

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. N DENGAN  
ATONIA UTERI DI PUSKESMAS TEBAS KECAMATAN  
TEBAS KABUPATEN SAMBAS**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**PERPUSTAKAAN**



**VERONICA RUSJUNIARTI**  
**18.13.1321**

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN  
POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK  
2021**

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY.N DENGAN  
ATONIA UTERI DI PUSKESMAS TEBAS KECAMATAN  
TEBAS KABUPATEN SAMBAS**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

PERPUSTAKAAN



**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan**

POLITEKNIK 'AISYIYAH' PONTIANAK

**VERONICA RUSJUNIARTI**  
**NIM : 18.13.1321**

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN  
POLITEKNIK 'AISYIYAH' PONTIANAK  
2021**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. N DENGAN  
ATONIA UTERI DI PUSKESMAS TEBAS KECAMATAN  
TEBAS KABUPATEN SAMBAS**

**PERPUSTAKAAN**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**VERONICA RUSJUNIARTI**

**NIM : 18.13.1321**

**Telah Memenuhi Persyaratan Dan Disetujui Untuk Mengikuti Sidang  
Laporan Tugas Akhir Di Politeknik 'Aisyiyah Pontianak  
Pada Tanggal 18 Juni 2021**

**POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK**

**Menyetujui:**

**Pembimbing 1**

**Pembimbing 2**

**Dwi Khalisa Putri, S.ST., M.Keb  
NIDN : 11-2008-8801**

**Elsa Noftalina, S.Keb,Bd., M.Keb  
NIDN: 11-0408-8801**

## LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY.N DENGAN  
ATONIA UTERI DI PUSKESMAS TEBAS KECAMATAN  
TEBAS KABUPATEN SAMBAS**

PERPUSTAKAAN

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan  
Pada Tanggal 18 Juni 2021

Mengesahkan :

Ketua Penguji

Penguji

Dwi Khalisa Putri, S.ST., M.Keb  
NIDN : 11-2008-8801

Ismaulidia Nurvembrianti, S.ST., M.Keb  
NIDN : 11-2311-8720

POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

Mengetahui :

Politeknik 'Aisyiyah Pontianak  
Direktur,

Tilawaty Aprina, S.ST, M.Kes  
NIDN : 11-1104-8002

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Veronica Rusjuniarti

NIM : 18.13.1321

Program Studi : DIII Kebidanan

Angkatan : XIII

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan

Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul :

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY.N DENGAN ATONIA**

**UTERI DI PUSKESMAS TEBAS KECAMATAN TEBAS KABUPATEN**

**SAMBAS**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Pontianak, 18 Juni 2021

Veronica Rusjuniarti

# ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY.N DENGAN ATONIA UTERI DI PUSKESMAS TEBAS KECAMATAN TEBAS KABUPATEN SAMPAS

Veronica Rusjuniarti<sup>1</sup>, Dwi Khalisa Putri<sup>2</sup>, Elsa Noftalina<sup>2</sup>.

## INTISARI

**Latar Belakang:** *Fact World Health Organization* (WHO) memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran. Sekitar 99% dari seluruh kematian ibu terjadi di Negara berkembang. Sekitar 80% kematian maternal merupakan akibat meningkatnya komplikasi selama kehamilan, persalinan dan setelah persalinan. Cakupan Pertolongan Persalinan oleh tenaga kesehatan tahun 2019 tertinggi berada di wilayah Puskesmas Tebas yaitu sebesar 99,7%, sedangkan cakupan terendah berada di wilayah Puskesmas Pimpinan yaitu sebesar 64,1%.

**Tujuan penelitian:** Tujuan umum dibuatnya Laporan Tugas Akhir ini adalah dengan mengetahui penatalaksanaan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. N dengan Atonia Uteri di Puskesmas Tebas.

**Metode penelitian:** Desain penelitian yang digunakan penulis dalam penelitian adalah menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus.

**Hasil penelitian:** Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada Ny. N berkelanjutan di Puskesmas Tebas ibu sudah melewati masa kehamilannya, persalinan dan nifas mengalami penyulit yaitu terjadinya atonia uteri, dan bayi baru lahir mengalami asfiksia berat.

**Simpulan:** Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan atonia uteri dengan menggunakan 7 langkah varney dan SOAP. Asuhan kebidanan pada NY. N terdapat kesenjangan antara kasus dan teori. Terdapat kesenjangan teori pada data objektif dan pembahasan penatalaksanaan kasus.

**Kata Kunci** : Perdarahan post partum, Atonia uteri, Asuhan kebidanan  
**Kepustakaan** : 8 buku, 29 jurnal (2010- 2020)  
**Jumlah Halaman** : xi, 97 Halaman, Tabel 1.1, 2.1, 4.1 s/d 4.4.

---

<sup>1</sup> Mahasiswa prodi kebidanan jenjang diploma III Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

<sup>2</sup> Dosen Pembimbing Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY.N DENGAN ATONIA UTERI DI PUSKESMAS TEBAS KECAMATAN TEBAS KABUPATEN SAMPAS”**.

Laporan Tugas Akhir ini untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan. Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis telah mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Tilawaty Aprina, S.ST., M.Kes selaku Direktur Politeknik ‘Aisyiyah Pontianak.
2. Orang tua dan semua keluarga besar yang telah memberi semangat dan membantu secara moril dan materi dalam pembuatan tugas Akhir.
3. Sofia Afritasari, S.ST., M.Kes selaku pembimbing 1 dan Elsa Noftalina, S.Keb.Bd., M.Keb selaku pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan, sehingga Laporan Tugas Akhir dapat terselesaikan.
4. Ismaulidia Nurvembrianti, S.ST., M.Keb selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan Politeknik ‘Aisyiyah Pontianak dan penguji Laporan Tugas Akhir ini.
5. Intan Purnama Sari, S.ST selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan semangat dan *support*.

6. dr. Rini Pujiastuti selaku Kepala Puskesmas Tebas yang telah memberikan izin penelitian dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Haryati, A.Md,Keb selaku Kepala Ruangan KIA Puskesmas Tebas dan Hj. Ernawati, A.Md,Keb yang telah memberikan izin penelitian dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
8. Seluruh Staf dan Dosen Politeknik 'Aisyiyah Pontianak yang telah banyak membantu dalam penyediaan referensi.
9. Ny. N serta keluarga yang telah bersedia dan bekerjasama dalam pelaksanaan asuhan kebidanan patologi.
10. Sahabat saya Siti Aminah, Lutfiani Sari, Melati, Rizki Arofi, dan teman teman yang lain telah memberi semangat dalam pengerjaan Tugas akhir ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa laporan ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang dapat membangun dan memotivasi penulis agar laporan selanjutnya lebih baik. Penulis berharap laporan ini dapat bermanfaat khususnya untuk penulis dan pembaca umumnya.

Pontianak, 18 Juni 2021

Veronica Rusjuniarti

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
SURAT PERNYATAAN .....	iv
INTISARI .....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	7
F. Keaslian Peneliti.....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Kajian Teori.....	10
B. Konsep Dasar Asuhan pada Persalinan dengan Atonia Uteri.....	29
C. Kerangka Teori .....	58

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Desain Penelitian .....	59
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	59
C. Subjek Penelitian .....	59
D. Jenis Data.....	60
E. Teknik Pengumpulan Data.....	60
F. Etika Penelitian .....	62

### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil penelitian.....	64
B. Pembahasan .....	75

### **BAB V PENUTUP**

A. Simpulan.....	96
B. Saran .....	97

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian .....	7
Tabel 2.1 Penanganan Atonia Uteri .....	22
Tabel 4.1 Data Subjektif Persalinan .....	75
Tabel 4.2 Data Objektif Persalinan .....	79
Tabel 4.3 Data Analisis Persalinan .....	84
Tabel 4.4 Data Penatalaksanaan Persalinan .....	86



POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 *Time Schedule*

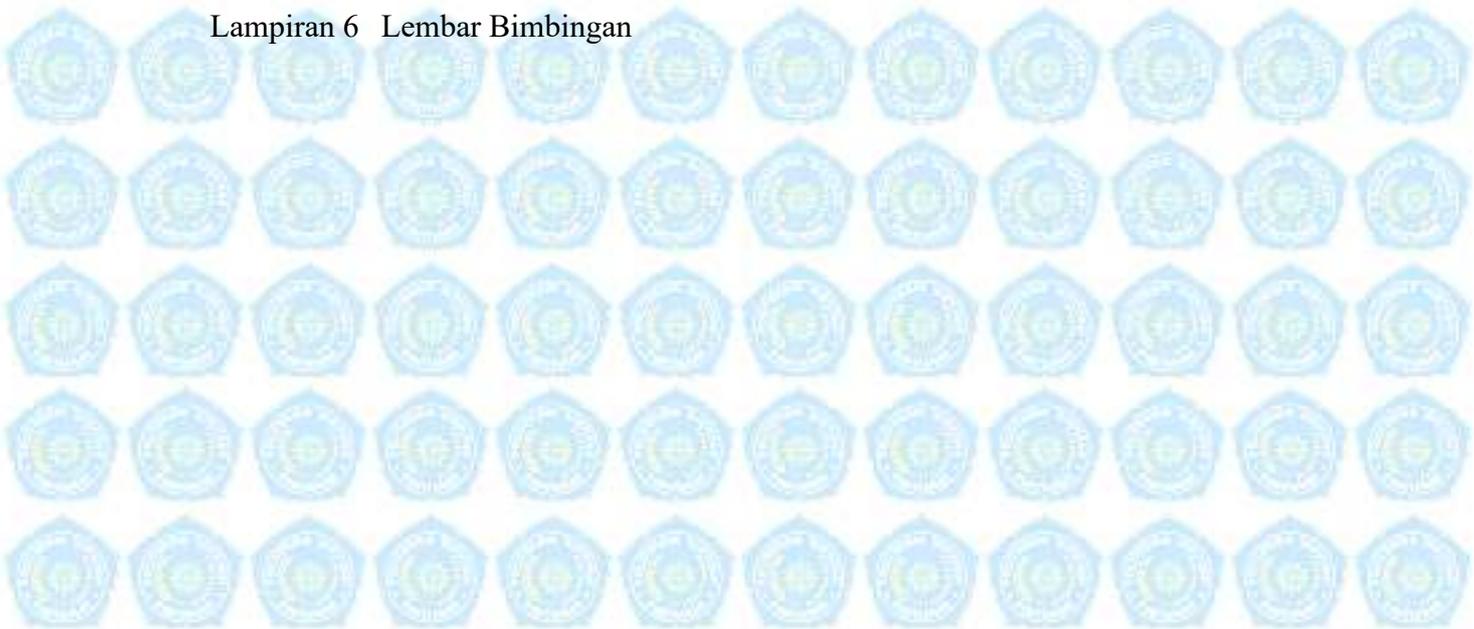
Lampiran 2 *Informed consent*

Lampiran 3 Surat Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 4 SOAP

Lampiran 5 Dokumentasi

Lampiran 6 Lembar Bimbingan



POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 sampai 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. Namun demikian, terkadang persalinan tidak ditangani dengan baik sehingga dapat menyebabkan proses persalinan tidak berjalan lancar sehingga lama persalinan lebih lama dari normal atau terjadi partus lama (Baktiyani et al., 2016).

Perdarahan post partum dapat disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta, inversio uteri dan kelainan pembekuan darah. Persalinan penyebab kematian ibu adalah perdarahan yang disebabkan oleh karena atonia uteri 50 sampai 60%, retensio plasenta 16 sampai 17%, sisa plasenta 23 sampai 24%, laserasi jalan lahir 4 sampai 5%, kelainan pembekuan darah 0,5 sampai 0,8%. Pada penelitian yang dilakukan oleh Ajenifuja tahun 2010 di Obafemi Awolowo University Teaching Hospitals Nigeria, menemukan bahwa penyebab utama perdarahan post partum primer adalah retensio plasenta sebesar 71,05% (Yanti et al., 2017).

Perdarahan postpartum merupakan penyebab utama kematian maternal diseluruh dunia dengan insiden sebesar 5% sampai 10% dari seluruh

persalinan. Penyebab perdarahan postpartum meliputi atonia uteri, retensio plasenta, laserasi jalan lahir, sisa plasenta dan gangguan pembekuan darah. Estimasi waktu menuju kematian pada perdarahan postpartum diperkirakan hanya berlangsung selama 2 jam, sementara itu perdarahan antepartum membutuhkan waktu kira-kira 12 jam, oleh sebab itu sangat penting untuk mengenali lebih dini dan memberikan penanganan segera. Kerjasama tim yang kompak dan terlatih sangat diperlukan dalam penanganan perdarahan postpartum. Untuk membentuk tim yang terlatih dalam mengatasi perdarahan postpartum, diperlukan sesi latihan dan simulasi kasus secara rutin (Simanjuntak, 2020).

Rendahnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan ibu hamil menjadi faktor penentu angka kematian, meskipun masih banyak faktor yang harus diperhatikan untuk menangani masalah ini. Oleh karena itu, pandangan yang menganggap kehamilan adalah peristiwa alamiah perlu diubah secara sosiokultural agar perempuan dapat perhatian dari masyarakat. Sangat diperlukan upaya peningkatan pelayanan perawatan ibu baik oleh pemerintah, swasta, maupun masyarakat terutama suami (Anggraeni, 2019)

Faktor-faktor yang menyebabkan perdarahan post partum adalah grandemultipara, jarak persalinan kurang dari 2 tahun, persalinan dengan tindakan seperti pertolongan kala III sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa. Seorang ibu dengan perdarahan hebat akan cepat meninggal bila tidak mendapat perawatan medis

yang sesuai, termasuk pemberian obat-obatan, prosedur klinis sederhana, transfusi darah atau operasi (Prasida, 2017).

*Fact World Health Organization* (WHO) memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran. Sekitar 99% dari seluruh kematian ibu terjadi di Negara berkembang. Sekitar 80% kematian maternal merupakan akibat meningkatnya komplikasi selama kehamilan, persalinan dan setelah persalinan (Nur et al., 2019).

Angka kematian ibu Provinsi Kalimantan Barat adalah sebesar 240 per 100.000 Kelahiran Hidup, sedang untuk nasional sebesar 259 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini berarti bahwa angka kematian ibu di Kalimantan Barat telah menunjukkan adanya penurunan yang sangat signifikan, dimana dalam dua dasawarsa, pada tahun 2012 angka kematian ibu di Kalimantan Barat berada di bawah angka nasional, baik dibandingkan dengan hasil SDKI maupun hasil Sensus Penduduk. Dilihat berdasarkan kasus kematian maternal yang terjadi pada tahun 2018 di Provinsi Kalimantan Barat, tercatat sebanyak 86 kasus kematian ibu (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, 2019).

Angka Kematian Ibu (AKI) saat ini masih jauh dari target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDG's) yakni 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDG's), target AKI adalah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Untuk mencapai target tersebut diperlukan kerja keras, terlebih jika dibandingkan

dengan beberapa negara ASEAN, AKI di Indonesia relatif masih sangat tinggi. AKI di negara-negara ASEAN rata-rata sebesar 40 hingga 60 per 100.000 kelahiran hidup. Bahkan, AKI di Singapura sebesar 2 sampai 3 per 100.000 kelahiran hidup (Susiana, 2019).

Cakupan pertolongan persalinan adalah cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan (linakes). Cakupan linakes Pada tahun 2019 sebesar 83,8%, sedikit meningkat dibandingkan dengan tahun 2010 sebesar 82,53%, akan tetapi pencapaian tersebut belum memenuhi target SPM sebesar 90%. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan tahun 2019 tertinggi berada di wilayah Puskesmas Tebas yaitu sebesar 99,7%, sedangkan cakupan terendah berada di wilayah Puskesmas Pimpinan yaitu itu sebesar 64,1%. Cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Sambas cenderung meningkat. Kondisi tersebut dimungkinkan tidak lepas dari keberhasilan pengembangan berbagai program kemitraan bidan dan dukun dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) (Dinas Kesehatan Kabupaten Sambas, 2020).

QS. Ghafir Ayat 67

هُوَ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ تَرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ يُخْرِجُكُمْ  
 طِفْلاً ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ ثُمَّ لِتَكُونُوا شُيُوخًا وَمِنْكُمْ مَّنْ يُتَوَفَّى مِنْ  
 قَبْلُ وَلِتَبْلُغُوا أَجَلاً مُّسَمًّى وَلَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ ﴿٦٧﴾

Artinya : “Dialah yang menciptakanmu dari tanah, kemudian dari setetes mani, lalu dari segumpal darah, kemudian kamu dilahirkan sebagai seorang anak, kemudian dibiarkan kamu sampai dewasa, lalu menjadi tua. Tetapi

*diantara kamu ada yang dimatikan sebelum itu. (Kami perbuat demikian) agar kamu sampai kepada kurun waktu yang ditentukan, agar kamu mengerti.”*

Atonia uteri pada ibu bersalin merupakan masalah yang penting, karena dapat meningkatkan angka kematian yang dikarenakan persalinan dengan Atonia uteri. Persalinan dengan Atonia uteri masih tinggi dan masih merupakan wewenang bidan dalam memberikan manajemen asuhan kebidanan. Maka dari itu penulis tertarik untuk mengambil studi kasus dengan judul **“Asuhan Kebidanan persalinan pada Ny.N Atonia uteri di Puskesmas Tebas Kecamatan Tebas Kabupaten Sambas”**.

#### **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah di penelitian ini adalah ”Bagaimanakah asuhan kebidanan persalinan pada Ny. N Atonia Uteri di Puskesmas Tebas Kecamatan Tebas Kabupaten Sambas.”?

#### **C. Tujuan Penelitian**

##### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dibuatnya Laporan Tugas Akhir ini adalah untuk memberi asuhan kebidanan persalinan patologi dengan Atonia Uteri.

##### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui konsep dasar asuhan kebidanan persalinan dengan Atonia Uteri.

- b. Untuk mengetahui data dasar subjektif dan objektif pada kasus patologi persalinan dengan Atonia Uteri.
- c. Untuk menegakkan analisis kasus persalinan patologi Ny. N dengan Atonia uteri.
- d. Untuk mengetahui penatalaksanaan kasus persalinan patologi Ny. N dengan Atonia uteri.
- e. Untuk menegakkan analisis kasus persalinan patologi Ny. N dengan Atonia uteri.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi institusi**

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan untuk penanganan apabila terjadi kasus patologi ibu bersalin dengan Atonia Uteri di Puskesmas Tebas.

##### **2. Bagi subjek penelitian**

- a. Agar subjek atau masyarakat bisa melakukan deteksi dini dari kasus ibu bersalin dengan perdarahan postpartum sehingga memungkinkan segera mendapatkan penanganan.
- b. Ibu sebaiknya memeriksakan kehamilannya secara rutin, sehingga bisa mendapatkan informasi tentang dirinya dan kehamilannya agar lebih siap menghadapi persalinan.

### 3. Bagi bidan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat digunakan sebagai evaluasi pencegahan terjadinya perdarahan postpartum dan mendalami tentang faktor resiko penyebab Atonia Uteri dari penyebab selain: umur, paritas, anemia, persalinan lama.

## E. Ruang Lingkup Penelitian

### 1. Materi

Persalinan, Atonia Uteri dan konsep dasar asuhan kebidanan.

### 2. Responden

Ibu bersalin Ny. N usia 25 tahun P1A0 dengan Atonia uteri.

### 3. Waktu

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 16 Desember 2020 sampai dengan 18 Juni 2021.

### 4. Tempat

Di Puskesmas Tebas, jalan Kesehatan, desa Tebas kuala, Tebas, Kabupaten Sambas, Kalimantan Barat.

## F. Keaslian Penelitian

**Tabel 1.1**  
**Keaslian Penelitian**

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Melati Julizar, Jusuf S. Effendi,	Analisis Faktor Risiko Atonia Uteri	Penelitian ini menggunakan rancangan observasional analitik,	Hasil penelitian bivariabel menunjukkan yang bermakna berhubungan dengan atonia uteri adalah pre eklamsi

	Hadyana Sukandar		dengan desain <i>case-control</i> . Rancangan ini dilakukan untuk mencari hubungan antara faktor usia ibu, paritas, preeklamsi, polihidramnion, kehamilan ganda, bayi makrosomia, anemia, induksi persalinan dan kala dua memanjang dengan kejadian atonia uteri	dengan OR: 10,30 (IK 95%: 2,91-36,41), kehamilan kembar dengan OR: 17,31 (IK 95%: 2,21-135,76), induksi persalinan dengan OR: 4,39 (IK 95%: 1,0-21,45), paritas $\geq 4$ dengan OR: 4,52 (IK 95%: 21,61-12,73) bila dibandingkan dengan paritas satu. Secara multivariabel yang berhubungan dengan atonia uteri adalah usia ibu dengan OR: 2,98 (IK 95%: 0,56-15,82), pre eklamsi dengan OR: 20,27 (IK 95%: 4,66-88,20), induksi persalinan dengan OR: 6,69 (IK 95%: 1,12-39,95), kehamilan kembar dengan OR: 52,39 (IK 95%: 5,65-486,03), anemia dengan OR: 3,06 (IK 95%: 1,07-8,69). Penelitian ini menyimpulkan bahwa paritas, pre eklamsi, kehamilan kembar dan induksi persalinan merupakan faktor risiko kejadian atonia uteri dengan kehamilan kembar merupakan faktor yang paling dominan terhadap kejadian atonia uteri.
2.	Justina Purwarini, Yeni Rustina, Yusron Nasution	Lama Persalinan Kala III dan Proses Involusi Uteri Mempengaruhi Inisiasi Menyusu Dini Pada Ibu Post Partum	Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain kuasi eksperimen. Dalam penelitian ini peneliti memberikan perlakuan atau intervensi pada subjek penelitian, kemudian efek perlakuan diukur dan dianalisis. Pemilihan kelompok kontrol dan kelompok intervensi tidak menggunakan tehnik random karena perlakuan yang diberikan berhubungan dengan kebijakan institusi kesehatan di	Setelah dilakukan penelitian Tabel 1 memperlihatkan bahwa rata-rata lamanya persalinan kala III pada kelompok yang tidak dilakukan IMD adalah 10,80 menit dengan standart deviasi 4,189. Sedangkan untuk lamanya persalinan kala III pada kelompok yang dilakukan IMD adalah 5,57 menit dengan standar deviasi 1,547. Hal ini berarti selisih rata-rata lamanya persalinan kala III pada kelompok yang melakukan dan tidak melakukan IMD adalah 5,23 menit. Penelitian ini juga memperlihatkan bahwa ada perbedaan yang bermakna lamanya persalinan kala III

			tempat penelitian dilakukan.	dengan pemberian perlakuan inisiasi menyusui dini pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi ( $p= 0,000; 0,05$ ).
3.	Sugi Purwanti, Yuli Trisnawati	Determinan Faktor Penyebab Kejadian Perdarahan Post Partum Karena Atonia Uteri	Penelitian dilakukan di RSUD Margono Soekarjo pada bulan April sampai dengan Mei 2014. Jenis penelitian survey secara kuantitatif, dengan pendekatan waktu <i>case control</i> yaitu rancangan penelitian epidemiologi yang mempelajari hubungan antara paparan (faktor penelitian) dan penyakit, dengan cara membandingkan kelompok kasus dan kelompok control berdasarkan status paparannya.	Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 1. ditunjukkan bahwa dari 80 responden yang mengalami atonia uteri mempunyai umur berisiko 36 responden (45%). Responden yang tidak mengalami atonia uteri mempunyai umur tidak berisiko 58 responden (72.5%). Hasil analisis bivariante didapatkan nilai $p$ value lebih kecil dari $\alpha$ ( $0.033 < 0,05$ ) sehingga ada hubungan antara umur dengan perdarahan post partum karena atonia uteri. Risiko ibu yang memiliki umur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun 2.1 lebih besar mengalami perdarahan post partum dibandingkan dengan ibu yang berumur 20-30 tahun. Umur merupakan faktor penting yang dapat memicu terjadinya atonia uteri dikarenakan umur berkaitan dengan organ r dan hormon yang berperan saat persalinan, jika umur terlalu muda organ r dan hormon belum siap dalam proses persalinan namun jika terlalu tua fungsi organ r dan hormon mengalami kemunduran.

Sumber : Melati Julizar, Hadyana Sukandar, Justina Purwarini1, Sugi Purwanti.

Perbedaan penelitian di atas dengan penelitian yang dibuat oleh peneliti sekarang ini yaitu terletak pada tempat, metode penelitian dan hasil peneliti.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kajian Teori**

##### **1. Persalinan**

###### **a. Pengertian Persalinan**

Persalinan merupakan suatu peristiwa yang sangat penting dalam kehidupan wanita. Proses persalinan memiliki arti yang berbeda di setiap wanita, dengan belum adanya pengalaman akan memunculkan kecemasan dan ketakutan yang berlebih selama proses persalinan. Keadaan ini sering terjadi pada wanita yang pertama kali melahirkan. Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan ataupun tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistyawati & Nugraheny, 2013).

###### **b. Tahap-tahap persalinan menurut (Jayanti, 2019)**

###### **1) Kala I**

Dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, fase laten (8 jam), serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) serviks

membuka dari 3 cm sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.

2) Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

3) Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit

4) Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum.

c. Asuhan persalinan menurut (Jayanti, 2019)

Menurut IBI dalam (Rukiyah & Yulianti, 2014), dasar dari asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi baru lahir serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi dan asfiksia bayi baru lahir.

d. Tujuan asuhan persalinan menurut (Jayanti, 2019)

Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

## 2. Atonia Uteri

### a. Pengertian

Atonia uteri adalah keadaan dimana uterus atau rahim tidak mampu berkontraksi sebagaimana semestinya yang akan menyebabkan perdarahan akibat tidak tertutupnya perdarahan setelah kelahiran bayi maupun plasenta. Salah satu faktor resiko penyebab terjadinya atonia uteri adalah peregangan rahim yang berlebihan akibat kehamilan gemelli (kembar) dan janin yang terlalu besar (Kurniarum, 2018).

Atonia uteri dapat menyebabkan perdarahan, dampak dari perdarahan adalah kematian, terjadinya atonia uteri ini disebabkan karena serabut miometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta tidak berkontraksi. Sekitar (75 sampai 80%) perdarahan yang terjadi pada masa nifas diakibatkan atonia uteri (Julizar et al., 2019).

Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri. Perdarahan postpartum dengan penyebab uteri tidak terlalu banyak dijumpai karena penerimaan gerakan keluarga berencana makin meningkat (Manuaba & APN). Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan pospartum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi postpartum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan

setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Perdarahan postpartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serabut-serabut miometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta. Atonia uteri terjadi apabila serabut-serabut miometrium tidak berkontraksi (Kurniarum, 2018).

Atonia uteri adalah suatu kondisi di mana miometrium tidak dapat berkontraksi. Bila keadaan ini terjadi, maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali. Diagnosis atonia uteri ditegakkan apabila uterus tidak berkontraksi dalam 15 menit setelah dilakukan rangsangan taktil atau masase fundus uteri (Jayanti, 2019).

b. Faktor resiko terjadinya atonia uteri

- 1) Penyebab uterus membesar lebih dari normal selama kehamilan, diantaranya pada hidramnion (jumlah air ketuban yang berlebihan), pada kehamilan gemelli (kembar), dan janin yang besar misalnya pada ibu pada diabetes mellitus.
- 2) Kala I dan II memanjang.
- 3) Persalinan cepat (partus percipitatus).
- 4) Persalinan yang diinduksi atau dipercepat dengan oksitosin atau augmentasi.
- 5) Infeksi intrapartum.
- 6) Multiparitas tinggi atau grande multipara.

- 7) Magnesium sulfat yang digunakan untuk mengendalikan kejang pada preeklamsi atau eklamsi.
- 8) Mempunyai riwayat atonia uteri atau perdarahan persalinan yang lalu.
- 9) Hipertensi dalam kehamilan.
- 10) Pimpinan kala III yang salah.
- 11) Kelainan uterus (Rizkia, 2018)

c. Tanda dan gejala

Mengenal tanda dan gejala sangat penting dalam penentuan diagnosis dan penatalaksanaannya. Tanda dan gejala atonia uteri antara lain sebagai berikut:

- 1) Perdarahan pervaginam. Perdarahan yang terjadi pada kasus atonia sangat banyak 500 hingga 1.000 cc dan darah tidak merembes, peristiwa yang sering terjadi pada kondisi ini adalah darah keluar disertai gumpalan. Hal ini terjadi karena trombnoplastin sudah tidak mampu lagi berperan sebagai anti pembeku darah.
- 2) Konsistensi rahim lunak. Gejala ini merupakan gejala terpenting atau khas atonia dan membedakan atonia dengan penyebab perdarahan yang lainnya.
- 3) Fundus uteri naik. Disebabkan masih banyak darah yang sudah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus.

- 4) Terdapat tanda-tanda syok:
- a) Nadi cepat dan lemah.
  - b) Tekanan darah rendah.
  - c) Pucat.
  - d) Keringat atau kulit terasa dingin dan lembab.
  - e) Pernapasan cepat.
  - f) Gelisah, bingung atau hilang kesadaran.
  - g) Urine yang sedikit (Jayanti, 2019).

d. Pencegahan

- 1) Menurut *Journal of Chemical Information and Modeling* (Sugawara & Nikaido, 2014) berpendapat dengan mengatakan klasifikasi kehamilan risiko rendah dan risiko tinggi akan memudahkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan. Akan tetapi, pada saat proses persalinan, semua kehamilan mempunyai risiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah PPP. Pencegahan PPP dapat dilakukan dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III adalah kombinasi dari pemberian uterotonika segera setelah bayi lahir, peregangan tali pusat terkendali, dan melahirkan plasenta. Setiap komponen dalam manajemen aktif kala III mempunyai peran dalam pencegahan perdarahan postpartum. Semua wanita melahirkan harus diberikan uterotonika selama

kala III persalinan untuk mencegah perdarahan postpartum. Oksitosin (IM/IV 10 IU) direkomendasikan sebagai uterotonika pilihan. Uterotonika injeksi lainnya dan misoprostol direkomendasikan sebagai alternatif untuk pencegahan perdarahan postpartum ketika oksitosin tidak tersedia. Peregangan tali pusat terkendali harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dalam menangani persalinan. Penarikan tali pusat lebih awal yaitu kurang dari satu menit setelah bayi lahir tidak disarankan.

2) Menurut (Jayanti, 2019), penanganan atonia uteri dapat dilakukan dengan:

- a) Melakukan secara rutin manajemen aktif kala III pada semua wanita yang bersalinan, karena hal ini dapat menurunkan insidens perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri.
- b) Pemberian misoprostol peroral 2 sampai 3 tablet (400 hingga 600 mg) segera setelah bayi lahir.

e. Diagnosa

- 1) Uterus tidak berkontraksi, membesar dan lembek.
- 2) Perdarahan segera setelah anak lahir (Perdarahan Pascapersalinan Primer atau P3) (Jayanti, 2019).

f. Pemeriksaan

- 1) Pemeriksaan fisik: pucat, dapat disertai tanda-tanda syok, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat, ekstremitas dingin serta nampak darah keluar dari vagina terus menerus.
- 2) Pemeriksaan obstetri: mungkin kontraksi uterus lembek, uterus membesar bila ada atonia uteri (Jayanti, 2019)

g. Tindakan persiapan

Antisipasi pendarahan pascapartum segera sebagai akibat atonia uterus memungkinkan bidan mengambil tindakan persiapan yang paling cepat untuk mencegah dan mengontrol sebanyak mungkin pendarahan yang hilang. Tindakan persiapan tersebut mencakup di bawah ini:

- 1) Buat keputusan tentang dan hati-hati mengenai tempat kelahiran.
- 2) Wanita memiliki kombinasi dua atau lebih faktor predisposisi, wanita harus dibawa ke rumah sakit.
- 3) Ingatkan dokter konselen untuk mewaspadaai kemungkinan perdarahan pascapartum sehingga mereka siap menerima panggilan jika diperlukan.
- 4) Ingatkan staf keperawatan terhadap kemungkinan perdarahan pascapartum dan minta mereka sudah mengambil dan siap memberi resep kepada anda untuk obat-obat oksitosin yang digunakan segera setelah kelahiran plasenta.

- 5) Pastikan infus intravena dimulai dengan jarum 16 guage dan rute vena ini paten pada saat persalinan. Gunakan dekstrosa 5% dalam larutan RL.
- 6) Periksa golongan darah dan lakukan silang persiapan untuk mendapatkan darah jika diperlukan.
- 7) Pastikan kandung kemih kosong pada saat kelahiran (Rizkia, 2018).

f. Penanganan

- 1) Sikap bidan dalam menghadapi atonia uteri

Meningkatkan upaya preventif adalah salah satu sikap bidan terhadap penanganan atonia uteri dengan cara meningkatkan penerimaan keluarga berencana sehingga memperkecil jumlah grandemultipara dan memperpanjang jarak hamil, melakukan konsultasi atau merujuk kehamilan dengan overdistensi uterus, hidramnion dan kehamilan ganda dugaan janin besar (makrosomia), mengurangi peranan pertolongan persalinan oleh dukun (Jayanti, 2019).

- 2) Penanganan segera atonia uteri (Jayanti, 2019):

Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (massase) fundus uteri:

a) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI)

Kompresi Bimanual Internal adalah metode yang berguna untuk mengendalikan perdarahan pada atonia uteri. Langkah-langkah Kompresi Bimanual Internal sebagai berikut:

(1) Pakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril,

dengan lembut masukkan secara obstetrik (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus ke dalam vagina ibu.

(2) Periksa vagina dan serviks. Jika ada selaput ketuban atau bekuan darah pada kavum uteri mungkin hal ini menyebabkan uterus tidak dapat berkontraksi secara penuh.

(3) Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada forniks anterior, tekan dinding anterior uterus kearah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus kearah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan dan belakang.

(4) Tekan kuat uterus diantara kedua tangan. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (bekas implantasi plasenta).

b) Evaluasi keberhasilan

(1) Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan melakukan KBI selama dua menit, kemudian

perlahan-lahan keluarkan tangan dan pantau ibu secara melekat selama kala IV.

(2) Jika uterus berkontraksi tapi perdarahan masih berlangsung, periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah terjadi laserasi. Jika demikian, segera lakukan penjahitan untuk menghentikan perdarahan.

(3) Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE) kemudian lakukan langkah-langkah penatalaksanaan atonia uteri selanjutnya. Minta keluarga untuk mulai menyiapkan rujukan.

c) Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600 hingga 1.000 mcg per rektal. Jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi karena ergometrin dapat menaikkan tekanan darah.

d) Gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.

e) Pakai sarung tangan steril atau disinfeksi tingkat tinggi dan ulangi KBI.

f) Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit, segera rujuk ibu karena hal ini bukan atonia uteri sederhana.

Ibu membutuhkan tindakan gawat darurat di fasilitas

kesehatan rujukan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.

g) Sambil membawa ibu ke tempat rujukan, teruskan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

(1) Infus 500 ml pertama dihabiskan dalam waktu 10 menit.

(2) Berikan tambahan 500 ml per jam hingga tiba di tempat

rujukan atau hingga jumlah cairan yang diinfuskan mencapai 1,5 L kemudian lanjutkan dalam jumlah 125 cc per jam.

(3) Jika cairan infus tidak cukup, infus kan 500 ml (botol kedua) cairan infus dengan tetesan sedang dan ditambah dengan pemberian cairan secara oral untuk dehidrasi.

h) Langkah-langkah Kompresi Bimanual Eksternal (KBE) sebagai berikut:

(1) Letakkan satu tangan pada abdomen di depan uterus, tepat di depan symfisis pubis.

(2) Letakkan tangan yang lain pada dinding abdomen (di belakang korpus uteri) usahakan memegang bagian belakang uterus seluas mungkin.

(3) Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE) kemudian lakukan langkah-langkah

penatalaksanaan atonia uteri selanjutnya. Minta keluarga untuk mulai menyiapkan rujukan.

i) Kompresi Aorta Abdominalis. Langkah-langkah kompresi aorta abdominalis sebagai berikut:

- (1) Raba pulsasi arteri femoralis pada lipat paha. Kepalkan tangan kiri dan tekankan bagian punggung jari telunjuk sehingga kelingking pada umbilikus ke arah columna vertebralis dengan arah tegak lurus.
- (2) Dengan tangan yang lain, raba pulsasi arteri femoralis untuk mengetahui cukup tidaknya kompresi.
- (3) Jika pulsasi masih teraba, artinya tekanan kompresi masih belum cukup.
- (4) Jika tekanan tangan mencapai aorta abdominalis, maka pulsasi arteri femoralis akan berkurang atau terhenti.
- (5) Jika perdarahan pervaginam berhenti, pertahankan posisi tersebut dan pemijatan uterus (dengan bantuan asisten) hingga uterus berkontraksi dengan baik.
- (6) Jika perdarahan masih berlanjut: lakukan ligasi arterina dan utero-ovarika, jika perdarahan terus banyak, lakukan histerektomi supravaginal.

**Tabel 2.1 Penanganan Atonia Uteri**

No.	Langkah penatalaksanaan	Alasan
1	Massase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)	Massase merangsang kontraksi uterus saat di massase dapat dilakukan penilaian kontraksi uterus.

2	Bersihkan bekuan darah dan/atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks	Bekuan darah dan selaput ketuban dalam vagina dan saluran serviks dapat menghalangi kontraksi uterus secara baik.
3	Pastikan bahwa kandung kemih kosong, jika penuh dan dapat di palpasi lakukan kateterisasi menggunakan teknik aseptik	Kandung kemih yang kosong akan menghalangi uterus berkontraksi dengan baik.
4	Lakukan KBI selama 5 menit	KBI memberi tekanan langsung pada pembuluh darah dinding uterus dan juga merangsang miometrium untuk berkontraksi. Jika KBI setelah 5 menit, maka diperlukan tindakan lain.
5	Anjurkan keluarga untuk membantu KBE	Keluarga dapat meneruskan KBE selama penolong melakukan langkah-langkah selanjutnya.
6	Keluarkan tangan perlahan-lahan	Menghindari rasa nyeri
7	Berikan ergometrin 0,2 mg IM (kontraindikasi Hipertensi) atau misoprotol 600 hingga 1.000 mg	Ergometrin dan misoprotol akan bekerja dalam 5 hingga 7 menit dan menyebabkan kontraksi uterus.
8	Pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18s dan berikan 500 cc RL dan 20 UI oksitosin. habiskan 500 cc pertama secepat mungkin	Jarum besar memungkinkan pemberian larutan IV secara cepat atau transfusi darah. RL akan membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama perdarahan. Oksitosin IV dengan cepat akan merangsang kontraksi uterus
9	Ulangi KBI	KBI yang dilakukan bersama dengan ergometrin dan oksitosin atau misoprostol akan membuat uterus berkontraksi
10	Rujuk segera	Jika uterus tidak berkontraksi selama 1 hingga 2 menit, hal ini bukan atonia sederhana, ibu membutuhkan keperawatan gawat darurat difasilitas yang mampu melaksanakan bedah dan transfusi darah
11	Damping ibu ke tempat rujukan. Sambil terus melakukan KBI	Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung ke pembuluh darah dinding uterus dan merangsang uterus berkontraksi
12	Lanjutkan infus RL +20 IU oksitosin dalam 500 cc per jam sehingga tiba di tempat rujukan menghabiskan 1,5 L infus kemudian berikan 125 cc per jam. Jika tidak tersedia cairan yang cukup, berikan 500 cc yang	RL dapat membantu memulihkan volume cairan yang hilang akibat perdarahan, oksitosin dapat merangsang uterus untuk berkontraksi

	kedua dengan kecepatan sedang dan berikan minum untuk rehidrasi.	
--	--	--

### 3) Penanganan Atonia Uteri berdasarkan hasil jurnal

Berdasarkan hasil penelitian dari Z Geburtshilfe Perinatol tahun 2007 dengan judul Treatment of postpartal atony with prostaglandins. Rahim dapat berkontraksi dengan baik menggunakan prostaglandin. Efek prostaglandin dimanfaatkan dalam pengobatan atonia uteri. Prostaglandin diberikan secara intravena untuk 21 wanita yang mengalami atonia uteri setelah persalinan, dengan hasil 19 orang wanita yang perdarahannya berhenti. Tidak ada efek samping dari pengobatan tersebut. Hasil ini disajikan dan dibahas dengan mengacu pada data lain dalam literatur. Berdasarkan hasil penelitian dari Pratiwi Puji Lestari, tahun 2014 dengan judul Keberhasilan Penatalaksanaan Perdarahan Postpartum karena Atonia Uteri dengan KBI dan KBE. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu postpartum yang mengalami perdarahan postpartum karena atonia uteri adalah sebesar 4,7% dari total seluruh persalinan, dan sebesar 48,3% dari total seluruh kasus perdarahan. Penatalaksanaan yang dilakukan untuk kasus atonia uteri adalah KBI atau KBI yang diikuti KBE. Keberhasilan penatalaksanaan dengan KBI yang diikuti KBE mencapai 100% (Jayanti, 2019).

g. Langkah penatalaksanaan

1) Menurut jurnal (Rizkia, 2018) menjelaskan bahwa:

Pendarahan harus minimal jika uterus wanita berkontraksi dengan baik setelah kelahiran plasenta. Tetapi, sebaliknya jika ada aliran menetap (seperti aliran kecil) atau pancaran kecil darah dari vagina, bidan harus mengambil langkah berikut untuk menangani kedaruratan ini:

a) Periksa konsentrasi uterus, yang merupakan langkah pertama, karena 80 hingga 90% pendarahan pascapartum segera berhubungan dengan atonia uterus.

b) Jika uterus bersifat atonik, massase untuk menstimulasi kontraksi sehingga pembuluh darah yang mengalami pendarahan pada sisi plasenta akan berligasi.

c) Jika uterus gagal berkontraksi segera setelah massase dilakukan:

(1) Massase uterus+ pemberian uterotonika (infus oksitosin

10 IU s/d 100 IU dalam 500 ml Dextrosa 5%, 1 ampul Ergometrin I.V, yang dapat diulang 4 jam kemudian, suntikan prostaglandin.

(2) Lakukan kompresi bimanual sebagai tambahan stimulasi kontraksi uterus yang meligasi pembuluh darah pada sisi plasenta, kompresi bimanual memberi tekanan kontinu

pada vena uterus dan segmen bawah uterus, yang merupakan tempat lain perdarahan.

- (3) Pastikan IV paten, atau meminta perawat memulai dengan jarum 16-gauge dan dekstrosa 5% dalam larutan RL yang ditambahkan 10 unit pitocin per 500ml larutan. Jika wanita terpasang IV paten, minta perawat menambahkan Pitocin kelarutan IV dengan proposi yang telah ditulis.

d) Jika perdarahan wanita tidak terkendali:

- (1) Minta perawat untuk melakukan panggilan ke dokter konsulen anda.
- (2) Lanjutkan kompresi bimanual. Meminta perawat untuk memantau tekanan darah wanita dan nadi untuk tanda-tanda syok.

e) Periksa plasenta untuk memastikan jika ada fragmen plasenta atau kotiledon tertinggal dan untuk menetapkan apakah eksplorasi uterus perlu dilakukan.

f) Jika fragmen plasenta atau koteledon hilang, lakukan eksplorasi uterus. Uterus harus benar-benar kosong agar dapat berkontraksi secara efektif.

g) Jika uterus kosong dan berkontraksi dengan baik, tetapi perdarahan berlanjut, periksa wanita untuk mendeteksi laserasi serviks, vagina, dan purperium karena ini mungkin

penyebab perdarahan. Ikat sumber perdarahan dan jahit laserasi.

- h) Jika wanita mengalami syok (penurunan tekanan darah; peningkatan denyut nadi; pernapasan cepat dan dangkal; kulit dingin lembab, posisikan wanita pada posisi syok trendelenbrug, selimuti dengan selimut hangat, beri oksigen dan programkan darah ke ruangan.

- i) Pada kasus ekstrim dan sangat jarang ketika perdarahan semakin berat, nyawa wanita berada dalam bahaya, dan dokter belum datang, lakukan kompresi aorta pada wanita yang relatif kurus. Tindakan ini melibatkan kompresi aorta per abdomen terhadap tulang belakang.

- j) Tindakan operatif. Tindakan operatif dilakukan jika upaya-upaya di atas tidak dapat menghentikan:

(1) Ligasi arteri uterina.

(2) Ligasi arteri hipogastrika dan uteri uterina, dilakukan untuk yang masih menginginkan anak.

(3) Histerektomi.

- 2) Menurut jurnal (Pakolo, 2019)

Penatalaksanaan Atonia uteri

a) Penatalaksanaan Farmakologi atonia uteri

Uterotonika: Lini pertama penatalaksanaan atonia adalah dengan pemberian oksitosin. Jika atonia tetap berlanjut setelah pemberian oksitosin maka terapi selanjutnya akan dilanjutkan dengan pemberian derivat ergot (Methylergonovine) dengan dosis yang dianjurkan yaitu 0.2 mg.

b) Penatalaksanaan non-farmakologik atonia uteri

Massage uterus. Massage uterus dilakukan dengan cara memijat fundus uterus. Jika pada pemberian uterotonika seperti oksitosin tidak terdapat perubahan dan uterus tetap tidak berkontraksi tindakan massage uterus adalah tindakan yang harus dilakukan.

c) Kompresi bimanual

Kompresi bimanual dilakukan jika tatalaksana atonia uteri menggunakan uterotonika dan massage uterus gagal.

Kompresi dilakukan dengan cara tangan kanan dimasukkan ke dalam vagina di bagian forniks anterior dan tangan kiri memegang bagian fundus uteri, kemudian kompresi dilakukan dengan mempertemukan tangan kiri yang memegang bagian fundus uteri dengan tangan kanan yang berada di forniks anterior.

d) Tampon balon

Tampon balon digunakan untuk mengatasi atonia dengan cara memasukkan kateter ke dalam kavum uteri kemudian diisi menggunakan saline. Jika perdarahan mereda, maka kateter dapat dilepaskan setelah 12 sampai 24 jam setelah perdarahan berhenti. Untuk PPP yang masif dapat digunakan Bakri balloon karena ukurannya yang lebih besar sehingga darah yang banyak dapat dialirkan keluar dari uterus.

e) Operatif

Beberapa prosedur operatif yang sering digunakan untuk mengatasi atonia uteri adalah Ligasi pembuluh darah pelvis, embolisasi angiografi, dan histerektomi.

## **B. Konsep Dasar Asuhan pada Persalinan dengan Atonia Uteri**

### **1. Pengertian**

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

## 2. Tahapan dalam Manajemen Asuhan Kebidanan

### a. Langkah I: Pengkajian atau Analisa data dasar

Pada langkah ini bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara:

#### 1) Data Subjektif

##### a) Biodata yang mencakup identitas pasien (Samsul, 2019)

###### (1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan perdarahan post partum primer karena atonia uteri.

###### (2) Umur

Umur dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko, dan hasil penelitian menunjukkan saat terbaik bagi wanita untuk terjadi kehamilan adalah pada usia antara 20 hingga 35 tahun, karena ibu hamil usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun akan meningkatkan resiko terjadinya perdarahan bagi calon ibu. bagi ibu menambahkan umur di atas 35 tahun beresiko mengalami perdarahan pada masa nifas karena pertumbuhan endometrium menjadi kurang subur.

### (3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

### (4) Pendidikan

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya. Pendidikan yang rendah berpotensi untuk mengalami masalah pada masa nifasnya. Ketidaktahuannya ibu untuk memiliki anak terlalu banyak dan jarak yang terlalu dekat bebersiko untuk terjadinya perdarahan karena atonia uteri Selain itu ketidaktahuan ibu menahan BAK karena kandung kemih yang penuh akan menghambat kontraksi uterus.

### (5) Suku bangsa

Suku bangsa berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari karena jika masih ada anggapan bahwa banyak anak banyak rezeki. Ibu yang mengalami kehamilan lebih dari 4 kali dapat meningkatkan resiko anemia selain itu pada grandemultipara keadaan rahimnya telah melemah daya kontraksinya. Hal ini dapat mempengaruhi kejadian perdarahan post partum primer karena atonia uteri.

(6) Pekerjaan

Pekerjaan untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonomi yang mempengaruhi gizi pasien. Saat hamil ibu memerlukan asupan makanan lebih banyak, jika asupan gizi ibu kurang hal ini dapat mengakibatkan anemia. Kondisi ibu yang mengalami anemia merupakan salah satu penyebab perdarahan post partum primer karena atonia uteri.

(7) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah untuk memantau penyembuhan pasien.

- b) Keluhan utama. Keluhan utama dikaji untuk menanyakan keluhan yang berkaitan dengan perdarahan karena atonia uteri. Apakah ibu merasa gelisa, keluar darah segar, rahim teraba lembek.

c) Riwayat kesehatan

(1) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui riwayat penyakit yang pernah diderita oleh pasien sebelumnya. Riwayat hipertensi akan berpengaruh terhadap kontraksi uterus. Ibu dengan riwayat diabetes dapat mengakibatkan janin besar (makrosomia) dan polihidramnion sehingga terjadi overdistensi uterus yang

dapat menyebabkan atonia uteri. Anemia merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya atonia uteri. Anemia dapat timbul akibat riwayat penyakit seperti jantung, TBC, malaria, dan gagal ginjal. Pada riwayat penyakit jantung merupakan penyakit menurun yang dapat menyebabkan anemia pada masa nifas. Volume plasma pada kasus penyakit jantung lebih rendah dari kehamilan dan nifas normal. Secara klinis tampak bahwa semakin meningkat kelas fungsional penyakit jantung yang diderita, maka volume plasma dan sel darah merah cenderung lebih rendah. Pada penyakit TBC yakni penyakit menular yang disebabkan oleh kuman mycobacterium tuberculosis. Penderita TBC nafsu makan menurun sehingga asupan nutrisi yang masuk ke dalam tubuh berkurang dan mengakibatkan mengalami anemia. Penyakit malaria adalah penyakit yang disebabkan oleh Plasmodium yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk anopheles betina. Pada penderita malaria sel-sel darah banyak yang hancur atau rusak karena dimakan Plasmodium akibatnya akan terjadi kekurangan sel darah merah, Sehingga dapat menyebabkan anemia. Sedangkan pada penyakit gagal

ginjal akan terjadi penurunan produksi sel darah merah oleh sumsum tulang sehingga menyebabkan iskemia.

(2) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang berhubungan karena atonia uteri seperti adanya riwayat penyakit diabetes dan hipertensi. Penyakit hipertensi berakibat iskemia yakni defisiensi darah pada suatu bagian akibat obstruksi pembuluh darah. Iskemia mengakibatkan defisiensi oksigen pada jaringan yang berakibat jaringan otot dalam rahim tidak cukup memperoleh oksigen sehingga kontraksi uterus menjadi lemah. Anemia merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya atonia uteri. Anemia dapat timbul akibat riwayat penyakit seperti jantung, TBC malaria dan gagal ginjal.

(3) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya yaitu  
Jika ada penyakit keluarga yang menyertai seperti riwayat penyakit diabetes hipertensi, keturunan kembar karena hamil dengan bayi kembar mengakibatkan

overdistensi uterus hal ini dapat mempengaruhi terjadinya atonia uteri.

(4) Riwayat Obstetrik

(a) Menstruasi

Data ini memang tidak secara langsung berhubungan dengan masa nifas namun dari data

yang bidan peroleh bidan akan mempunyai gambaran tentang keadaan dasar dari organ

reproduksinya seperti menarche, siklus, volume,

keluhan saat menstruasi beberapa wanita

Menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika

mengalami menstruasi, misalnya sakit yang sangat,

pening sampai pingsan, atau jumlah darah yang

banyak. Ada beberapa keluhan yang disampaikan

oleh pasien dapat menunjuk kepada diagnosa

tertentu. Jika hasil diagnosa mengalami kelainan

uterus maka hal ini merupakan salah satu penyebab

terjadinya atonia uteri.

(b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus,

cara persalinan yang lalu, penolong persalinan,

keadaan nifas yang lalu. Ibu yang mengalami

kehamilan lebih dari 4 kali dan jarak antara dua

kehamilan kurang dari 2 tahun dapat meningkatkan resiko terjadinya atonia uteri. Selain itu riwayat perdarahan sebelumnya atau plasenta manual sehingga menyebabkan keadaan endometrium di daerah korpus uteri mengalami kemunduran fungsi dan berkurangnya vaskularisasi yang dapat menyebabkan atonia uteri. Riwayat kehamilan sekarang.

d) Asuhan antenatal

Merupakan asuhan yang diberikan pada ibu hamil sejak mulai konsepsi sampai sebelum kelahiran bayi.

Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui dan mengawasi perkembangan janin dan uterus serta mengetahui letak janin dengan pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetrik dengan cara palpasi Leopold untuk mengetahui tinggi fundus uteri, berat janin, presentasi janin apakah ada kelainan titik jika ada hasil pemeriksaan ibu mengalami kelainan letak plasenta, mengalami overdistensi uterus akibat polihidramnion dan kehamilan kembar yang sudah terdeteksi saat kehamilan maka hal ini patut diwaspadai terjadinya atonia uteri.

e) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, penyulit, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada ibu masa nifas. Kelelahan ibu yang berlebihan karena partus yang terlampau lama ataupun peregangan rahim yang berlebihan karena mengandung anak kembar atau hidramnion, keduanya dapat menyebabkan terjadinya atonia setelah anak lahir. Pada keadaan demikian pembuluh darah pada dinding rahim di tempat plasenta terlepas tidak segera menutup karena kontraktilitas dan retraktilis otot rahim menjadi lemah.

f) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, ada keluhan selama menggunakan kontrasepsi titik misalnya salah satu efek samping dari penggunaan kontrasepsi pil kombinasi adalah perdarahan. Hal ini mempengaruhi terjadinya anemia yang merupakan salah satu penyebab terjadinya perdarahan karena atonia uteri.

g) Kehidupan sosial

Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya yakni kebiasaan pantang makanan. Jika ibu mengalami anemia karena kurangnya asupan gizi, hal ini merupakan salah satu penyebab terjadinya perdarahan postpartum primer karena atonia uteri.

h) Pola pemenuhan Sehari-hari

(1) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, pantangan makanan titik kondisi ibu yang mengalami anemia karena kurangnya asupan gizi, hal ini merupakan salah satu penyebab terjadinya perdarahan postpartum primer karena atonia uteri.

(2) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekresi kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah. Jika kandung kemih ibu penuh maka uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik uterus yang naik dan tergeser ke samping, hal ini menandakan kandung kemih ibu penuh.

### (3) Istirahat

Dikaji untuk mengetahui pola istirahat ibu. Ibu memerlukan istirahat yang cukup hal ini penting karena jika ibu kurang istirahat akan mempengaruhi kondisi secara umum. Kelelahan berdampak dalam proses pemulihan sehingga dapat mempengaruhi terjadinya perdarahan.

### (4) Personal Hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea. Selain itu dengan personal hygiene yang baik dengan selalu membersihkan dan mengganti pembalut, ibu akan mengetahui seberapa banyak darah yang keluar dan berapa banyak pembalut yang diganti, hal ini dapat mempercepat penanganan.

### (5) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri,

apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi karena jika kondisi ibu lemas harus diwaspadai akan adanya perdarahan. Selain itu mobilisasi mampu meningkatkan kontraktilitas uterus.

## 2) Data Objektif

Dalam menghadapi masa nifas dari seorang klien, seorang bidan harus mengumpulkan data untuk memastikan bahwa keadaan klien dalam keadaan stabil titik yang termasuk dalam komponen pengkajian data objektif ini adalah (Samsul, 2019):

### a) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini, bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Keadaan umum ibu dengan perdarahan postpartum primer karena atonia uteri adalah lemah. Keadaan lemah terjadi karena perdarahan sehingga kadar hemoglobin dalam sel darah merah menurun yang menjadikan simpanan oksigen dalam jaringan otot berkurang yang mengganggu kontraksi otot

### b) Kesadaran

Menilai status kesadaran ibu akibat perdarahan post partum primer karena atonia uteri. Status kesadaran ibu dengan perdarahan postpartum primer karena atonia uteri didapatkan kesadaran dapat menurun sampai tidak sadar.

c) Vital sign

Ditujukan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya, yakni:

(1) Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi post partum, tetapi keadaan ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit lain yang menyertainya dalam 2 bulan pengobatan titik pada pada permulaan syok tekanan sistolik berada di bawah 90 mmHg. Tekanan darah lebih rendah dikarenakan terjadinya perdarahan sehingga volume darah lebih sedikit dan fungsi dari sel yang tidak adekuat.

(2) Nadi

Nadi yang normal berkisar antar 60 hingga 80 kali per menit (Nugroho, 2011), jika denyut nadi di atas 100 kali per menit, lemah dan cepat maka menandakan adanya syok.

(3) Temperatur atau suhu

Peningkatan suhu badan mencapai (37,5 hingga 38°C) pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu bisa

juga disebabkan karena selama awal istirahat dan tidur yang diperpanjang persalinan. Tetapi pada umumnya setelah 2 jam post partum suhu tubuh kembali normal. Kenaikan suhu yang mencapai  $>38^{\circ}\text{C}$  adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi ekstremitas ibu yang teraba dingin maka hal ini merupakan salah satu tanda syok akibat perdarahan postpartum primer karena atonia uteri.

#### (4) Pernapasan

Pernapasan harus dalam rentang yang normal, yaitu sekitar 20 hingga 30 kali per menit. Kondisi pernapasan ibu yang dangkal dan cepat untuk memenuhi ini kebutuhan oksigen akibat perdarahan, maka hal ini merupakan salah satu tanda terjadinya syok akibat perdarahan.

#### (5) Berat badan

Berat badan diperiksa untuk mengetahui kenaikan berat badan sebelum hamil dan saat hamil yang berpengaruh terhadap status gizi pasien.

#### d) Pemeriksaan

##### (1) Rambut

Pada pemeriksaan didapatkan rambut ibu rontok hal ini menandakan tingkat status gizi ibu kurang,

kondisi ibu seperti ini menandakan ibu kurang. Anemia yang merupakan salah satu penyebab terjadinya perdarahan postpartum primer karena atonia uteri.

(2) Muka

Pada inspeksi muka ibu tampak pucat. Hal ini terjadi karena kadar hemoglobin darah yang rendah yang menjadikan tidak adekuatnya sel untuk mengangkut oksigen keseluruh jaringan sehingga terjadi pigmentasi kulit akibat kekurangan oksigen dalam darah.

(3) Mata

Ibu dengan perdarahan konjungtiva ibu terlihat pucat.

(4) Bibir

Ibu dengan perdarahan bibir ibu tampak pucat. Hal ini disebabkan karena defisiensi oksigen sehingga metabolisme sel menjadi terganggu.

(5) Dada

Hiper apnea merupakan salah satu tanda adanya perdarahan akibat atonia uteri.

(6) Ekstremitas

Pada pemeriksaan ekstremitas jika ekstremitas teraba dingin, hal ini menandakan adanya perdarahan.

e) Pemeriksaan obstetrik

(1) Payudara

Pada payudara terjadi proses laktasi. Pemberian ASI secara dini sangat baik untuk merangsang kontraksi uterus sehingga mampu mencegah perdarahan perdarahan postpartum primer karena atonia uteri.

payudara di inspeksi dan di palpasi dua kali sehari dan kepada ibu ditanyakan Apakah payudara terasa pegal sakit atau tidak dan mencari setiap daerah yang berwarna merah pada payudara dan menginspeksi puting untuk menemukan gejala edema fisura atau perdarahan dibagian disekitar payudara termasuk daerah aksila, harus teraba normal karena benjolan atau massa yang tidak lazim dijumpai menunjukkan ASI yang terhambat, kemudian memeriksa bagian sebelah dalam dengan menggunakan palpasi secara hati-hati dan mencatat setiap daerah yang terasa nyeri ketika disentuh.

(2) Abdomen

Pada pemeriksaan uterus didapatkan uterus teraba lembek, uterus berada di atas ketinggian fundal atas masa postpartum segera hal ini merupakan tanda dari atonia uteri, pemeriksaan abdomen meliputi perubahan involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus

pada kondisi sebelum hamil perubahan ini dapat dilakukan dengan pemeriksaan tinggi fundus uteri titik pemeriksaan tinggi fundus uteri pada saat bayi lahir, uteri setinggi pusat dengan berat 1.000 gram. pada akhir kala 3, tinggi fundus uteri teraba 2 Jari teraba 2 Jari dibawah Pusat. Pada 1 minggu post partum, tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat symphysis dengan berat 500 gram titik pada 2 minggu post partum, tinggi fundus uteri teraba di atas symphysis dengan berat 350 gram pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil atau tidak teraba dengan berat 50 gram.

### (3) Kandung kemih

Kandung kemih yang teraba penuh, hal ini akan menghambat kontraksi uterus sehingga dapat menyebabkan atonia uteri.

### (4) Lochea

Pada perdarahan karena atonia uteri, ibu mengeluarkan darah segar yang cukup banyak yang berasal dari pembuluh darah uterus yang gagal berkontraksi yakni perdarahan berat kontraksi rahim yang jelek dapat mempengaruhi pengeluaran lochea dimana hal ini dapat menyebabkan perdarahan pada masa nifas.

f) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah:

(1) Darah lengkap: Hb, hematokrit, golongan darah dan masa pembekuan.

(2) Urine lengkap.

b. Langkah II: Identifikasi Diagnosa atau Masalah Aktual

Pada langkah ini identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan (Julianti, 2017).

1) Diagnosa kebidanan

Diagnosa kebidanan yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan.

Diagnosa : P .. A .. dengan Atonia Uteri.

Data subjektif : ibu mengatakan nyeri jalan lahir.

Data objektif : kontraksi uterus lembek, perdarahan kurang lebih 800 cc, kandung kemih kurang lebih 150 cc.

## 2) Masalah

Masalah adalah hal hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

Contoh rumusan masalah:

Masalah dasar pasien mengatakan nyeri pada jalan lahir akibat terjadinya pembengkakan pada perineum.

## 3) Kebutuhan

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisa data.

### c. Langkah III: Merumuskan Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi.

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Pada langkah ini diidentifikasi atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa, hal ini membutuhkan antisipasi, pencegahan, bila memungkinkan menunggu mengamati dan bersiap-siap apabila hal tersebut benar-benar terjadi (Ambarwati, 2010 dalam Anggraeni, 2019).

Diagnosa potensial atonia uteri yang bisa terjadi pada pertama uterus tidak berkontraksi dengan baik, ibu kelelahan dan terjadi syok hipovolemik, untuk mengurangi syok dipasang infus.

Atonia uteri adalah kondisi di mana myometrium tidak dapat berkontraksi segera setelah melahirkan, (Nugroho, 2010 dalam Kristianingsih et al., 2019) menjelaskan bahwa diagnosa potensial perdarahan karena atonia uteri adalah syok hipovolemik.

d. Langkah IV: Melaksanakan Tindakan Segera atau Kolaborasi.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus.

Pada penjelasan di atas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau

kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan *emergency* atau segera untuk segera ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan.

Langkah ini memerlukan kesinambungan dari manajemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien.

Menurut (Varney, 2009 dalam Widiastutik, 2020) menjelaskan bahwa tindakan segera yang dilakukan pada pasien dengan perdarahan karena atonia uteri adalah melakukan Kompresi bimanual Internal (KBI).

e. Langkah V: Merencanakan Asuhan Kebidanan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan

tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang tepat serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

Perencanaan yang dapat dilakukan bidan dalam penanganan kasus atonia uteri yaitu dengan penatalaksanaan atonia uteri yang benar yaitu:

- 1) Lakukan massase fundus uteri.
- 2) Bersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks.
- 3) Lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh dengan tehnik aseptik.
- 4) Lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit.

Uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan KBI selama 2 menit.

- 5) Anjurkan keluarga membantu melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE) jika selama 5 menit uterus tidak berkontraksi.
- 6) Keluarkan tangan perlahan-lahan.
- 7) Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600 sampai 1.000 mcg per rektal.
- 8) Pasang infus dan berikan 500 cc larutan ringer laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.
- 9) Pakai sarung tangan steril ulangi KBI.
- 10) Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit segera rujuk ibu.
- 11) Sambil membawa ibu ke tempat tujuan, teruskan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan (Jayanti, 2019)

f. Langkah VI: Melaksanakan Asuhan Kebidanan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi di mana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan. Asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab

terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.

Penatalaksanaan perdarahan karena atonia uteri yaitu:

- 1) Melakukan massase fundus uteri.
- 2) Membersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks.
- 3) Melakukan kateterisasi jika kandung kemih ibu penuh dengan tehnik aseptik.
- 4) Melakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit. Uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang meneruskan KBI selama 2 menit.
- 5) Menganjurkan keluarga untuk membantu melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE) jika uterus tidak segera berkontraksi setelah 5 menit.
- 6) Mengeluarkan tangan perlahan-lahan.
- 7) Memberikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600 sampai 1.000 mcg per rektal.
- 8) Menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18), memasang infus dan memberikan 500 cc larutan ringer laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.
- 9) Memakai sarung tangan steril atau disinfeksi tingkat tinggi dan mengulangi KBI.

10) Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit, segera merujuk ibu.

11) Sambil membawa ibu ke tempat rujukan, meneruskan tindakan KBI dan menginfus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan (Jayanti, 2019).

g. Langkah VII: Evaluasi Asuhan Kebidanan

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.

Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik (Hidayat, 2009 dalam Nurekawati, 2015).

Evaluasi merupakan derajat keberhasilan yang didapatkan setelah melakukan implementasi pada asuhan kebidanan pada ibu nifas yang bertujuan untuk mengetahui keberhasilan asuhan yang sudah diberikan. Apakah tindakan yang dilakukan sudah sesuai dengan perencanaan. Langkah ini merupakan langkah terakhir guna

mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana.

### 3. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP)

#### a. S : Subjektif

1) Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui Anamnese.

2) Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, penyakit riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup).

3) Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat

sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa. Pada orang yang bisu, dibagian data di belakang

”S” diberi tanda ”0” atau ”X” ini menandakan orang itu bisu.

Data subjektif menguatkan diagnosa yang akan dibuat.

b. O : Objektif

- 1) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium, dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assessment.
- 2) Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda Keadaan Umum, Fital sign, Fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.
- 3) Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil Laboratorium, sinar X, rekaman CTG, dan lain-lain) dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini. Apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnosa yang akan ditegakkan.

c. A : Assesment

- 1) Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan

menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

2) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi.

a) Diagnosa atau masalah.

(1) Diagnosa atau masalah adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien: hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir. Berdasarkan hasil analisa data yang didapat.

(2) Masalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu, kemungkinan mengganggu kehamilan atau kesehatan tetapi tidak masuk dalam diagnosa.

b) Antisipasi masalah lain atau diagnosa potensial

d. P: Planning

1) Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment. SOAP untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam "P".

2) Perencanaan.

Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang.

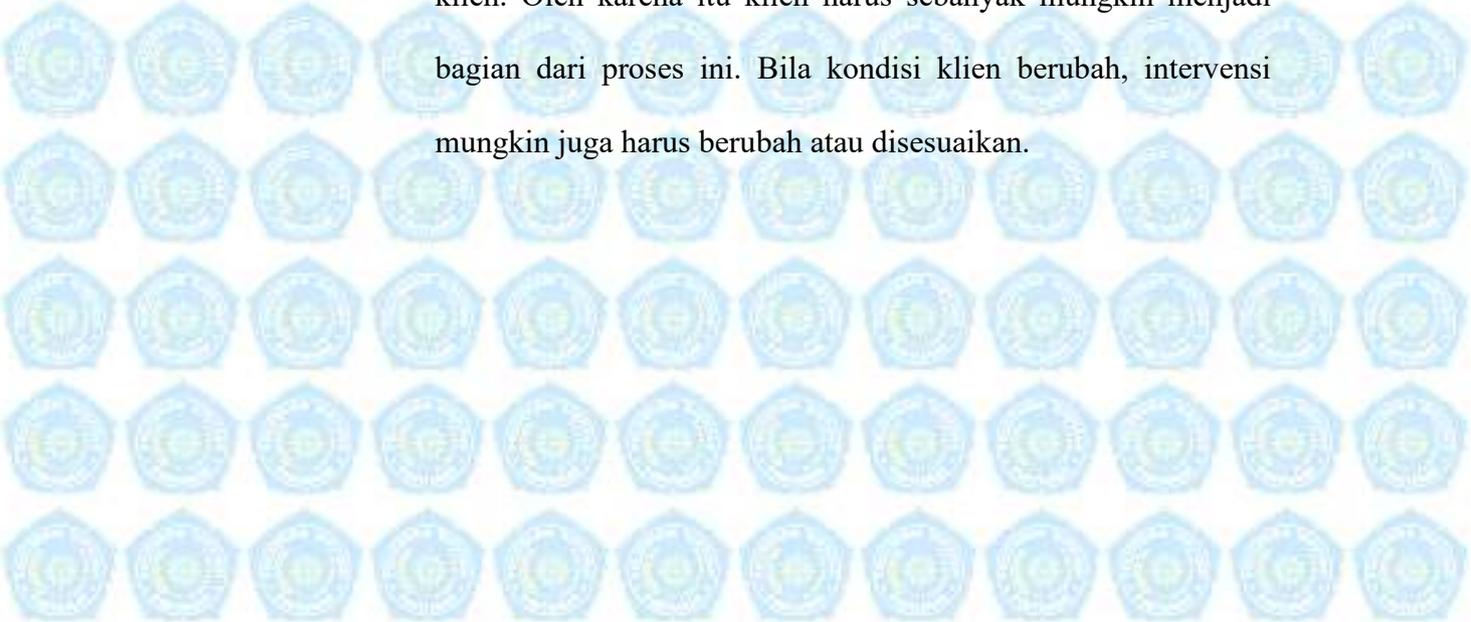
Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya.

Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien

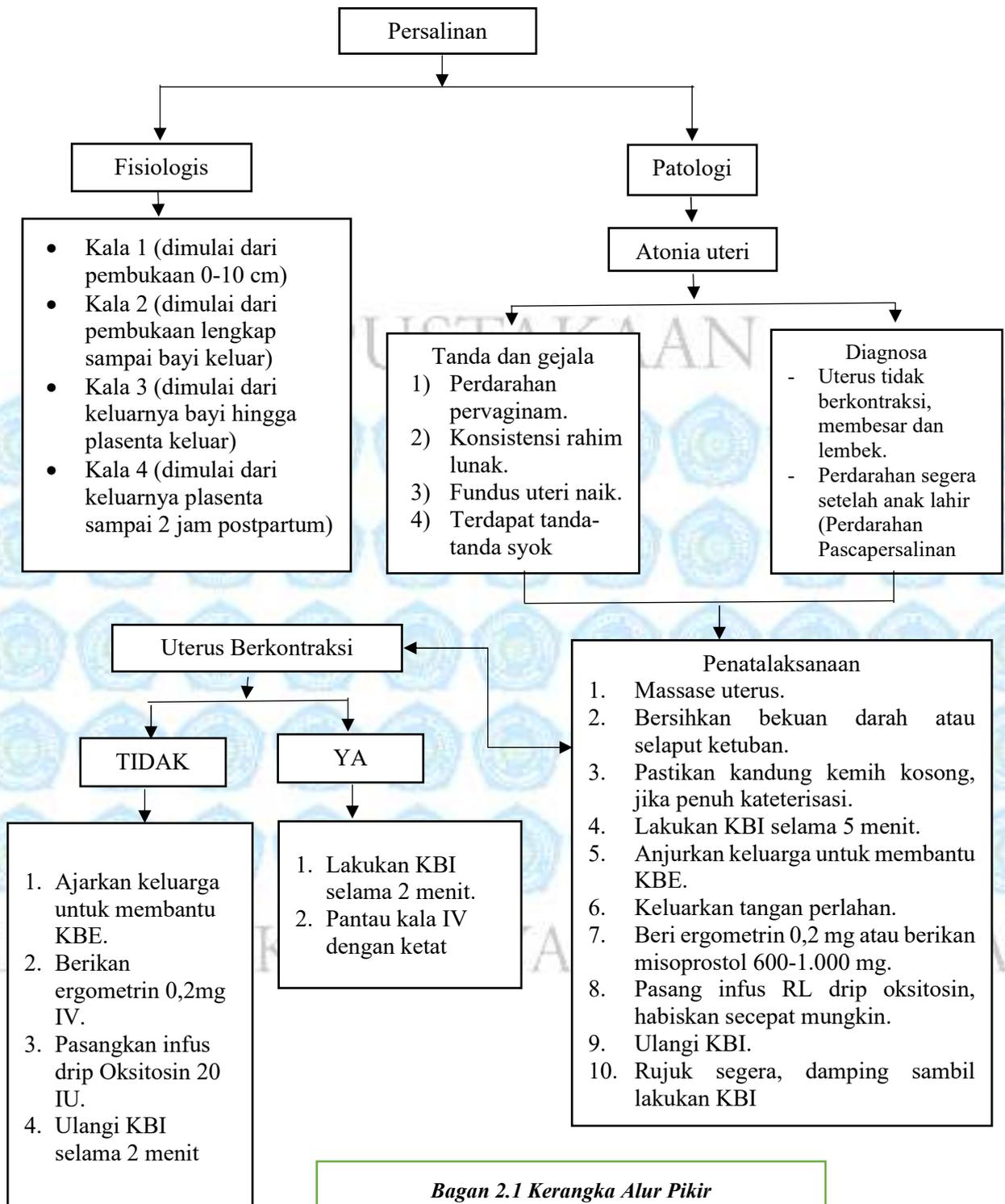
yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai dengan instruksi dokter.

### 3) Implementasi

Pelaksanaan rencana tindakan untuk menghilangkan dan mengurangi masalah klien. Tindakan ini harus disetujui oleh klien kecuali bila tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Oleh karena itu klien harus sebanyak mungkin menjadi bagian dari proses ini. Bila kondisi klien berubah, intervensi mungkin juga harus berubah atau disesuaikan.



### C. Kerangka Teori



*Bagan 2.1 Kerangka Alur Pikir*

*Sumber : Modifikasi (Putusan dan kedokteran 2020)*

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional deskriptif dengan pendekatan Studi Kasus untuk mempelajari tentang Asuhan Kebidanan pada Ibu bersalin dengan Atonia uteri di Puskesmas Tebas.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Pelaksanaan penelitian berupa asuhan persalinan normal. Adapun waktu dan tempat penelitian dilakukan pada :

1. Tempat

Di Puskesmas Tebas, jalan Kesehatan, Desa Tebas kuala, Tebas, Kabupaten Sambas, Kalimantan Barat.

2. Waktu

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 16 Desember 2020 sampai dengan 18 Juni 2021.

#### **C. Subjek Penelitian**

Subjek penelitian yang diberikan asuhan adalah ibu bersalin dengan Atonia uteri.

#### **D. Jenis Data**

Data adalah segala sesuatu yang dapat memberikan informasi mengenai data. Berdasarkan sumbernya, data dibedakan menjadi dua, yaitu data primer dan data sekunder.

Berdasarkan sumbernya, data penulisan dapat dikelompokkan dalam dua jenis yaitu data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh penulis secara langsung dari sumber datanya. Data Sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan penulis dari berbagai sumber yang telah ada (penulis sebagai tangan kedua) (Sumbawa, 2020).

#### **E. Teknik Pengumpulan Data**

Pelaksanaan penelitian studi kasus dengan menggunakan pendekatan pemecahan masalah dalam asuhan kebidanan yang meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa atau masalah aktual dan potensial, melaksanakan Tindakan segera atau kolaborasi, perencanaan, implementasi serta evaluasi asuhan kebidanan pada klien dengan Perdarahan Postpartum di Puskesmas Tebas.

Adapun Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

##### **1. Anamnesa atau wawancara**

Penelitian melakukan tanya jawab dengan klien, suami dan keluarga yang dapat membantu memberikan informasi yang dibutuhkan.

Anamnesis dan pemeriksaan secara seksama merupakan bagian dari asuhan dari sayang ibu yang baik dan aman selama persalinan, sambil memperhatikan adanya tanda penyulit atau kondisi kegawatdaruratan dan segera dilakukan tindakan yang sesuai apabila diperlukan. Tujuan anamnesis untuk mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan, dan persalinan (Hidayat, 2011).

## 2. Observasi

Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengamati keadaan umum klien dari sejak ibu inpartu Kala 1 fase laten, bersalin dan sampai dengan 6 jam post partum. Selama persalinan berlangsung perlu pemantauan atau observasi kondisi Kesehatan ibu dan bayi dengan partograf guna mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal.

## 3. Pemeriksaan

Pemeriksaan terdiri dari pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan dalam dengan menggunakan format pengkajian. Tujuan untuk menilai kondisi Kesehatan ibu dan bayi serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin serta mendeteksi dini adanya komplikasi.

## 4. Pengkajian Psikososial

Pengkajian psikososial meliputi pengkajian status emosional, respon terhadap kondisi yang dialami serta pola interaksi klien terhadap keluarga, petugas kesehatan, dan lingkungan. Keadaan psikologis ibu bersalin tidak jarang mengalami perubahan psikologis rasa takut, stress, ketidaknyamanan, cemas, marah-marah.

## F. Etika Penelitian

Menurut (Notoatmodjo, 2012), etika penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti (subjek penelitian) dan masyarakat dan masyarakat yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut:

### 1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak responden penelitian untuk mendapatkan informasi tentang tujuan peneliti melakukan penelitian tersebut, dan peneliti juga mempersiapkan lembar formulir persetujuan (*informed consent*).

### 2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)

Setiap responden mempunyai hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu dalam memberikan informasi, maka dari itu seorang peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas responden.

### 3. Keadilan dan inklusivitas atau keterbukaan (*respect for justice and inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Untuk itu, lingkungan penelitian perlu dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yakni dengan menjelaskan prosedur penelitian.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang timbulkan (*balancing harms and benefits*)

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya, dan subjek penelitian pada khususnya. Peneliti hendaknya berusaha meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek.

PERPUSTAKAAN



POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

##### Dokumentasi Asuhan kebidanan pada ibu bersalin

Tanggal 17 desember 2020

Pukul 12.30

##### DATA SUBJEKTIF

###### 1. Identitas

Nama Ibu	: Ny. Nama	Suami	: Tn. S
Umur	: 25 tahun	Umur	: 28 tahun
Suku	: Melayu	Suku	: Melayu
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah tangga	Pekerjaan	: Swasta

Alamat : Dusun Peluntan, Desa Sejiram RT. 001/ RW. 001

No. Hp : 08570526xxxx

###### 2. Anamnesis Khusus

Keluhan utama : ibu mengatakan perutnya terasa semakin mules dan adanya pengeluaran darah bercampur lendir.

**a. Riwayat obstetri yang lalu**

Kehamilan			Persalinan				Bayi/Anak					Nifas	Ket (ASI)
Ke	Lama Kehamilan	Penyulit	Penolong	Jenis	Tempat	Penyulit	Jenis kelamin	BBL (gr) PBL(cm)	Penyulit	Hidup/ Mati	Usia	Penyulit	
1	Hamil ini												

**b. Riwayat Kehamilan Sekarang**

Haid : teratur/~~tidak teratur~~/sakit/ tidak sakit

Siklus : 28 Hari, lamanya 7 hari

Banyaknya : biasa/~~sedikit~~/banyak

HPHT : 19 Maret 2020, Taksiran Persalinan 26 Desember 2020, lama hamil 38 minggu 5 hari

Gerakan anak pertama kali dirasakan : 4-5 bulan

Periksa Hamil : Dokter/Bidan /~~paramedik, dukun~~

**c. Riwayat Persalinan Sekarang**

Dikirim oleh : Datang sendiri

His mulai : Sejak tanggal 14 Desember 2020 Jam 03.10 wib

Darah Lendir : Sejak tanggal 15 Desember 2020 Jam 06.00 wib

Ketuban : Masih utuh

**DATA OBJEKTIF**

**1. Status Pasien**

Berat badan : 52 Kg

Tekanan darah : 120/80 mmHg      Laboratorium : HB : 13,1 g%

Tinggi badan : 150 cm

Nadi : 82 kali per menit

Keadaan Umum : Baik

Pernapasan : 20 kali per menit

Hati/Limfe : Normal

Kesadaran : Composmentis

Edema : tidak ada

Gizi : Baik

Varices : tidak ada

Payudara : tidak ada kelainan

Refleks : +

Jantung : normal

Paru-paru : normal

## 2. Status Obstetri

### Pemeriksaan Luar :

Tanggal 16 Desember 2020 Jam 20.30 wib

Leopold I : TFU 30 cm (3 jari di bawah Procecus xyphoideus),  
teraba bulat, lunak, dan tidak melenting.

Leopold II : Disebelah kiri perut ibu teraba bagian keras memanjang seperti papan dan sebelah kanan perut ibu teraba bagian-bagian kecil (ekstermitas).

Leopold III : Teraba bulat, keras, melenting

Leopold IV : Sudah masuk PAP, 2/5

DJJ : 131 kali per menit teratur

His : 2 kali per 10 menit lamanya 20 detik (inadekuat)

Tafsiran Berat janin : 3.250 gram

Lingkaran Bandle : negatif

Tanda Osborn : negatif

Kesan panggul : tidak dilakukan

**Pemeriksaan dalam :**

Portio:

Konsistensi : tebal

Posisi : posterior

Pendataran : 25%

Pembukaan : 2 cm

Ketuban : Utuh

Terbawah : kepala

Penurunan : Hodge I

Penunjuk : belum teraba jelas.

**ANALISIS** : GI P0 A0 Hamil 38 minggu inpartu kala 1 fase laten janin tunggal hidup presentasi kepala.

**PENATALAKSANAAN :**

1. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan dan tindakan yang akan dilakukan, ibu mengetahui hasilnya.
2. Menghadirkan pendamping selama proses persalinan berlangsung, ibu didampingi suami.
3. Memberikan dukungan fisiologis kepada ibu, kecemasan ibu berkurang.

4. Membimbing ibu untuk mobilisasi, ibu masih bisa berjalan, ibu didampingi suami disekitar ruangan, mengajarkan ibu teknik relaksasi.
5. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK dan menjelaskan tujuannya, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan (BAK kurang lebih 50 cc per jam).
6. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum seperti biasanya, ibu masih dapat makan nasi 2 kali per hari dan minum air putih kurang lebih 2 liter per hari.
7. Menganjurkan ibu untuk berdoa sesuai dengan ajaran islam, ibu sudah berdoa sesuai dengan doa untuk mempermudah persalinan.
8. Mengobservasi kemajuan persalinan, setiap 1 jam sekali hasil terlampir dari lembar observasi.
9. Mempersiapkan alat partus dan pakaian bayi, semua sudah siap.

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny. N	
Umur : 25 tahun	Tanggal : 16 hingga 17 Desember 2020
KALA I fase aktif 17 Desember 2020 05.30 - 10.00 wib	Catatan perkembangan (SOAP)
S	Ibu mengatakan perutnya semakin mules dan sering
O	Kondisi umum : baik, kesadaran : Composmentis, TD : 120/90 mmHg, nadi : 80 kali per menit, rr : 20 kali per menit, suhu : 37,4°C, DJJ : 150 kali/menit teratur, HIS 3 kali dalam 10 menit lamanya 35 detik inadkuat pembukaan 5 cm , kepala di Hodge III , ketuban utuh , kandung kemih tidak penuh.
A	G1P0A0 hamil 38 minggu 5 hari, inpartu kala 1 fase aktif, janin tunggal hidup presentasi kepala.
P	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan hasil pemeriksaan, ibu mengetahui hasilnya.</li> <li>- Menjelaskan tanda-tanda persalinan, ibu mengerti mengenai penjelasan yang diberikan.</li> <li>- Mengajarkan ibu untuk makan dan minum seperti biasa, ibu masih dapat makan nasi beserta lauk-pauk dan sayuran, minum kurang lebih 2 gelas.</li> <li>- Mengajarkan ibu teknik relaksasi dan mobilisasi, ibu masih dapat berjalan jalan di sekitar ruangan.</li> <li>- Mengobservasi kemajuan persalinan, TD : 120 /90 mmHg , nadi : 80 kali/menit, rr : 20 kali per menit, suhu : 37,4°C, DJJ : 150 kali/menit teratur, HIS 3 kali dalam 10 menit lamanya 35 detik inadkuat pembukaan 5 cm, kepala di Hodge II-III.</li> <li>- Mengobservasi kemajuan ibu dan janin, janin dan ibu dalam keadaan baik. Hasil terlampir di partograf</li> </ul>
06.00 WIB	HIS : 3 x 10 (35), DJJ : 142 kali per menit
06.30 WIB	HIS : 3 x 10 (35), DJJ : 148 kali per menit
07.00 WIB	HIS : 3 x 10 (40), DJJ : 148 kali per menit
07.30 WIB	HIS : 3 x 10 (40), DJJ : 142 kali per menit
08.00 WIB	HIS : 3 x 10 (40), DJJ : 150 kali per menit, VT 6 cm kepala Hodge II, Td : 120/80 mmHg , ketuban pecah spontan warna putih keruh.
08.30 WIB	HIS : 3 x 10 (45), DJJ : 142 kali per menit
09.00 WIB	HIS : 3 x 10 (45), DJJ : 142 kali per menit
09.30 WIB	HIS : 3 x 10 (45), DJJ : 158 kali per menit
10.00 WIB	HIS : 3 x 10 (45), DJJ : 172 kali per menit
10.30 WIB	HIS : 3 x 10 (50), DJJ : 158 kali per menit
11.00 WIB	HIS : 3 x 10 (50), DJJ : 146 kali per menit
Kala II 17 Desember 2020 11.00 - 12.30	Catatan Perkembangan (SOAP)
S	- Ibu mengatakan perutnya terasa mules semakin sering, adanya <i>blood slym</i> dan adanya dorongan meneran

O	Kondisi umum : Baik, Kesadaran: Composmentis, tekanan darah : 120/90 mmHg, Nadi : 82 kali per menit, rr : 21 kali per menit, S: 36,8°C , DJJ : 131 kali per menit teratur, HIS : 4 kali per 10 menit, lamanya 50 detik adekuat, Pembukaan Lengkap, Portio tidak teraba, Presentasi kepala, Hodge III
A	G1P0A0 Hamil 38 minggu 5 hari Inpartu kala II, Janin tunggal Hidup presentasi kepala
P	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan sudah boleh meneran apabila ada kontraksi (ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan).</li> <li>- Menghadirkan pendamping pada saat proses persalinan, ibu didampingi suami.</li> <li>- Memposisikan ibu dengan posisi yang nyaman, ibu dalam keadaan posisi berbaring (litotomi).</li> <li>- Memimpin dan membimbing ibu untuk meneran dan menganjurkan istirahat jika his hilang, ibu dapat melakukannya dengan baik.</li> <li>- Menolong persalinan sesuai dengan langkah APN. Dilakukan episiotomi dan ruptur perineum derajat dua. Bayi lahir spontan tidak menangis A/S 0/2 tonus otot lemah, warna kulit kebiruan (sianosis)</li> </ul>
Kala III 17 Desember 2020 12.30 - 12.40	Catatan Perkembangan (SOAP)
S	Ibu mengatakan perutnya terasa Mules
O	TFU 2 jari di atas pusat, tidak terdapat janin kedua, kontraksi uterus lembek, perdarahan aktif kurang lebih 500 cc.
A	P1A0M0 inpartu kala III dengan Atonia uteri
P	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberitahu ibu dan menyuntikan injeksi oksitosin 10 u 1 ampul via Imdi 1 1/3 paha kanan ibu.</li> <li>- Memotong tali pusat dan diklem dengan menggunakan umbilical cord.</li> <li>- Melakukan peregangan tali pusat terkendali, tali pusat menjulur di depan vulva dan adanya tanda semburan darah yang keluar dari vagina.</li> <li>- Melahirkan plasenta sesuai dengan manajemen aktif kala III, plasenta lahir spontan pukul 12.35 wib.</li> <li>- Melakukan massase fundus dan mengajarkan ibu cara melakukannya serta menjelaskan tujuannya, ibu melakukan dengan baik. Uterus masih teraba lembek.</li> </ul>
Kala IV 17 Desember 2020 12.55 - 14.40	Catatan Perkembangan (SOAP)
S	Nyeri jalan lahir
O	Kondisi umum: Baik, kesadaran : Composmentis, tekanan darah : 100/70 mmHg, nadi : 98 kali per menit, suhu : 36,8°C , RR: 24 kali per menit, tinggi fundus pertengahan pusat px, kontraksi uterus lembek, ruptur perineum derajat 2, kandung kemih tidak penuh, perdarahan kurang lebih 600 cc.
A	P1A0M0 dengan atonia uteri dan ruptur perineum derajat II

P	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi penyebab perdarahan, perdarahan akibat atonia uteri.</li> <li>- Memasang infus RL 500cc drip oksitosin 10IU 20tpm, infus menetes dengan lancar.</li> <li>- Memasukkan tampon ke dalam vagina dan melakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI), perdarahan sedikit berkurang.</li> <li>- Melakukan penjahitan luka jalan lahir dengan heating jelujur tanpa anastesi, terjadinya hematoma vagina.</li> <li>- Memfasilitasi <i>personal hygiene</i>, ibu sudah bersih dan nyaman.</li> <li>- Mengajarkan ibu dan keluarga cara massase fundus uteri dan menjelaskan tujuannya, ibu dapat melakukannya.</li> <li>- Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya persalinan kala IV, Ibu mengerti.</li> <li>- Melakukan observasi kala IV dan melakukan pendokumentasian, hasil terlampir di partograf</li> </ul>
---	--

## LAPORAN PERSALINAN

1. Penolong: ~~Dokter~~ / Bidan

2. Cara Persalinan : Spontan

Lama Persalinan : 1 Jam 30 menit

Tanggal 17 Desember 2020 pukul 11.00 wib pembukaan 10 cm (lengkap),

ketuban pecah spontan pada pukul 08.10, kepala di hodge III, ibu dipimpin

meneran + 1 jam, partus lahir spontan pukul 12.30. Bayi asfiksia berat A/5

0/2, plasenta lahir spontan pukul 12.40 lengkap, terjadi pendarahan aktif

ibu dipasangkan tampon dan dilakukan KBE. Episiotomi (+), ruptur

derajat 2 di jahit tanpa anastesi.

3. Keadaan ibu pasca persalinan :

Keadaan umum : baik

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 82 kali per menit

Pernapasan : 24 kali per menit

Plasenta lahir : spontan, lengkap

Berat plasenta : 500 gram

Panjang tali pusat : 48 cm

Tinggi fundus uteri : 2 jari di atas pusat

Kontraksi uterus : lembek

Perdarahan selama persalinan : kurang lebih 800cc

4. Keadaan bayi:

Lahir tanggal : 17 Desember 2020 Jam 12.30 wib, Bayi Hidup

Berat badan : 3200 gram

Panjang badan : 51 cm,

Jenis kelamin : perempuan / laki-laki

Lingkar kepala : 32 cm

Lingkar dada : 30 cm

0	1	2	NILAI APGAR	1 menit	5 menit
Tidak ada	< 100	> 100	Denyut jantung	0	1
Tidak ada	Tak teratur	Menangis kuat	Usaha bernapas	0	1
Lemah	Fleks sedikit	Gerak aktif	Tonus otot	0	0
Tidak ada	Meringis	Menangis	Peka rangsang	0	0
Biru / putih	Merah Jambu Ujung2 biru	MerahJambu	Warna kulit	0	0
Total				0	2

### LEMBAR OBSERVASI PERSALINAN

Tgl/jam	Pembukaan (CM)	Penurunan Kepala	His (x/Mnt) Lama (x/Mnt)	Ketuban	DJJ (x/Mnt)	TD (mmHg)	Nadi (x/Mnt)	Respirasi (x/Mnt)	Suhu (C)	Urine	Makan/Minum	Keterangan
16.12.20 20.25	2 CM	H II	2X/10~ 20"	UTUH	131	120/90	80	20	36,5	40 cc	Makan nasi + lauk pauk, minum 2 gelas	Portio tebal
21.30			2x/10~ 30"		134		80	20				
22.40			2x/10~ 30"		140		82	20				
23.30			2x/10~ 35"		138		84	20				

POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

### LEMBAR OBSERVASI PERSALINAN

Tgl/jam	Pembukaan (CM)	Penurunan Kepala	His (x/Mnt) Lama (x/Mnt)	Ketuban	DJJ (x/Mnt)	TD (mmHg)	Nadi (x/Mnt)	Respirasi (x/Mnt)	Suhu (C)	Urine	Makan/Minum	Keterangan
<b>17.12.20</b> 00.15			3x/10~ 30"		142		82	21				
01.30	3 CM	H II	2x/10~ 30"	Utuh	148	120/90	82	24	38,3	30 cc	Minum air putih 1 gelas	Sakit kepala, demam
02.30	i	i	3x/10~ 35"	i	138	i	80	21	i	i	i	i
03.30	i	i	3x/10~ 30"	i	132	i	82	20	i	i	i	i
04.30	i	i	2x/10~ 30"	i	142	i	80	20	i	i	i	i

POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

## B. Pembahasan

Pembahasan merupakan bagian dari laporan kasus yang membahas tentang kendala atau hambatan selama melakukan asuhan kebidanan pada klien. Kendala tersebut menyangkut kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Dengan adanya kesenjangan tersebut dapat dilakukan pemecahan masalah untuk perbaikan atau masukan demi meningkatkan asuhan kebidanan.

Penatalaksanaan asuhan kebidanan selama ibu hamil pada Ny. N usia 25 tahun hamil 38 minggu dan inpartu kala 1 fase laten dan fase aktif, kala II, III, IV dan nifas selama 6 jam di Puskesmas Tebas dengan menggunakan manajemen kebidanan 7 langkah Varney dan pendokumentasian SOAP.

**Tabel 4.1 Data Subjektif Persalinan**

Keterangan	Temuan	Teori
Kala I	Ibu mengeluh perutnya mules dan adanya pengeluaran blood slym	Rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan tanda dan gejala persalinan yang akan dikeluarkan oleh ibu menjelang akan bersalin (Mochtar, 2012 dalam Ummah et al., 2018). Saat menjelang persalinan, ibu hamil akan merasakan nyeri akibat kontraksi rahim yang semakin kuat. Kontraksi merupakan proses untuk membuka jalan lahir dan mengeluarkan janin. Rasa nyeri biasanya muncul di bagian perut, punggung, atau sekitar paha dan panggul. - Bidang Hodge a) Hodge II (yakni promontorium pinggir atas simfisis). b) Hodge III yakni hodge sejajar pinggir bawah symfisis). c) Hodge IIII (yaitu hodge yang sejajar dengan spina ischiadika) d) Hodge IV yaitu hodge yang sejajar dengan ujung Cocxygis)
Kala II	Ibu mengatakan perutnya terasa mules semakin sering, adanya	Adanya Kontraksi Rahim Menurut Rose (2013) secara umum tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut

	<i>blood slym</i> dan ada rasa dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka	berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta. Faktor fisiologis yang dimaksud adalah kontraksi. Gerakan otot ini menimbulkan rasa nyeri karena saat itu otot-otot rahim memanjang dan kemudian memendek. Serviks juga akan melunak menipis dan mendatar kemudian tertarik. Saat itulah kepala janin akan menekan mulut rahim dan kemudian membukanya. Jadi, kontraksi merupakan upaya membuka jalan lahir. Menurut (Aprilia, 2012 dalam Syukur et al., 2017) tanda dan gejala yang terjadi pada kala II, yaitu: 1. Tanda dan gejala kala II a. Dorongan meneran (doran). b. Tekanan pada anus (teknus). c. Perineum menonjol (perjol). d. Vulva, vagina dan sfingter ani terbuka. e. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah. 2. Tanda pasti Kala II a. Pembukaan lengkap. b. Terlihat kepala di introitus vagina, kepala tampak di depan vulva dengan diameter 5 hingga 6 atau disebut juga dengan <i>crowning</i> .
Kala III	Ibu mengatakan perutnya terasa mules	Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Kontraksi uterus sangat diperlukan untuk proses involusi yaitu proses kembalinya uterus kepada keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Biasanya uterus tidak bisa di palpasi pada abdomen pada hari ke-9 post partum.
Kala IV	Ibu mengatakan mules dan nyeri	Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

Data subjektif adalah data yang diambil dari hasil anamnesa atau pertanyaan yang diajukan kepada klien sendiri (*auto anamnesa*) atau keluarga (*alloanamnesa*). Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap pada langkah pengkajian, 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.

Kontraksi uterus sangat diperlukan untuk proses involusi yaitu proses kembalinya uterus kepada keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Biasanya uterus tidak bisa di palpasi pada abdomen pada hari ke-9 post partum (Purwarini et al., 2012).

Pada anamnesa yang dilakukan pada Ny. N dengan atonia uteri didapatkan keluhan mules dan adanya pengeluaran darah lendir, peningkatan tekanan darah ibu menurun, peningkatan denyut jantung ibu, rasa nyeri dan muncul hematoma.

Nyeri pada kala 1 terutama ditimbulkan oleh stimulus yang dihantarkan melalui saraf pada leher Rahim (serviks) dan rahim atau uterus bagian bawah. Nyeri ini merupakan nyeri visceral yang berasal dari kontraksi uterus dan adneksa.

Tanda-tanda persalinan diantaranya:

1. Adanya kontraksi rahim, secara umum tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta (Rose, 2013 dalam Sophia, 2017).

2. Keluarnya lendir bercampur darah. Lendir di sekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak membuka. Leher inilah yang dimaksud *blood slim* (Sophia, 2017).
3. Keluarnya Air Ketuban, proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi (Sophia, 2017).
4. Pembukaan Serviks. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini dapat dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam (*vagina toucher*), petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim (Sumkin, 2008 dalam Sophia, 2017).

Berdasarkan data subjektif Ny. N mengetahui kehamilan ini yang pertama, usia kehamilan 38 minggu. Keluhan pertama datang ke puskesmas yaitu ibu mengatakan perutnya mules-mules dan adanya pengeluaran *blood slym* pada tanggal 16 Desember 2020 pukul 20.25 wib. Pada data subjektif tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teori.

Tabel 4.2 Data Objektif Persalinan

Keterangan	Temuan	Teori
Kala I	TD : 120/90 mmHg, nadi : 80 kali per menit, suhu 37,4°C, DJJ : 150 hingga 174 kali per menit. Pembukaan 5 cm, His : 3 kali dalam 10 menit lamanya 35 detik inadkuat, kepala hodge II-III, ketuban utuh	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah ibu hamil bervariasi sesuai usia juga faktor-faktor tambahan seperti posisi ibu, kecemasan dan ukuran manset. Selama masa pertengahan kehamilan tekanan sistolik dan diastolik menurun 5 sampai 10 mmHg. Hal tersebut kemungkinan terjadi vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal selama kehamilan. Selama trimester ketiga tekanan darah kembali seperti trimester pertama (Padila, 2014).</li> <li>- Bila Anda menemukan tanda-tanda berikut, segera periksakan ke dokter. Siapa tahu Anda sedang berbadandua. Suhu normal tubuh wanita sebelum ovulasi biasanya 35,5 sampai 36,6 derajat celsius. Saat hamil, suhu tubuh wanita meningkat sampai 37,2 derajat celsius. Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh agak sedikit meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan suhu yang terjadi tidak boleh melebihi 0,5 hingga 1° Celcius.</li> <li>- Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 (nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini berlangsung kurang lebih 18 hingga 24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fase laten (8 jam) : pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm.</li> <li>2. Fase aktif (7 jam) : pembukaan serviks 3 cm sampai pembukaan 10 cm.</li> </ol> </li> <li>- Pada primi 1 cm per jam (kurang lebih 13 jam) dan pada multi 2 cm per jam (kurang lebih 7 jam).</li> <li>- Fase aktif di bagi menjadi 3 fase yaitu:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fase akselerasi : pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, berlangsung 2 jam.</li> <li>2. Fase dilatasi maksimal : pembukaan berlangsung sangat cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm, berlangsung 2 jam.</li> <li>3. Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat 9 cm menjadi 10 cm, berlangsung 2 jam.</li> </ol> </li> <li>- Pemeriksaan dalam juga dilakukan saat ibu bersalin. Pemeriksaan ini dilakukan pada saat memasuki kala I persalinan, saat ada gejala mules-mules dan ibu mengalami his secara teratur 2 kali dalam 15 menit sebagai tanda akan melahirkan. Pemeriksaan dalam ini dalam kepentingan untuk menentukan awal dan kemajuan dari persalinan. Khusus untuk memeriksa kemajuan persalinan, maka</li> </ul>

		pemeriksaan dilakukan setiap 4 jam di fase laten (pembukaan mulut Rahim 4 cm) dan setiap 2 jam difase aktif (pembukaan mulut rahim 4 hingga 10 cm).
Kala II	DJJ : 131 kali per menit teratur, His : 4 kali dalam 10 menit lamanya 50 detik adekuat, pembukaan lengkap, portio tidak teraba, kepala hodge II-III	<p>Bidang-bidang panggul Bidang hodge adalah bidang semua sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau vagina toucher (VT).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bidang hodge, jarak antara promontorium dan pinggir atas simfisis, sejajar dengan PAP.</li> <li>2. Bidang hodge II, sejajar dengan PAP melewati pinggir bawah symfisis.</li> <li>3. Bidang hodge III, sejajar dengan PAP melewati spina ischiadika.</li> <li>4. Bidang hodge IV, sejajar dengan PAP melewati ujung coccygeus.</li> </ol>
Kala III	Kontraksi uterus lembek, perdarahan aktif kurang lebih 500 cc	<p>Pada kala III uterus berkontraksi, keras dan fundus uterus agak di atas pusat.</p> <p>Kala III berlangsung dari lahirnya bayi hingga lahirnya plasenta secara lengkap dari dinding uterus. Biasanya plasenta lepas dalam 6 hingga 15 menit setelah kelahiran bayi dan keluarnya spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah 100 hingga 200 cc.</p> <p>Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama setelah persalinan, perdarahan pada kala III jumlah darah yang hilang kurang dari 500 cc (pervaginam)</p>
Kala IV 12.50 - 14.35	Tinggi fundus pertengahan pusat-px, kontraksi uterus lembek, ruptur derajat II, perdarahan kurang lebih 600 cc	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dimulai saat plasenta lahir sampai 2 jam pertama postpartum. Keduanya bias saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa. Rata-rata perdarahan normal pada 250 cc. perdarahan persalinan yang dari 500 cc adalah perdarahan abnormal.</li> <li>2. Ketidakmampuan uterus untuk berkontraksi sebagaimana mestinya setelah plasenta lahir. Perdarahan postpartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serat-serat myometrium terutama yang berada di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat pelengketan plasenta. Atonia uteri terjadi ketika myometrium tidak dapat berkontraksi (Wiknjosastro, 2012 dalam Lestari, 2014).</li> <li>3. Klasifikasi derajat ruptur perineum terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Derajat 1 : laserasi hanya pada mukosa vagina dan kulit perineum.</li> <li>b. Derajat 2 : laserasi melibatkan otot-otot perineum.</li> <li>c. Derajat 3A : laserasi pada &lt;50% otot sfingter anal eksterna.</li> </ol> </li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Derajat 3B : laserasi pada &gt;50% otot sfingter anal eksterna.</li> <li>e. Derajat 3C : laserasi pada otot sfingter anal eksterna dan internal.</li> <li>f. Derajat 4 : laserasi mencapai jaringan epitel anus, robekan menembus dari epitel vagina hingga epitel anus.</li> </ul>
--	--	---

### Kala I

Berdasarkan data objektif menunjukkan bahwa pemeriksaan fisik TFU yang didapat 30 cm. Tujuan pemeriksaan TFU adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu, dan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT). TFU dalam sentimeter (cm), yang normal harus sama dengan usia kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir. Jika hasil pengukuran berbeda 1 hingga 2 cm, masih bisa ditoleransi, tetapi jika deviasi lebih kecil dari 2 cm dari umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin, sedangkan bila deviasi besar dari 2 cm kemungkinan terjadi bayi kembar, polihidramnion, janin besar. Berdasarkan data objektif menunjukkan bahwa teori yang tidak terdapat ada kesenjangan antara teori dan kasus. Berdasarkan data objektif menunjukkan bahwa pemeriksaan dalam dilakukan 4 kali selama 13 jam 30 menit pemantauan. Kala I adalah pembukaan serviks yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam. Gejala pada kala I ini dimulai bila timbulnya his dan mengeluarkan lender darah. Lendir darah tersebut berasal dari lender kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya

berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis serviks itu pecah karena pergeseran ketika serviks membuka. Pemeriksaan dalam juga dilakukan saat ibu bersalin pemeriksaan ini dilakukan pada saat memasuki kala I persalinan, saat ada gejala mules dan ibu mengalami his secara teratur 2 kali dalam 15 menit sebagai tanda akan melahirkan. Pemeriksaan dalam ini dengan kepentingan untuk menentukan awal dan kemajuan dari persalinan. Khusus untuk memeriksa kemajuan persalinan, maka pemeriksaan dilakukan setiap 4 jam di fase laten (pembukaan mulut rahim 4 cm) dan setiap 2 jam di fase aktif (pembukaan mulut rahim 4 hingga 10 cm). Berdasarkan data objektif menunjukkan Kala I berlangsung selama 13 jam 30 menit. Berdasarkan data objektif menunjukkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Partus lama adalah berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih 18 jam pada multigravida yang dinyatakan lama jika terjadi keterlambatan 2 hingga 3 jam di belakang partograf normal (David, 2008 dalam Sari, 2010).

Berdasarkan data objektif menunjukkan bahwa teori yang tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

#### Kala II

Berdasarkan data objektif yang didapat pembukaan sudah lengkap, peningkatan pada rectum, perineum menonjol, vulva vagina dan sfingter ani sudah membuka. Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda-tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah: ibu ingin meneran, perineum menonjol, vulva vagina dan sphincter

anus membuka, jumlah pengeluaran air ketuban meningkat, His lebih kuat dan lebih cepat 2 hingga 3 menit sekali, pembukaan lengkap (10 cm), pada primigravida berlangsung rata-rata 1,5 jam dan multipara rata-rata 0,5 jam. Berdasarkan data objektif menunjukkan bahwa sudah ada tanda-tanda persalinan kala II yang meliputi pembukaan sudah lengkap, peningkatan pada rectum, perineum menonjol, vulva vagina dan sfingter ani sudah membuka. Jadi dari dua temuan teori yang didapat tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

#### Kala III

Berdasarkan data objektif yang didapat meliputi perubahan tinggi fundus uteri, pemeriksaan janin kedua, kontraksi uterus keras, dan tampak tali pusat menjulur di depan vulva. Tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi : perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat tampak menjulur di depan vulva, ada semburan darah secara tiba-tiba, kala III berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Setiyawan, 2013). Berdasarkan data objektif menunjukkan bahwa sudah ada tanda-tanda persalinan kala III yang meliputi perubahan tinggi fundus uteri, pemeriksaan janin kedua, kontraksi uterus keras, dan tampak tali pusat menjulur di depan vulva. Jadi dari dua temuan teori yang didapat tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

#### Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu dilakukan dengan melakukan pemantauan pada kala IV yaitu lakukan rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang uterus baik dan

kuat, evaluasi tinggi fundus uteri, memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan, periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum, evaluasi keadaan ibu, dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan (Oliver, 2019).

Pada lama kala I Ny. N selama 13 jam 30 menit, kala II berlangsung selama 1 jam 30 menit, kala III berlangsung 5 menit dan kala IV berlangsung 2 jam. Dari kasus yang didapat bahwa setelah plasenta lahir peneliti melakukan pemantauan selama 2 jam, dan hasil yang didapat, TFU 3 jari di atas pusat, kontraksi uterus lembek, kandung kemih tidak penuh, ruptur pada mukosa vagina dan kulit perineum. Jadi dari dua temuan teori yang didapat ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

**Tabel 4.3 Data Analisis Persalinan**

Keterangan	Temuan	Teori
Kala I	G1P0A0 hamil 38 minggu, inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup presentasi kepala dengan fetal distress	Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi. Atonia uteri adalah kondisi di mana myometrium tidak dapat berkontraksi segera setelah melahirkan. (Nugroho, 2011) menjelaskan bahwa diagnosa potensial perdarahan karena atonia uteri adalah syok hipovolemik. Syok hipovolemik terjadi karena volume cairan darah intravaskuler berkurang dalam jumlah yang banyak dan dalam waktu yang singkat. Jika pasien tidak ditangani segera setelah adekuat maka dapat menyebabkan kematian. Oleh karena itu untuk mengantisipasi masalah dengan pasang infus.
Kala II	G1P0A0 Hamil 38 minggu Inpartu kala II Janin tunggal Hidup presentasi kepala	
Kala III	P1A0M0 inpartu kala III dengan Atonia uteri	
Kala IV	P1A0M0 dengan atonia uteri dan ruptur perineum derajat II	

Pada langkah ini dilakukan identifikasi diagnosis, dan masalah klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data yang telah dikumpulkan. Data yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dengan masalah yang spesifik.

Diagnosa kebidanan yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan. Diagnosa : Ny. G P .. A .. hamil .. minggu dengan Atonia uteri.

Diagnosis yang dapat dilakukan oleh dokter untuk mencari tahu adanya atonia uteri adalah dengan cara melihat apakah kontraksi rahim setelah melahirkan berjalan seperti yang seharusnya. Ketika yang terjadi justru sebaliknya, yakni anda mengalami perdarahan hebat setelah melahirkan akibat Rahim gagal kontraksi, kondisi ini menandakan Atonia uteri.

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan postpartum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi postpartum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan, sedangkan atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Perdarahan postpartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serabut-serabut miometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta, dengan kata lain atonia uteri terjadi apabila serabut-serabut miometrium tidak berkontraksi. Penyebab dari terjadinya atonia uteri adalah umur, multiparitas, jarak kehamilan yang terlalu dekat, partus lama, malnutrisi atau anemia, overdistention uterus seperti: gemeli, makrosomia, polihidramnion, atau paritas tinggi (Purwanti & Trisnawati, 2015).

Melansir dari buku *Uterine Atony* yang dipublikasikan oleh Stat Pearls Publishing, diagnosa komplikasi melahirkan ini biasanya diketahui karena banyaknya darah yang hilang. Jumlah darah yang hilang ini disertai dengan uterus yang membesar dan lunak alias tidak berkontraksi setelah melahirkan. Dokter dapat memperkirakan banyaknya perdarahan yang anda alami dengan cara menghitung atau melihat banyaknya darah yang keluar di underpat. Dilakukan pemeriksaan fisik untuk menyingkirkan kemungkinan lain yang dapat menyebabkan perdarahan hebat. Pemeriksaan fisik yang dilakukan biasanya adalah memeriksa ada tidaknya robekan serviks atau vagina dan memastikan tidak adanya sisa plasenta yang tertinggal.

**Tabel 4.4 Data Pentalaksanaan Persalinan**

Keterangan	Temuan	Teori
Kala I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memasangkan ibu oksigen, ibu terpasang oksigen 2 L per menit.</li> <li>- Menjelaskan tanda-tanda persalinan, ibu mengerti mengenai penjelasan yang diberikan.</li> <li>- Menganjurkan ibu untuk mobilisasi miring ke kiri dan menjelaskan tujuannya, ibu dapat melakukannya dengan baik.</li> <li>- Mengobservasi kemajuan persalinan, hasil tertera di partograf</li> </ul>	<p>Penanganan gawat janin saat persalinan adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cara pemantauan               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kasus resiko rendah - auskultasi DJJ selama persalinan:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Setiap 15 menit kala I.</li> <li>2) Setiap setelah his kala II.</li> <li>3) Hitung selama satu menit setelah his selesai</li> </ol> </li> <li>b. Kasus resiko tinggi - gunakan pemantauan DJJ elektronik secara berkesinambungan.</li> <li>c. Hendaknya sarana untuk pemeriksaan pH darah janin disediakan</li> </ol> </li> <li>2. Interpretasi data dan pengelolaan               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Untuk memperbaiki aliran darah uterus: Pasien dibaringkan miring ke kiri, untuk memperbaiki sirkulasi plasenta.</li> <li>b. Hentikan infus oksitosin (jika sedang diberikan).</li> <li>c. Berikan oksigen 6 hingga 8 L per menit.</li> <li>d. Untuk memperbaiki hipotensi ibu (setelah pemberian anastesi epidural) segera berikan infus 1 L infus RL.</li> </ol> </li> </ol>

		<p>e. Kecepatan infus cairan-cairan intravaskular hendaknya dinaikkan untuk meningkatkan aliran darah dalam arteri uterina.</p> <p>3. Untuk memperbaiki aliran darah umbilikus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien dibaringkan miring ke kiri, untuk memperbaiki sirkulasi plasenta.</li> <li>Berikan ibu oksigen 6 hingga 8 L per menit.</li> <li>Perlu kehadiran dokter spesialis anak biasanya resusitasi intrauterin tersebut diatas dilakukan selama 20 menit.</li> </ol> <p>4. Tergantung terpenuhinya syarat-syarat, melahirkan janin dapat pervaginam atau perabdominal.</p>
Kala II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan sudah boleh meneran apabila ada kontraksi (ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan</li> <li>- Menghadirkan pendamping pada saat proses persalinan, ibu didampingi suami.</li> <li>- Memposisikan ibu dengan posisi yang nyaman, ibu dalam keadaan posisi berbaring (litotomi).</li> <li>- Memimpin dan membimbing ibu untuk meneran dan menganjurkan istirahat jika his hilang, ibu dapat melakukannya dengan baik.</li> <li>- Menolong persalinan sesuai dengan langkah APN. Dilakukan episiotomi dan ruptur perineum derajat dua. Bayi lahir spontan tidak menangis A/S 0/2 tonus otot lemah, warna kulit kebiruan (sianosis).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau selama penatalaksanaan kala II persalinan.</li> <li>- Melakukan penilaian kondisi ibu dan janin serta kemajuan persalinan selama kala dua persalinan secara berkala.</li> <li>- Setelah tidak ada his, melakukan pemeriksaan DJJ.</li> <li>- Memberitahu keluarga untuk memberi minum.</li> <li>- Minta keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu Bila sudah ada kontraksi, pimpin kembali ibu untuk meneran.</li> </ul>
Kala III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberitahu ibu dan menyuntikan injeksi oksitosin 10 u 1 ampul via Im di 11/3 paha kanan ibu.</li> <li>- Memotong tali pusat dan diklem dengan menggunakan umbilical cord.</li> <li>- Melakukan peregangan tali pusat terkendali, tali pusat menjulur di depan vulva dan</li> </ul>	<p>Manajemen aktif persalinan kala tiga terdiri atas intervensi yang direncanakan untuk mempercepat pelepasan plasenta dengan meningkatkan kontraksi rahim dan mencegah PPP dengan menghindari atonia uteri. Komponennya adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan obat uterotonika (untuk kontraksi rahim) dalam</li> </ol>

	<p>adanya tanda semburan darah yang keluar dari vagina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melahirkan plasenta sesuai dengan manajemen aktif kala III, plasenta lahir spontan pukul 12.35 wib.</li> <li>- Melakukan massase fundus dan mengajarkan ibu cara melakukannya serta menjelaskan tujuannya, ibu melakukan dengan baik uterus masih teraba lembek</li> </ul>	<p>waktu dua menit setelah kelahiran bayi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menjepit dan memotong tali pusat segera setelah melahirkan.</li> <li>3. Melakukan penegangan tali pusat terkendali sambil secara bersamaan melakukan tekanan terhadap rahim melalui perut. Setelah pelepasan plasenta, memijat uterus juga dapat membantu kontraksi untuk mengurangi perdarahan. Manajemen aktif persalinan kala tiga biasa dilakukan di Inggris, Australia, dan beberapa negara lain.</li> </ol>
Kala IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi penyebab perdarahan, perdarahan akibat atonia uteri.</li> <li>- Memasang infus RL 500 cc drip oksitosin 10IU 20 tetes per menit, infus menetes dengan lancar.</li> <li>- Memasukkan tampon ke dalam vagina dan melakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI), perdarahan sedikit berkurang.</li> <li>- Melakukan penjahitan luka jalan lahir dengan heating jelujur tanpa anastesi, terjadinya hematoma vagina.</li> <li>- Memfasilitasi personal hygiene, ibu sudah bersih dan nyaman.</li> <li>- Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase fundus uteri dan menjelaskan tujuannya, ibu dapat melakukannya.</li> <li>- Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya persalinan kala IV, Ibu mengerti.</li> <li>- Melakukan observasi kala IV dan melakukan pendokumentasian, hasil terlampir di partograf</li> </ul>	<p>Perencanaan yang dapat dilakukan bidan dalam penanganan kasus atonia uteri yaitu dengan penatalaksanaan atonia uteri yang benar yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan massase fundus uteri.</li> <li>2. Bersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks.</li> <li>3. Lakukan kateterisasi, jika kandung kemih penuh dengan tehnik aseptik.</li> <li>4. Lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit. Uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan KBI selama 2 menit.</li> <li>5. Anjurkan keluarga membantu melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE) jika selama 5 menit uterus tidak berkontraksi.</li> <li>6. Keluarkan tangan perlahan-lahan.</li> <li>7. Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600 hingga 1.000 mcg per rektal.</li> <li>8. Pasang infus dan berikan 500 cc larutan ringer laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.</li> <li>9. Pakai sarung tangan steril ulang KBI.</li> <li>10. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit segera rujuk ibu.</li> <li>11. Sambil membawa ibu ke tempat tujuan, teruskan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.</li> </ol>

Penanganan Atonia Uteri Perdarahan yang perlahan dan berlanjut atau perdarahan tiba-tiba merupakan suatu kegawatan dan harus segera ditangani. Ada beberapa tindakan yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menangani perdarahan secara cepat dan tepat.

1. Penanganan Umum (Depkes, 2012 dalam Anggraeni, 2019):

- a. Mintalah Bantuan. Segera mobilisasi tenaga yang ada dan siapkan fasilitas tindakan gawat darurat.
- b. Lakukan pemeriksaan cepat keadaan umum ibu termasuk tanda vital (TNSP).
- c. Jika dicurigai adanya syok segera lakukan tindakan. Jika tanda-tanda syok tidak terlihat, ingatlah saat melakukan evaluasi lanjut karena status ibu tersebut dapat memburuk dengan cepat.
- d. Jika terjadi syok, segera mulai penanganan syok. Oksigenasi dan pemberian cairan cepat, Pemeriksaan golongan darah dan *crossmatch* perlu dilakukan untuk persiapan transfusi darah.
- e. Pastikan bahwa kontraksi uterus baik.
- f. Lakukan pijatan uterus untuk mengeluarkan bekuan darah. Bekuan darah yang terperangkap di uterus akan menghalangi kontraksi uterus yang efektif, berikan 10 unit oksitosin IM.
- g. Lakukan kateterisasi, dan pantau cairan keluar masuk.
- h. Periksa kelengkapan plasenta. Periksa kemungkinan robekan serviks, vagina, dan perineum.
- i. Jika perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah.

- j. Setelah perdarahan teratasi (24 jam setelah perdarahan berhenti), periksa kadar Hemoglobin:
- k. Jika Hb kurang dari 7 g/dl atau hematokrit kurang dari 20% ( anemia berat): berilah sulfas ferrosus 600 mg atau ferrous fumarat 120 mg ditambah asam folat 400 mcg per oral sekali sehari selama 6 bulan;
- 1) Jika Hb 7 hingga 11 g/dl: beri sulfas ferrosus 600 mg atau ferrous fumarat 60 mg ditambah asam folat 400 mcg per oral sekali sehari selama 6 bulan;
- 2) Penanganan Khusus Atonia Uteri
- Massase fundus uteri segera setelah plasenta lahir (maksimal 15 detik).
  - Bersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks.
  - Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.
  - Segera lakukan kompresi bimanual internal.

Caranya :

- Pakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril, dengan lembut masukan tangan secara obstetrik (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus ke dalam vagina ibu.
- Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada fornix anterior, tekan dinding anterior uterus ke arah tangan

luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus ke arah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan dan belakang.

- (3) Tekan kuat uterus diantara kedua tangan. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (pada implantasi plasenta) didinding uterus dan juga merangsang myometrium untuk berkontraksi.

- (4) Evaluasi keberhasilan

- (a) Jika Uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang terus lakukan KBI selama 2 menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dan pantau ibu secara melekat pada kala IV.

- (b) Jika uterus berkontraksi dan perdarahan masih berlangsung periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah terjadi laserasi.

- (c) Jika uterus tidak berkontraksi dalam 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna kemudian lakukan langkah-langkah penanganan atonia uteri selanjutnya dan minta keluarga untuk mempersiapkan rujukan.

e) Kompresi Bimanual Eksterna

Caranya :

(1) Letakan satu tangan pada dinding abdomen dan dinding depan korpus uteri dan diatas simpisis pubis.

(2) Letakan tangan lain pada dinding abdomen dan dinding belakang corpus uteri sejajar dengan dinding depan corpus uteri. Usahakan untuk mencakup atau memegang bagian belakang uterus seluas mungkin.

(3) Lakukan kompresi uterus dengan cara saling mendekatkan tangan depan dan belakang agar pembuluh darah di dalam anyaman myometrium dapat dijepit secara manual. Cara ini dapat menjepit pembuluh darah uterus dan membantu uterus untuk berkontraksif.

Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600 hingga 1.000 mcg per rektal. Jika ibu menderita hipertensi jangan diberikan ergometrin karena dapat menaikkan tekanan darah ibu.

f) Pasang infus (gunakan jarum berdiameter besar ukuran 16 atau 18), berikan larutan RL 500 cc yang mengandung 20 unit oksitoksin.

g) Pakai sarung tangan steril atau desinfeksi tingkat tinggi dan ulangi KBI). Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit segera rujuk ibu.

h) Sambil membawa ibu ke tempat rujukan terus lakukan tindakan KBI atau pasang tampon kondom kateter. Cara pemasangan kondom kateter:

(1) Siapkan alat (kondom, benang, kateter DC no 24, jegul, klem ovarium, speculum sim 2 bh, sarung tangan, set infus, cairan, bengkok).

(2) Posisikan ibu dengan posisi litotomi.

(3) Masukkan kateter ke dalam kondom dan ikat dengan benang dengan ikatan yang kuat.

(4) Dengan bantuan speculum sim dan klem ovarium, masukan kondom kateter ke dalam cavum uteri.

(5) Bagian luar kateter disambungkan dengan ujung tali infus dan difiksasi dengan benang. Alirkan cairan (normal saline) grojok melalui kateter ke dalam kondom di cavum uteri sampai seluruh cavitas penuh yang ditandai dengan terhentinya aliran. Jika telah penuh masukan jegul ke dalam vagina untuk menfiksasi.

Observasi perdarahan dan kontraksi uterus selama pemasangan kondom kateter 24 hingga 48 jam sambil diberikan drip oksitosin untuk mempertahankan kontraksi uterus (minimal 6 jam pasca tindakan dan dilindungi triple regimen antibiotic selama 7 hari sebagai berikut (Amoxilin 500 mg setiap 6 jam, metronidazole

500 mg setiap 6 jam dan gentamicin 80 mg tiap 8 jam).

Jika terjadi perbaikan cairan normal saline dikurangi secara bertahap 20 ml setiap 10-15 menit.

i) Tetap berikan infus cairan sampai ibu tiba di tempat rujukan

(1) Infus 500 ml pertama dengan oksitosin 20 unit dihabiskan dalam waktu 10 menit.

(2) Berikan tambahan 500 ml per jam hingga tiba di tempat rujukan atau hingga jumlah cairan yang diinfuskan mencapai 1,5 liter dan kemudian lanjutkan dalam jumlah 125 cc per jam.

(3) Jika cairan infus tidak cukup infuskan 500 ml (botol kedua) cairan infus dengan tetesan sedang dan ditambah dengan pemberian cairan secara oral untuk rehidrasi.

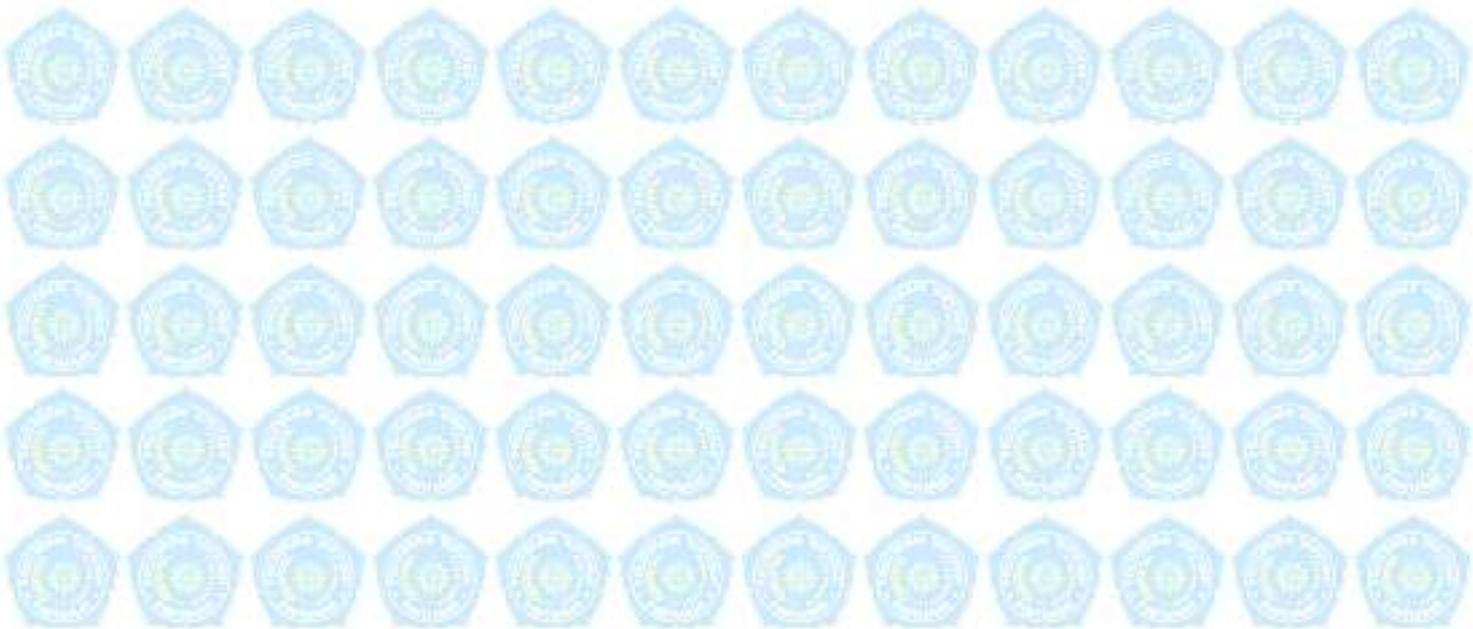
j) Jika perdarahan terus berlangsung setelah dilakukan tindakan kompresi, lakukan ligase arteria uterine dan ovarikum. Jika tindakan tersebut diatas tetap tidak berhasil dan perdarahan mengancam nyawa lakukan tindakan histerektomi (Prawirohardjo, 2012) Pada kasus ibu bersalin patologi dengan atonia uteri terdapat kesenjangan antara kasus dan teori.

- Pada kala III tidak dilakukannya IMD karena bayi mengalami asfiksia berat dan tujuannya dilakukan IMD tersebut juga dapat memancing kontraksi uterus untuk berkontraksi dengan baik

- Pada kala IV

Dimasukkannya tampon ke dalam vagina untuk mengurangi perdarahan sebaiknya dianjurkan untuk melakukan pemasangan kondom kateter.

PERPUSTAKAAN



POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

Berdasarkan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dari pembahasan asuhan kebidanan patologi pada Ny. N dengan menggunakan 7 langkah varney mulai dari pengumpulan data sampai dengan evaluasi, maka penulis mengambil keputusan:

1. Asuhan kebidanan patologi pada Ny. N telah dilakukan sesuai dengan 7 langkah varney dan dituangkan ke dalam bentuk SOAP.
2. Pengkajian pengumpulan data subjektif dan objektif telah dilaksanakan dengan pengumpulan semua data menurut lembar format yang tersedia melalui teknik wawancara dan observasi sistematis pada asuhan kebidanan ibu bersalin.
3. Analisis ditegakkan berdasarkan data dasar yang didapat pada langkah pertama asuhan kebidanan ibu bersalin patologi dengan Atonia uteri.
4. Pelaksanaan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. N terdapat masalah yaitu atonia uteri.
5. Perbedaan konsep dasar teori dengan kasus asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. N dengan atonia uteri terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang ada.

## B. Saran

### 1. Bagi Institusi

Dapat meningkatkan mutu terhadap pelayanan kebidanan mengenai kasus kasus obstetri atau patologi sehingga kasus tersebut dapat ditangani dengan baik.

### 2. Bagi Mahasiswa

Dapat melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan teori dan prosedur karena teori dan prosedur yang mendasari setiap praktik sehingga menghindari kesalahan.

### 3. Bagi Klien

Kepada klien untuk memeriksa kehamilan secara teratur agar dapat segera mendeteksi komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi.

### 4. Bagi Tempat Kesehatan

Dalam setiap menangani klien hendaknya selalu menerapkan konsep asuhan kebidanan sehingga tenaga kesehatan atau bidan mampu memberikan penanganan dengan kasus atau kondisi pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, E. P. (2019). *Asuhan Kebidan Komprehensif Pada Ny. I G2P1A0 Dengan Atonia Uteri Di Bidan Praktik Mandiri S. H. Jakarta Selatan Periode 11 September 2018 s/d 4 Maret 2019*. Universitas Binawan Jakarta.
- Baktiyani, S. C. W., Meirani, R., & Khasanah, U. (2016). Hubungan Antara Partus Lama Dengan Kejadian Perdarahan Postpartum Dini Di Kamar Bersalin Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang. *Majalah Kesehatan FKUB*, 3(4).
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat. (2019). *Provinsi Kesehatan Kalimantan Barat Tahun 2018*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sambas (2020). *Profil Kesehatan Kabupaten Sambas Tahun 2019*. Dinas Kesehatan Kabupaten Sambas.
- Hidayat, A. A. (2011). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Salemba Medika.
- Jayanti, K. S. (2019). Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin dengan Atonia Uteri di BPM Desih Sutiarsih. *Kebidanan*.
- Julianti, N. K. (2017). *Identifikasi Faktor Penyebab Atonia Uteri Pada Ibu Bersalin Di Rsu Dewi Sartika Kota Kendari*. Politkenik Kesehatan Kendari.
- Julizar, M., Effendi, J. S., & Sukandar, H. (2019). Analisis Faktor Risiko Atonia Uteri. In *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan* (Vol. 7).
- Kristianingsih, A., Mukhlis, H., & Ermawati, E. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Perdarahan Post Partum di RSUD Pringsewu. *Wellness And Healthy Magazine*, 1(2).
- Kurniarum, A. (2018). Praktikum Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. In *Journal of Materials Processing Technology*.
- Lestari, G. I. (2014). Analisis Hubungan Anemia Dengan Perdarahan Postpartum Di RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, 7(2).
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.

- Nugroho, T. (2011). *Buku Ajar Obstetric Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Nuha Medika.
- Nur, A. F., Rahman, A., & Kurniawan, H. (2019). Faktor Risiko Kejadian Perdarahan Postpartum Di Rumah Sakit Umum (RSU) Anutapura Palu. *Jurnal Kesehatan Tadulako*, 5(1).
- Nurekawati. (2015). *Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ny " R " Kehamilan 26-28 Minggu Dengan Plasenta Previa Totalis Di Rsia Siti Fatimah Makassar*.
- Oliver, J. (2019). Proses dan Dokumentasi keperawatan. In *Hilos Tensados* (Vol. 1, Issue).
- Padila. (2014). *Keperawatan Maternitas*. Nuha Medika.
- Pakolo, I. K. (2019). *Hubungan Kunjungan Antenatal Care dengan Kejadian perdarahan Postpartum pada Ibu Pasca Bersalin*.
- Prasida, Y. (2017). *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Perdarahan Post Partum Pada Ibu Bersalin* (Vol. 3, Issue 3).
- Prawirohardjo. (2012). Post partum. *Departemen Kesehatan RI, 2013*.
- Purwanti, S., & Trisnawati, Y. (2015). Determinan Faktor Penyebab Kejadian Perdarahan Post Partum Karena Atonia Uteri. In *Bidan Prada*.
- Purwarini, J., Rustina, Y., & Nasution, Y. (2012). Lama Persalinan Kala Iii Dan Proses Involusi Uteri. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15(2).
- Rizkia, A. (2018). Asuhan Kebidanan Ibu Nifas patologi pada Ny.M P1A0 Umur 28 tahun Dengan Perdarahan Postpartum Primer Pasca Atonia Uteri di RSI Nahdlatul Ulama Demak. In *Karya tulis ilmiah PPP*. Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Rukiyah, A., & Yulianti, L. (2014). *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Trans Info Media.
- Samsul, R. A. (2019). *Asuhan Kehamilan Manajemen Kebidanan Countinuity of Care*. Universitas Muhammadiyah Porogo.
- Sari, S. Y. S. (2010). *Manajemen Asuhan Kebidanan Dengan Partus Lama Di RSIA Sitti Fatimah Makassar*. UIN Alauddin Makassar.
- Setiyawan. (2013). Perbedaan Pengaruh Pemberian Terapi Musik Mozart dan Murottal Al-Quran Terhadap Intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9).

Simanjuntak, L. (2020). Perdarahan Postpartum (Perdarahan Paskasalin). *Jurnal Visi Eksakta (JVIEKS)*, 1(1).

Sophia, A. (2017). *Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. H Di Bidan Praktik Mandiri Bidan Anis Jakarta Timur Tahun 2017*. Politeknik Kesehatan Jakarta III.

Sugawara, E., & Nikaido, H. (2014). Asuhan Kebidanan Persalinan. In *Antimicrobial agents and chemotherapy* (Vol. 58, Issue 12).

Sulistyawati, A., & Nugraheny, E. (2013). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Salemba Medika.

Sumbawa, R. (2020). *Jurnal Akademika Husada | Volume II Nomor 2 : September 2020. II*(September).

Susiana, S. (2019). Angka Kematian Ibu: Faktor Penyebab Dan Upaya Penanganannya. *Bidang Kesejahteraan Sosial*, 11(24).

Syukur, N. A., Hariyani, F., Hendriani, D., & Natalina, R. (2017). Hubungan Kadar Hemoglobin Dengan Perdarahan Post Partum Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Mahakan Midwifery Journal*, 2(2).

Ummah, N., Ngadiyono, & Ulfiana, E. (2018). Faktor Resiko Penyebab Perdarahan Postpartum Di Puskesmas Pamotan Kabupaten Rembang. *Jurnal Kebidanan*, 7(15).

Widiastutik, S. (2020). Hubungan Manajemen Aktif Kala III Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum Primer Di PBM Umi Surabaya. *Jurnal Ilmiah: J-HESTECH*, 3(1).

Yanti, N. K. W., Kusharisupeni, & Sabri, L. (2017). *Analisis Faktor Determinan Berhubungan Dengan Risiko Perdarahan Post Partum Di RSUD Provinsi NTB Januari 2014 - Juni 2016 (Analisis Data Sekunder)*. 3(2).

## Lampiran 1

### *Time Schedule Penelitian*

No	KEGIATAN	WAKTU	KETERANGAN
1	Penyusunan proposal LTA dan Studi penyuluhan	5 November-5 Desember 2020	Pembimbing LTA Mahasiswa
2	Pengambilan data dan pemberi asuhan kebidanan	7-24 Desember 2020	Pembimbing LTA Mahasiswa
3	Penyusunan Laporan tugas akhir	4 Januari-5 Maret 2021	Pembimbing LTA Mahasiswa
4	Sidang hasil LTA	8-26 Maret 2021	Penguji Mahasiswa
5	Revisi LTA dan Pembuatan naskah Publikasi	29 Maret-16 April 2021	Pembimbing LTA Mahasiswa
6	Skrining LTA dan Naskah Publikasi ke Koord.LTA	19 April-14 Mei 2021	Mahasiswa Koord.LTA
7	Pengumuman LTA dan Naskah publikasi yang telah disahkan dewan penguji dalam bentuk CD dan Hard cover	17-28 Mei 2021	Mahasiswa Perpustakaan



POLI

ANAK