

Laporan Kasus: Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny.O dengan Atonia Uteri di Puskesmas Gang Sehat Kota Pontianak

Ambar Mulyaningsih¹, Ismaulidia Nurvembrianti², Tria Susanti³, Eliyana Lulianthy⁴

¹²³⁴Program Studi DIII Kebidanan, Politeknik 'Aisyiyah Pontianak

Jl. Ampera No.9, Pontianak, Kalimantan Barat

[*ambarmlyningsih@gmail.com](mailto:ambarmlyningsih@gmail.com)

INTISARI

Latar Belakang: Salah satu pemicu utama kematian ibu di seluruh dunia yaitu perdarahan postpartum, terhitung 5% sampai 10% dari semua kelahiran. Penyebab perdarahan postpartum salah satunya adalah atonia uteri, yaitu suatu keadaan dimana uterus mengalami kegagalan untuk berkontraksi segera setelah bayi lahir. Kasus kematian maternal pada tahun 2019 di Provinsi Kalimantan Barat yang disebabkan karena kasus perdarahan adalah sebanyak 35 kasus (29.91%) di pelayanan kesehatan baik di Rumah Sakit, Puskesmas, dan Praktek Mandiri Bidan. Peran bidan dalam kasus perdarahan yaitu melakukan deteksi melalui pemantauan ibu terhadap terjadinya komplikasi khususnya atonia uteri.

Laporan Kasus: Asuhan kebidanan persalinan dengan atonia uteri menggunakan data primer dan sekunder pada pemeriksaan secara langsung di Puskesmas Gang Sehat Kota Pontianak. Asuhan yang diberikan pada Ny. O dan By. Ny. O dari tanggal 14 Desember 2021 hingga 15 Maret 2022.

Diskusi: Laporan kasus ini merupakan asuhan kebidanan pada Ny. O dan By. Ny. O dengan menggunakan metode SOAP yang akan digunakan untuk mencari kesenjangan antara teori dan praktik.

Simpulan: Asuhan kebidanan persalinan pada Ny.O dengan atonia uteri menggunakan 7 langkah varney dan SOAP. Asuhan kebidanan persalinan pada Ny. O ada kesenjangan antara kasus dan teori.

Kata Kunci: Asuhan Kebidanan Persalinan, Atonia Uteri, Perdarahan Postpartum

A Case Report: Comprehensive Midwifery Care (Uterine Atony) on Mrs O at Gang Sehat Health Center Pontianak City

ABSTRACT

Background: Postpartum hemorrhage is the leading cause of maternal death worldwide. It occurs in approximately 5% to 10% of all deliveries. One of the causes of postpartum hemorrhage is uterine atony. Uterine atony is a serious condition that can happen after childbirth. It occurs when the uterus fails to contract after the delivery of the baby. In West Kalimantan Province, the maternal deaths caused by bleeding in 2019 were 35 cases or 29.91%. For this reason, the role of a midwife in handling bleeding cases is significant, particularly to anticipate the complications of uterine atony.

Case report: A Continuity of Care (CoC) was performed on Mrs O and her baby at Gang Sehat health center Pontianak City from December 14, 2021, to March 15, 2022. The types of data were primary and secondary data.

Discussion: This case report describes complete midwifery care (CoC) performed on Mrs O and her baby using SOAP documentation.

Conclusion: The complete continuity of care has been procedurally and completely conducted based on the needs of Mrs O and her baby by using Varney's 7-step of midwifery care management and SOAP documentation. A gap was found between the case and the theory.

Key words: Midwifery care / CoC during birth, uterine atony, postpartum hemorrhage

PENDAHULUAN

Salah satu pemicu utama kematian ibu di seluruh dunia yaitu perdarahan postpartum, terhitung 5% sampai 10% dari semua kelahiran. Atonia uteri, retensio plasenta, trauma jalan lahir, sisa plasenta, serta gangguan pembekuan darah merupakan pemicu terjadinya perdarahan setelah melahirkan. Perkiraan kematian untuk perdarahan postpartum berdurasi 2 jam, sedangkan perdarahan prenatal membutuhkan waktu sekitar 12 jam, sehingga deteksi dini dan pengobatan yang cepat sangat penting (Simanjuntak, 2020)

Menurut Varney (2008) sebab predisposisi perdarahan postpartum adalah paritas, usia kehamilan, jarak antara kelahiran, hipertrofi uterus (makrosomia, gemeli, serta polihidramnion), kelahiran prematur, induksi oksitosin, riwayat SC dan perdarahan postpartum, serta kala I dan II memanjang. Sementara itu Winkjosastro (2007) menjabarkan bahwa riwayat perdarahan postpartum, partus lama, anemia serta manajemen kala III yang tidak sesuai merupakan sebab *obstetric* kejadian perdarahan postpartum. Sebagian pemicu utama kematian ibu adalah 28% (perdarahan), 24% (eklamsia) dan 11% (infeksi). Kematian ibu pasca salin ditaksir mencapai 60% sedangkan kematian ibu yang terjadi dalam 24 jam pertama masa nifas sebanyak 50% (Wardani, 2017 dan Noftalina, 2021)

Penyebab kematian ibu melahirkan di Kal-Bar pada tahun 2019 dengan perdarahan cukup tinggi, yaitu mencapai 35 kasus (29,91%), 25 kasus (21,37%) hipertensi dalam kehamilan, 6 kasus (5,13%) gangguan peredaran darah, 6 kasus (5,13%) infeksi, 1 kasus (0,85%) partus lama. Dan penyebab lain sebanyak 44 kasus (37,61%) (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, 2019)

Melakukan observasi terhadap ibu dan bayi agar tidak terjadi komplikasi yang terjadi dalam waktu 2 jam setelah lahir merupakan salah satu peran bidan. Seorang bidan mampu mengidentifikasi perdarahan yang berlebihan baik itu perdarahan postpartum primer maupun sekunder dan memberikan pertolongan pertama segera untuk mengontrol perdarahan. Bidan juga melakukan kunjungan rumah setelah melahirkan untuk membantu

ibu dan bayi dengan melakukan perawatan tali pusar yang tepat, diagnosis dini atau rujukan untuk permasalahan yang bisa jadi timbul pada masa nifas (Hubaedah and Inayanti, 2019)

LAPORAN KASUS

Studi kasus ini memakai metode deskriptif dengan pendekatan *continuity of care* yang berikan kepada Ny. O di Puskesmas Gang Sehat Kota Pontianak, dimulai pada 14 Desember 2021 sampai 15 Maret 2022. Subjeknya yaitu Ny. O Usia 23 tahun G2P1A0. Metode pengumpulan data atau informasi di dapat melalui data primer (anamnesa, observasi, pemeriksaan) dan data sekunder (rekam medik, buku KIA, serta dokumentasi). Analisa data dengan membandingkan antara data yang didapat dengan teori yang ada.

Tabel 1. Laporan Kasus

Tanggal	Data Subjektif	Data Objektif	Assasement	Penatalaksanaan
14 Desember 2022				
Kala I	Ibu mengatakan mulas-mulas seperti ingin melahirkan dan ada pengeluaran <i>blood slym</i>	1. K/U : Baik 2. Kes : Cm 3. Td:128/88 mmHg 4. N:78 x/menit 5. S: 37,4°C 6. RR: 22 x/menit 7. His: 2x10 menit dalam 20 detik 8. DJJ:140 x/menit, teratur 9. VT: Portio lunak, dilatasi serviks 30%, pembukaan 4 cm, Ket (+) menonjol, Kep HI 10. Kala I selama 8 jam dan melewati garis waspada	GII PI AO HI Hamil 39 Minggu Inpartu Kala I Fase Aktif, Janin Tunggal Hidup Presentasi Kepala	1. Menjelaskan hasil pemeriksaan. Ibu menanggapi hasil pemeriksaan yang diberikan 2. Menghadiri keluarga pada saat proses persalinan untuk menemani 3. Memberikan dukungan spiritual (anjurkan ibu untuk berdoa dan istighfar jika muncul rasa sakit (kontraksi). Kecemasan ibu berkurang 4. Memfasilitasi posisi mobilisasi, ibu bisa berjalan-jalan disekitar ruang persalinan. 5. Mengajarkan ibu teknik relaksasi, ibu bisa melakukannya 6. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum seperti biasa. Ibu tidak mau makan, ibu mau minum 1 gelas air putih 7. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan buang air kecil, dan jelaskan tujuannya. Ibu melaksanakan anjuran yang diberikan 8. Bidan melakukan pemasangan infus RL

				9. Mengobservasi ttv his, djj dan kemajuan persalinaan, hasil terlampir di partograf.
Kala II	Ibu mengatakan perutnya terasa mules semakin sering, dan ada rasa dorongan ingin menera(doran), tekanan pada anus (teknus), perineum menonjol (perjol) dan vulva membuka (vulka)	1. K/U : Baik 2. Kes : Cm 3. His : 4x45 detik dalam 10 menit 4. DJJ : 145 x/menit, teratur 5. Tekanan anus, perineum menonjol dan vulva membuka 6. VT pembukaan lengkap, ketuban (+), kepala H III-IV, molase (-), UUK depan.	GII PI A0 Hamil 39 Minggu Inpartu Kala II, Janin Tunggal Hidup Presentasi Belakang Kepala	1. Bidan melakukan amniotomi, ketuban jernih ± 200 cc 2. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan ibu sudah boleh meneran ketika ada kontraksi, keadaan janin baik 3. Memberikan dukungan kepada ibu agar ibu bersemangat untuk meneran 4. Membimbing dan memimpin ibu meneran ibu dapat melakukannya dengan baik 5. Bidan memberikan drip oks 5 IU 20 tpm di infus RL 6. Menolong persalinan sesuai langkah APN, dilakukan episiotomi, bayi lahir spontan langsung menangis, tonus otot baik, pukul 13.49 wib anak perempuan hidup.
Kala III	Ibu mengatakan perutnya terasa mules	Kontraksi uterus keras, perdarahan aktif ± 450 cc	PII AO Partus kala III	1. Memberikan injeksi oksitosin 5 IU via IM pada 1/3 paha atas bagian depan. Tidak ada reaksi alergi 2. Memotong tali pusat, tali pusat di klem menggunakan umbilical cord clamp 3. Meringankan bayi dan melakukan IMD 4. Melahirkan plasenta dengan melakukan PTT (Peregangan Tali Pusat), Plasenta lahir spontan pukul 13.51 wib 5. Melakukan masase uterus, uterus teraba keras, perdarahan ± 450 cc 6. Pemeriksaan plasenta, plasenta lengkap. 7. Memeriksa laserasi perineum. Ruptur derajat 2 (mukosa vagina, otot vagina, dan otot perineum)
Kala IV	Ibu mengatakan pada nyeri jalan lahir	Tinggi fundus 1 jari ↓ pusat, kontraksi uterus lembek, ruptur derajat II, perdarahan ± 500 cc	PII A0 Inpartu Kala IV dengan Atonia Uteri dan Laserasi Perineum Derajat II	1. Bidan melakukan heating jelujur pada ruptur dengan anastesi 2. Bidan mengganti infus dengan infus RL drip oks 20 tpm 3. Mengajarkan cara masase fundus uteri serta menjelaskan tujuannya, ibu dapat melakukannya dengan baik 4. Memberikan KIE dan memfasilitasi mobilisasi bertahap, dan cara menyusui yang benar 5. Memfasilitasi rooming in ibu dan

				bayi 6. Memberikan terapi amox (3x1), As. Mefenamat (3x1), Sari ASI (3x1), Vit A (1x1), Fe (2x1). Mejelaskan cara mengkonsumsinya. Ibu dapat mengulangi penjelasan yang diberikan. 7. Melakukan pemeriksaan fisik bayi, BB 3200 gr, PB 50 cm, LK/LD 32/31 cm, hasil pemeriksaan fisik tidak ada kelainan 8. Melakukan obesrvasi kala IV hasil sudah di dokumentasikan di partograf. 9. Memfasilitasi personal hygiene, ibu sudah bersih dan merasa nyaman
--	--	--	--	---

NPP. 6171052A2000001

DISKUSI

1. Data Subjektif

a. Kala I

Ibu mengatakan perutnya mulas seperti ingin melahirkan dan ada pengeluaran *blood slym*. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Mochtar, 2012 dalam Ummah *et al.*, 2018) bahwa ibu hamil akan mengalami nyeri pada perut dan panggul saat melahirkan, ini disebabkan oleh semakin sering, kuat serta teratur kontraksi yang datang. Keluarnya *blood slym* serta air ketuban merupakan tanda persalinan yang hendak dirasakan oleh ibu menjelang persalinan. Kontraksi merupakan proses untuk membuka jalan lahir dan mengeluarkan janin. Rasa sakit umumnya berlangsung di perut, punggung, ataupun di dekat paha serta panggul.

b. Kala II

Ibu mengatakan sering merasakan sakit diperut, merasakan dorongan mau meneran, tekanan di anus, perineum menonjol dan vulva membuka. Biasanya, indikasi wanita hamil siap melahirkan adalah adanya kontraksi rahim. Hal tersebut sejalan dengan teori menurut (Aprilia, 2012 dalam Syukur *et al.*, 2017), yaitu tanda dan gejala pada kala II diantaranya dorongan meneran (doran), tekanan pada anus (teknus), perineum menonjol (perjol), vulva dan sfingter ani terbuka (vulka), dan peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

c. Kala III

Ibu mengatakan merasa mules diperutnya. Hal tersebut sejalan dengan teori menurut Kurniarum (2016) dan Pamuji *et al.*, (2015) bahwa setelah bayi dan cairan ketuban keluar dari rahim, kontraksi akan tetap aktif dan ukuran rongga rahim mengecil. Pengurangan ukuran rahim ini menghasilkan pengurangan bentuk daerah menempelnya plasenta. Kontraksi uterus sangat penting dalam proses involusi yang dimulai setelah plasenta lahir karena kontraksi otot polos rahim.

d. Kala IV

Ibu mengatakan nyeri di jalan lahir. Dikarenakan perineum ibu tampak tegang, bidan melakukan *episiotomy*. Hal tersebut sejalan dengan teori menurut Sigalingging & Sikumbang (2018) bahwa *episiotomy* perineum dilakukan dengan syarat seperti makrosomia, perineum tegang, persalinan kelainan letak, serta persalinan yang memakai *forcep*. Jika *episiotomy* tidak dilakukan untuk indikasi pada kasus yang tidak diperlukan seperti indikasi diatas, maka akan meningkatkan efek dan intensitas cedera pada daerah perineum yang lebih penting.

2. Data Objektif

a. Kala I

K/U baik, kesadaran composmentis, TTV serta pemeriksaan normal, tetapi pada kasus diatas kala I selama $\pm$ 8 jam, pada patograf sudah melewati garis waspada. Hal tersebut tidak sejalan pada teori yang ada, menurut Kartini (2013) bidan memiliki kewenangan untuk membantu persalinan pada saat pembukaan serviks berada pada garis waspada atau sebelah kiri garis waspada, apabila pada garis waspada pembukaan serviks disebelah kanan, ibu perlu dirujuk.

b. Kala II

K/U baik, kesadaran komposmentis, TTV normal, sudah ada tanda pasti persalinan kala II (pemeriksaan VT pembukaan 10 cm), bidang H III-IV. Hal tersebut sejalan dengan teori menurut Kurniarum (2016) bidang hodge adalah bidang khayal untuk menentukan letak kepala janin saat turun dirongga panggul, untuk mengetahui seberapa jauh penurunan kepala dilakukan pemeriksaan dalam atau vagina toucher (VT) :

1. Bidang hodge I (H I), dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium.
2. Bidang hodge II (H II), sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah simfisis
3. Bidang hodge III (H III), sejajar dengan hodge II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
4. Bidang hodge IV (H IV), sejajar dengan dengan hodge I, II, III setinggi ujung coccygeus.

c. Kala III

Data objektif yang ditemukan pada kala III yaitu kontraksi uterus keras, perdarahan aktif ± 450 cc. Hal tersebut sejalan dengan teori menurut Rosyati (2017) bahwa pada kala III rahim berkontraksi, mengeras dan TFU setinggi pusat, kala III berlangsung dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta dari dinding rahim dengan komplet. Plasenta biasanya terlepas 6 - 15 menit setelah bayi lahir secara spontan melalui tekanan di fundus. Pengeluaran plasenta disertai dengan perdarahan. Plasenta lahir disertai dengan kehilangan darah berkisar antara 100 sampai 200 cc, perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan adalah perdarahan postpartum primer. Pada perdarahan kala III kehilangan darah ± 450 cc (pervaginam)

d. Kala IV

K/U baik, kesadaran komposmentis dan TTV normal, pemeriksaan fisik ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Hasil pemeriksaan kontraksi uterus lembek dan perdarahan ± 500 cc. Hal tersebut tidak sejalan pada teori yang ada, menurut Elisa et al., (2018) yang menyampaikan bahwa kala IV dimulai dengan lahirnya plasenta hingga 2 jam pertama setelah persalinan. Perdarahan normal rata-rata sebanyak 250 cc, perdarahan persalinan ≥ 500 cc adalah perdarahan abnormal. Apabila kontraksi uterus lembek dapat mengakibatkan perdarahan dan TFU mengalami penurunan yang lambat.

3. Asasement

a. Kala I

Berdasarkan data yang diperoleh, ditegakkan diagnosis yang bersumber dari dokumentasi asuhan kebidanan yaitu GII PI AO HI Hamil 39 Minggu Inpartu Kala I Fase Aktif, Janin Tunggal Hidup Presentasi Kepala

b. Kala II

Berdasarkan data yang diperoleh, ditegakkan diagnosis yang bersumber dari dokumentasi asuhan kebidanan yaitu GII PI A0 Hamil 39 Minggu Inpartu Kala II, Janin Tunggal Hidup Presentasi Belakang Kepala

c. Kala III

Berdasarkan data yang diperoleh, ditegakkan diagnosis yang bersumber dari dokumentasi asuhan kebidanan yaitu PII A0 Partus Kala III

d. Kala IV

Berdasarkan data yang diperoleh, ditegakkan diagnosis yang bersumber dari dokumentasi asuhan kebidanan yaitu PII AO Partus Kala IV dengan Atonia Uteri dan Lacerasi Perineum Derajat II

NPP. 6171052A2000001

4. Penatalaksanaan

a. Kala I

Penatalaksanaan yang diberikan tidak sejalan pada teori yang ada. Bidan melakukan pemasangan infus RL karena ibu terlihat lemah, dan menyarankan untuk makan serta minum dengan cukup. Hal tersebut tidak sejalan dengan teori menurut Kartini (2013) dan Yenie (2012) bahwa jika dalam pemantauan persalinan kala I melewati garis waspada, bidan harus hati-hati. Karena ini adalah tanda jika persalinan memerlukan penanganan lebih lanjut. Pada titik ini, bidan harus membuat keputusan klinik mengenai langkah selanjutnya untuk menyelesaikan persalinan. Bila dibiarkan akan berakibat terjadinya partus lama. Jika pembukaan serviks disebelah kanan garis waspada, ibu harus dirujuk..

b. Kala II

Penatalaksanaan yang diberikan sejalan dengan teori yang ada. Pada kala II ini, bidan memberikan drip oksi 5 I/U karena kontraksi pasien yang kurang adekuat. Hal ini sesuai dengan teori menurut Rhomadona & Widyawati (2019) yaitu untuk mempertahankan lamanya kontraksi agar mekanisme proses persalinan dalam pembukaan serviks bisa adekuat diberikan oksitosin, yang memiliki tujuan mengoptimalkan kerja sel otot polos serta menunda konduksi aktivitas listrik untuk merangsang serat otot lebih sering dan berkontraksi lebih kuat, dorongan tersebut diteruskan ke serviks sehingga serviks meregang.

c. Kala III

Penatalaksanaan yang diberikan pada kala III sejalan dengan teori yang ada. Bidan melakukan manajemen aktif kala III. Hal ini sesuai dengan Nora (2012) bahwa dari beberapa negara yang telah melakukan penelitian menunjukkan manajemen aktif kala III bisa menurunkan risiko perdarahan pasca persalinan (PPP). Manajemen aktif persalinan kala III antara lain obat uterotonika (untuk kontraksi uterus), penjepitan dan pemotongan tali pusat, serta melakukan peregangan tali pusat terkendali.

d. Kala IV

Asuhan yang diberikan pada kala IV ini tidak sejalan pada teori yang ada. Bidan melakukan masase fundus uterus, melakukan kateterisasi, dan memberikan drip oksitosin sebanyak 10 I/U di infus RL dengan 20 tpm.

Menurut Sayeba dkk. (2003) yang mengusulkan cara lain yaitu kondom yang dirakit dengan kateter mencapai tingkat keberhasilan 100% setelah dilakukan penelitian untuk PPP dengan penyebab atonia uteri. Metode ini lalu dikenal dengan metode Sayeba yang digunakan untuk mencegah PPP, terutama sembari mengamati K/U membaik atau melakukan rujukan (Hidayati et al., 2018). Cara pemasangan kondom kateter, yaitu:

a) Kateter dimasukkan ke dalam kondom dan diikat menggunakan benang steril. Set infus yang telah disambungkan ke cairan infus dihubungkan ke pangkal kateter.

b) Perineum, vulva, dan vagina didesinfeksi dengan larutan antiseptik. Spekulum dimasukkan ke dalam jalan lahir, *portio cervix* terlihat, bagian tersebut dapat digenggam dengan *ring tang* atau secara langsung tanpa digenggam.

c) Kondom yang diikat ke kateter dimasukkan ke dalam rongga rahim. Kondom di isi dengan 250-500 cc larutan garam fisiologis sesuai kebutuhan.

d) Kateter dipertahankan saat cairan intravena diberikan. Setelah kondom mengembang dan mengisi rongga rahim, cairan dihentikan.

e) Perdarahan diamati dan pengisian kondom dihentikan saat perdarahan berhenti.

- f) Agar kondom benar-benar berada didalam rongga rahim, tampon yang digulung dimasukkan ke dalam vagina. Jika perdarahan berlanjut, tampon akan basah dan darah akan keluar dari lubang vagina.
- g) Setelah 24 – 48 jam, kondom kateter dilepas. Untuk perdarahan yang hebat, kondom dapat dipasang lebih lama.

Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi semakin hari begitu cepat. karena adanya kebutuhan manusia yang meningkat. Zaman sekarang untuk mencari informasi, membaca berita, atau melakukan pembelajaran dapat dilakukan secara *online* atau dengan internet, sehingga alternatif pembelajaran tanpa buku terus dikembangkan. Keadaan tersebut sejalan dengan Sujatmiko et al., (2022) yang membuat media interaktif tutorial pengembangan animasi pembelajaran kondom kateter untuk mencegah perdarahan dalam meningkatkan keterampilan gawat darurat kebidanan, sehingga dengan menggunakan media audio visual tersebut dapat meningkatkan ketrampilan cara pemasangan kondom kateter.

KESIMPULAN

Setelah melakukan pengkajian untuk mengevaluasi kasus, terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

PERSETUJUAN PASIEN

Persetujuan pasien yang didapat tercantum di *informed consent*.

REFERENSI

- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat (2019). Profil Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2018. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2019*, 273.
- Elisa, E., Royani, L. D. and Adi, W. S. (2018). Pengaruh Masase Fundus Uteri Dengan Pendidikan Kesehatan (Video Masase Fundus Uteri) Terhadap Penurunan Tinggi Fundus Uteri Ibu Postpartum Di RSUD Pandan Arang Boyolali. *Jurnal Ilmu Keperawatan Maternitas*, 1(2).
- Hidayati, A. N., Alfian, M. I. A. A., & Rosyid, A. N. (2018). Gawat Darurat Medis Dan Bedah. In *Rumah Sakit Universitas Airlangga*. adm@aup.unair.ac.id
- Hubaedah, A. and Inayanti, E. (2019) *Mutu Pelayanan Kebidanan*. Surabaya : Guepedia

Kartini, F. (2013). Pengisian Partograf Di Bidan Praktik Swasta. *Media Ilmu Kesehatan*, 2(1), 10–15.

Kurniarum, A. (2016) *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta Selatan : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia

Noftalina, E. (2021). Upaya Peningkatan Pengetahuan Mengenali Tanda Bahaya Nifas Dan Bayi Baru Lahir, *Jurnal Inovasi & Terapan Pengabdian Masyarakat*, 1(1), 1–5.

Nora, H. (2012). Manajemen Aktif Persalinan Kala Tiga. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 12(3), 165–171.

Pamuji, B. *et al.* (2015). Hubungan Antara Usia Ibu Dengan Involusi Uteri Pada Ibu Postpartum. *Bhamada: Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan (E-Journal)*, 6(2), 7.

Rhomadona, S. W. and Widyawati, M. N. (2019). Cara Menghitung Tetesan Infus untuk Pasien. *Jurnal Keperawatan Silampari*.

Rosyati, H. (2017). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta : Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah

Sigalingging, M. and Sikumbang, S. R. (2018). Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Rupture Perineum Pada Ibu Bersalin di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan. *Jurnal Bidan Komunitas*, 1(3), 161. doi: 10.33085/jbk.v1i3.3984.

Simanjuntak, L. (2020). Perdarahan Postpartum (Perdarahan Paskasalin). *Jurnal Visi Eksakta*, 1(1), 1–10.

Syukur, N. A. *et al.* (2017) . Hubungan Kadar Hemoglobin Dengan Perdarahan Postpartum di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Mahakam Midwifery Journal*, 2(2), 122–133.

Ummah Nurul, Ngadiyono, U. E. (2018) . Faktor Resiko Penyebab Perdarahan Postpartum Di Puskesmas Pamotan Kabupaten Rembang, *Jurnal Kebidanan*, 7(15), 39–49.

Wardani, P. K. (2017) . Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Perdarahan Pasca Persalinan. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(1), 51–60.

Yenie, H. (2012). Hubungan Penggunaan Partograf Dengan Keputusan Klinik Pada Persalinan Kala I Di Rb / Bps Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara Tahun 2011. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, V(1).