdasarkan kondisi klien, serta hubungannya dengan masalah yang dialami klien, meliputi antisipasi dengan bimbingan terhadap keluarga klien dan rencana tindakan harus disetujui oleh keluarga klien, semua tindakan harus berdasarkan rasional yang relevan dan diakui kebenarannya (Prawirohardjo, 2012).

Di lapangan, penulis merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan

diagnosa/masalah aktual dan potensial sebagai berikut, (Menurut Saifuddin, 2010), dalam membuat rencana tindakan diusahakan untuk memberikan kenyamanan pada ibu dan disisi lain bidan dapat melakukan observasi dan pengobatan sebagai berikut :

- a. Observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah, respirasi, nadi, suhu, kesadaran, tonus uterus, dan estimulasi banyaknya darah yang sudah terlanjur keluar.
- b. Tentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang diambil.
- c. Regangkan tali pusat. Bila ekspulsi plasenta tidak terjadi, cobalah traksi terkontrol tali pusat.
- d. Pasang infus drip oksitosin 20 unit dalam 500 cc NS dan RL dengan 40 tetesan per menit (sebaiknya tidak menggunakan ergometrin karena kontraksi tonik yang timbul dapat menyebabkan plasenta terperangkap dalam kavum uteri).
- e. Lakukan plasenta manual jika traksi terkontrol gagal untuk melahirkan plasenta, caranya:
 - 1) Pastikan kandung kemih sudah kosong. Jika diperlukan lakukan kateterisasi kandung kemih.
 - 2) Jika plasenta belum keluar, berikan oksitosin 10 unit IM. Jika belum dilakukan pada penanganan aktif kala III.
 - 3) Jangan berikan ergometrin karena dapat menyebabkan kontraksi uterus yang tonik, yang bisa memperlambat pengeluaran plasenta.

- 4) Jika plasenta belum dilahirkan setelah 30 menit pemberian oksitosin dan uterus terasa berkontraksi, lakukan penarikan tali pusat terkendali.
 - 5) Jika traksi pusat terkendali belum berhasil, cobalah untuk melakukan pengeluaran plasenta secara manual.
 - 6) Jika perdarahan terus berlangsung, lakukan upaya pemberhentian perdarahan.
 - 7) Jika plasenta terlihat dalam vagina, jika anda dapat merasakan plasenta dalam vagina, keluarkan plasenta tersebut.
 - 8) Jika terdapat tanda-tanda infeksi (demam, sekret vagina yang berbau) berikan antibiotik.
 - 9) Raba bagian dalam uterus untuk mencari sisa plasenta.
- f. Restorasi cairan untuk mengatasi *hipovolemia*.
 - g. Lakukan tranfusi darah bila dilakukan.

Pada kasus ibu bersalin dengan *retensio plasenta* rencana tindakan yang dilakukan yaitu observasi KU dan TTV ibu tiap 1 jam, observasi perdarahan tiap 30 menit, pasang infus RL 500 cc, lakukan manual plasenta, diberikan inj vit K1 ampul, pantau restorasi cairan RL mengatasi hipovolemia. Pada langkah ini penulis menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus yang ada dilahan praktek.

6. Melaksanakan Asuhan (Implamentasi)

Menurut Prawirohardjo, pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh dilakukan secara efisien dan aman (Prawirohardjo, 2012). Pada langkah ini

pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah dibuat seperti diatas. Mengobservasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah, respirasi, nadi, suhu, kesadaran, tonus uterus, dan estimulasi banyaknya darah yang sudah terlanjur keluar. Tentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang diambil, meregangkan tali pusat. Bila ekspulsi plasenta tidak terjadi, cobalah traksi terkontrol tali pusat, Pasang infus drip oksitosin 20 unit dalam 500 cc NS dan RL dengan 40 tetesan per menit (sebaiknya tidak menggunakan ergometrin karena kontraksi tonik yang timbul dapat menyebabkan plasenta terperangkap dalam kavum uteri), melakukan plasenta manual untuk melahirkan plasenta. Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus yang ada dilahan.

7. Evaluasi

Menurut Prawirohardjo, pada teori manajemen asuhan kebidanan evaluasi merupakan langkah akhir dari proses manajemen asuhan kebidanan. Mengevaluasi pencapaian dengan kriteria yang diidentifikasi, memutuskan apakah tujuan telah tercapai atau belum tercapai (Prawirohardjo, 2012).

Di dalam evaluasi diharapkan memperoleh hasil: plasenta lahir lengkap, keadaan umum baik, perdarahan dapat teratasi dan ibu merasa nyaman. Pada kasus ibu bersalin dengan *retensio plasenta* didapatkan hasil keadaan umum: baik, kesadaran: *composmentis*, TTV: TD: 110/80 mmHg, S: 36°C, N: 86 x/menit, R:

24 x/menit, perdarahan 150 cc, plasenta lahir secara manual utuh dengan berat 500 gram, panjang tali pusat 50 cm, jumlah kotiledon lengkap, insersi sentralis, eksplorasi ditemukan selaput ketuban, perineum ruptur derajat 1 dan dilakukan heacting, terapi obat telah diberikan, ibu sudah merasa tenang dan keadaan ibu baik. Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus yang ada dilahan.

STI Kes Santa Elisabeth
Medan

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen menurut Varney pada ibu bersalin Ny. R umur 44 tahun P4A1 dengan *retensio plasenta* di Puskesmas Pancur Batu Medan tahun 2018, maka penulis dapat membuat kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada kasus ibu bersalin dengan *retensio plasenta* didapatkan data subjektif dengan keluhan utama yaitu ibu mengatakan cemas karena perdarahan, ari-arinya belum lahir dan ibu merasa letih, lemah, dan mengeluarkan keringat dingin, sedangkan data objektif didapatkan data keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*, TTV: TD: 120/80 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,4°C, RR: 22 x/menit, TB: 150 cm, BB sebelum hamil: 45 kg, BB sekarang: 55 kg, Lila: 24 cm, usia kehamilan 38 minggu 1 hari, dilakukan pemeriksaan fisik presentasi kepala, punggung kiri, TBBJ: 2925 gram, DJJ: 142 x/i perdarahan \pm 150 cc, plasenta terjulur keluar \pm 30 cm.
2. Interpretasi data pada kasus ibu bersalin dengan *retensio plasenta* diperoleh diagnosa kebidanan pada ibu bersalin Ny. R umur 44 tahun P4A1 dengan *retensio plasenta* di Puskesmas pancur batu tahun 2018. Masalah yang muncul adalah ibu mengatakan cemas karena ari-ari belum lahir dan perdarahan dan kebutuhan yang diberikan adalah memberikan

dukungan moril pada ibu dan memberitahu ibu bahwa ari-ari akan segera dilahirkan dan menghentikan perdarahan.

3. Diagnosa potensial pada kasus ibu bersalin dengan *retensio plasenta* tidak terjadi dikarenakan penanganan yang cepat dari tenaga medis.
4. Antisipasi yang dilakukan adalah pasang infuse RL 500 cc dengan tetesan 50x/i lakukan manual plasenta, memberikan terapi obat secara oral: Amoxilin 500 mg 3 x 1 tablet/hari, Asam mefenamat 500 mg 3 x 1 tablet/hari dan vit c 3 x 1 tablet/hari.
5. Rencana tindakan pada kasus ibu bersalin dengan *retensio plasenta* yaitu observasi KU dan TTV ibu tiap 1 jam, observasi perdarahan tiap 30 menit, pasang infus RL 500 cc lakukan manual plasenta, restorasi cairan untuk mengatasi hipovolemia, dan berikan antibiotika Amoxsilin.
5. Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah dibuat seperti diatas.
6. Pada kasus ibu bersalin dengan *retensio plasenta* didapatkan hasil keadaan umum: baik kesadaran: *composmentis* TTV: TD: 110/80 mmHg, S: 36°C N: 86 x/menit, R: 20 x/menit perdarahan 150 cc infus telah terpasang plasenta lahir secara manual utuh dengan berat 500 gram, panjang tali pusat 50 cm, jumlah kotiledon lengkap, insersi sentralis, eksplorasi ditemukan selaput ketuban, perineum ruptur derajat 2 dan dilakukan heacting, terapi obat telah diberikan, ibu sudah merasa tenang.
7. Evaluasi Pada kasus ibu bersalin dengan *retensio plasenta* dilakukan secara sistematis untuk melihat hasil dari asuhan yang diberikan, dan

hasilnya partus berjalan secara spontan dan bayi lahir spontan pada pukul 08.10 wib dengan jeniskelami perempuan, BB: 2900 gram, tidak terjadi komplikasi, dan plasenta lahir secara manual dan lengkap.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis akan menyampaikan saran yang mungkin bermanfaat yaitu:

1. Bagi Penulis

Diharapkan bagi penulis agar dapat meningkatkan pengetahuan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan *retensio plasenta*.

2. Bagi Puskesmas

Agar lebih meningkatkan pelayanan dalam menangani kasus persalinan patologis, baik dari segi sarana prasarana maupun tenaga kesehatan yang sesuai dengan operasional prosedur. Khususnya pada pasien-pasien pada kasus *retensio plasenta* dapat di tangani dengan baik di Puskesmas Pancur Batu.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Agar lebih meningkatkan mutu pendidikan dalam proses pembelajaran baik teori maupun praktek. Agar mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang teori-teori persalinan patologis.

DAFTAR PUSTAKA

- Ai Yeye. 2011. *Asuhan Kebidanan Persalian*. Jakarta: Penerbit cv. Trans info Medika
- Ai Yeyeh. 2017. *Asuhan kebidanan patologi*. Jakarta: Trans Info Media
- BAN. 2009. *Buku Acuhan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Penerbit PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Dipkes SUMUT. *Profil Nasional Sumatera Utara*. Medan: Dipkes SUMUT: 2016
- Elisabeth. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahi*. Yogyakarta: Penerbit pustakabarupress
- Kemenkes RI. *Profil kesehatan indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI; 2016
- Nurasiah. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan bayi baru lahi*, Yogyakarta
- Novvi. 2016. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Bogor: In Medika.
- Prawirohardjo. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Penerbit PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Penerbit PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Ratna. 2017. *Asuhan kebidanan pada ibu bersalin patologi*. Yogyakarta: Penerbit Nuha Medika.
- Rismalinda. 2015. *Buku Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Cv Trans Info Media
- Sondakh, Jenny. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan bayi baru lahir*. Penerbit Erlangga.