

REST PLACENTA PADA IBU NIFAS P1A1 6 JAM POST PARTUM DI RUANG BERSALIN RSUD WANGAYA

Putu Mastiningsih
Program Studi DIII Kebidanan
STIKES Bina Usaha Bali
mastiningsihputu@yahoo.com

ABSTRACT

Rest placenta was to occur in the uteri cavum. In RSUD Wangaya, in 2012 it was noted that were 9 persons of rest placenta experience, 11 persons in 2013, 11 persons in 2014. The research was intended to be able applying a midwifery care comprehensively by SOAP method, thus it would decrease the rest placenta risk occurred.

Miss. "WS" was informant in this study, she was 36 years old that had a rest placenta. It was located in RSUD Wangaya, on January 27th 2015 – January 19 2015, the method of collecting data was to apply midwifery care format by SOAP method to the rest placenta. The interview was implemented as a technique of collecting data, documentation study, library research, and observation. The care was in hospital conducted for 3 days, 7 days of home visiting from January 30, 2015 – January 5th, 2015. Before and after the curettage care, the care was in the patient's house. The maternal condition gradually was better, and mother was able to do something as usual

Key words : Rest placenta

LATAR BELAKANG

Keluarga sehat dan sejahtera dengan kualitas hidup yang baik, diantaranya dari segi ibu dan anak, adalah merupakan pertimbangan yang penting. Telah hampir satu abad kita berupaya agar dapat menolong ibu melahirkan dengan baik dan mendapatkan anak yang sehat. Kita dituntut untuk mampu dan dapat memberikan kontribusi dalam bidang obstetri dan ginekologi, terutama untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, serta menurunkan angka kelahiran, kematian ibu dan kematian anak. Kesehatan wanita merupakan hal yang sangat penting bagi bangsa, kenyataan menunjukkan bahwa umur harapan hidup bangsa Indonesia semakin meningkat sejalan dengan peningkatannya kualitas kesehatan yang berarti termasuk pula wanita, khususnya untuk kesehatan reproduksi kesehatan wanita memegang peranan yang sangat penting dalam pembentukan generasi yang berkualitas dalam segi fisiknya, (Sari,2012).

Masa Nifas merupakan fase yang cukup penting dalam kehidupan manusia, beberapa wanita pasti mendambakan kehamilan dan kehadiran buah hati yang akan menciptakan keharmonisan keluarga. Tetapi dalam masa nifas juga merupakan tahap yang mencemaskan, karena mereka merasakan

khawatir jika terjadi gangguan pada masa nifas. Salah satu gangguan dalam masa nifas tersebut diantaranya adalah pendarahan post partum. (Yeti Anggraini, 2010). Perdarahan dalam kehamilan dan persalinan terdiri dari pendarahan ante, intra dan postpartum (pasca persalinan). Perdarahan pasca persalinan terjadi setelah bayi lahir dengan angka kejadian berkisar antara 5% - 15% dari laporan-laporan pada negara maju maupun negara berkembang, termasuk didalamnya adalah Perdarahan karena Rest Plasenta, insidens Perdarahan Pasca Persalinan akibat Rest Plasenta dilaporkan berkisar 23% - 24%. Penyebabnya antara lain umur ibu, jarak kelahiran, paritas dan anemia. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60 % kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50 % kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. (Sarwono, 2002).

Berdasarkan penelitian *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 di Indonesia angka kematian ibu adalah 359/100.000 kelahiran hidup. Ini menunjukkan bahwa kemampuan pelayanan obstetrik belum menyentuh masyarakat. Kematian ibu diperkirakan sekitar 16.500 – 17.500 per tahun (Manuaba, 2008) dan

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012, Indonesia yang masih merupakan negara berkembang dengan AKI pada tahun 2007 yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2009 kembali turun menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2012 mengalami peningkatan menunjukkan AKI 359 per 100.000 kelahiran hidup, hal ini menunjukkan Indonesia masih memiliki angka kematian tertinggi dikawasan negara – negara *Association South East Asian Nation* (ASEAN) padahal salah satu target Indonesia untuk AKI dalam *Mellenium Development* (MDG's) pada tahun 2015 berkisar 102 per 100.000 kelahiran hidup.

Menurut Sarwono (2008), penyebab kematian ibu adalah perdarahan obstetrik (24,8%), infeksi (14,9%), eklamsia (12,9%), partus tidak maju/distosia (6,9%), abortus yang tidak aman (12,9%), dan sebab-sebab langsung lainnya (7,9%). Perdarahan obstetrik yang sampai menyebabkan kematian ibu terdiri atas solusio plasenta (19%), koagulopati (14%), robekan jalan lahir termasuk ruptura uteri (16%), dan atonia uteri (15%).

Menurut Survey Kesehatan Rumah Tangga (2010), perdarahan menyebabkan 25% Kematian ibu di dunia dan paling banyak disebabkan oleh Perdarahan Pasca Persalinan (PPP). AKI di Bali pada tahun 2011 meningkat drastis. Tahun 2010, AKI di Bali sebesar 58,10 per 100.000 kelahiran hidup, jumlah itu meningkat drastis pada tahun 2011 menjadi 84, 24 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2011).

Pendarahan Pasca Persalinan (PPP) menurut Rukiyah (2010), adalah Atonia Uteri (50-60%), Retensio Plasenta (16-17%), Rest Plasenta (23-24%) dan Laserasi Jalan Lahir (4-5%). Perdarahan pasca persalinan / postpartum / *Hemoragi Postpartum* (HPP) merupakan semua perdarahan yang terjadi setelah kelahiran bayi, sebelum, selama dan sesudah keluarnya plasenta serta hilangnya darah lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama (Oxom dan Forte, 2010).

Faktor utama yang sangat berpengaruh terhadap kejadian rest plasenta antara lain adalah pengeluaran plasenta tidak hati – hati, manajemen aktif kala III yang salah. Selain

itu faktor umur, paritas, dan anemia juga memegang peranan yang besar dalam proses kehamilan dan persalinan seorang ibu yang member kontribusi terhadap terjadinya rest plasenta. Komplikasi dari rest plasenta adalah *syok haemorrhage* yang disebabkan karena adanya perdarahan pasca persalinan (Wiknjosastro, 2007).

Berdasarkan studi pendahuluan pada catatan rekam medik di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wangaya, didapat data bahwa pada tahun 2012 dari 793 ibu nifas yang mengalami kasus rest plasenta sebanyak 9 orang, pada tahun 2013 dari 937 ibu nifas yang mengalami kasus rest plasenta sebanyak 9 orang, sedangkan pada tahun 2014 terjadi peningkatan dari 61 ibu nifas yang mengalami kasus rest plasenta sebanyak 11 orang.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk mengambil kasus Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas P1A1 6 Jam Post Partum dengan Rest Plasenta di Ruang Bersalin RSUD Wangaya.

KAJIAN TEORITIS

A. Rest Plasenta

1. Pengertian

Plasenta yang masih tertinggal disebut *rest plasenta*. Gejala klinis *rest plasenta* adalah terdapat *subinvolusi uteri*, terjadi perdarahan sedikit yang berkepanjangan, dapat juga terjadi perdarahan banyak mendadak setelah berhenti beberapa waktu, perasaan tidak nyaman di perut bagian bawah (Manuaba, 2010)

Rest Plasenta adalah tertinggalnya sisa plasenta dan membrannya dalam *kavum uteri*, (Saifuddin, A.B, 2010). *Rest plasenta* merupakan tertinggalnya bagian plasenta dalam rongga rahim yang dapat menimbulkan perdarahan post partum dini atau perdarahan post partum lambat yang biasanya terjadi dalam 6 hari sampai 10 hari pasca persalinan, (Prawirohardjo, 2010).

Selaput yang mengandung pembuluh darah ada yang tertinggal, perdarahan segera. Gejala yang kadang – kadang timbul uterus berkontraksi baik tetapi tinggi *fundus* tidak berkurang. Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam

uterus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Bagian plasenta yang masih menempel pada dinding *uterus* mengakibatkan *uterus* tidak adekuat sehingga pembuluh darah yang terbuka pada dinding *uterus* tidak dapat berkontraksi/ terjepit dengan sempurna (Maritalia, 2012)

Rest Plasenta dalam nifas menyebabkan perdarahan dan infeksi. Perdarahan yang banyak dalam nifas hampir selalu disebabkan oleh sisa plasenta. Jika pada pemeriksaan plasenta ternyata jaringan plasenta tidak lengkap, maka harus dilakukan eksplorasi dari *cavum uteri*. Potongan – potongan plasenta yang ketinggalan tidak diketahui biasanya menimbulkan perdarahan post partum (Saleha, 2009).

2. Etiologi

Faktor penyebab utama perdarahan baik secara primer maupun sekunder adalah *grande multipara*, jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun, persalinan yang dilakukan tindakan, pertolongan kala *uri* sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, pengeluaran plasenta tidak hati-hati (Rukiyah dan Yulianti, 2010). Kelainan dari *uterus* sendiri, yaitu *anomaly* dari *uterus* atau *serviks* kelemahan dan tidak *efektifitas* kontraksi *uterus*, Kelainan dari plasenta, misalnya plasenta letak rendah atau plasenta *previa*, *implantasi* dari *cornu* dan adanya plasenta *akreta*. Kesalahan manajemen kala tiga persalinan, seperti *manipulasi* dari *uterus* yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak *ritmik*, pemberian *uterotonik* yang tidak tepat waktunya yang juga dapat menyebabkan *serviks* kontraksi dan menahan plasenta, serta pemberian *anastesi* terutama yang melemahkan kontraksi *uterus*, (Prawirohardjo, 2010).

3. Patofisiologi

Menurut, (Saifudin, A.B, 2010) setelah bayi dilahirkan, *uterus* secara spontan berkontraksi. Kontraksi dan *retraksi*

otot - otot *uterus* menyelesaikan proses ini pada akhir persalinan. Sesudah berkontraksi, sel *miometrium* tidak relaksasi, melainkan menjadi lebih pendek dan lebih tebal. Dengan kontraksi yang berlangsung *continue*, *miometrium* menebal secara *progresif*, dan *kavum uteri* mengecil sehingga ukuran juga mengecil. Pengecilan mendadak *uterus* ini disertai mengecilnya daerah tempat perlekatan plasenta. Ketika jaringan penyokong plasenta berkontraksi maka plasenta yang tidak dapat berkontraksi mulai terlepas dari dinding *uterus*. Tegangan yang ditimbulkan menyebabkan lapis dan *desidua spongiosa* yang longgar memberi jalan, dan pelepasan plasenta terjadi di tempat itu. Pembuluh darah yang terdapat di *uterus* berada di antara serat - serat otot *miometrium* yang saling bersilang. Kontraksi serat - serat otot ini menekan pembuluh darah dan retraksi otot ini mengakibatkan pembuluh darah terjepit serta perdarahan berhenti. Pengamatan terhadap persalinan kala tiga dengan menggunakan pencitraan *ultrasonografi* secara dinamis telah membuka *perspektif* baru tentang mekanisme kala tiga persalinan. Kala tiga yang normal dapat dibagi dalam empat fase yaitu :

- a. *Fase laten*, ditandai oleh menebalnya dinding *uterus* yang bebas tempat plasenta, namun dinding *uterus* tempat plasenta melekat masih tipis.
- b. *Fase kontraksi*, ditandai oleh menebalnya dinding *uterus* tempat plasenta melekat (dari ketebalan kurang dari 1 cm menjadi kurang 2 cm).
- c. *Fase pelepasan plasenta*, *fase* dimana plasenta menyempurnakan pemisahannya dari dinding *uterus* dan lepas. Tidak ada *hematom* yang terbentuk antara dinding *uterus* dengan plasenta. Terpisahannya plasenta disebabkan oleh kekuatan antara plasenta yang pasif dengan otot *uterus* yang aktif pada tempat melekatnya plasenta, yang mengurangi permukaan tempat melekatnya plasenta. Akibatnya sobek di lapisan *spongiosa*.

- d. Fase pengeluaran, dimana plasenta bergerak meluncur. Saat plasenta bergerak turun, daerah pemisahan tetap tidak berubah dan sejumlah kecil darah terkumpul didalam rongga rahim. Ini menunjukkan bahwa perdarahan selama pemisahan plasenta lebih merupakan akibat, bukan sebab. Lama kala tiga pada persalinan normal ditentukan oleh lamanya fase kontraksi. Dengan menggunakan *ultrasonografi* pada kala tiga, 89% plasenta lepas dalam waktu satu menit dari tempat implantasinya. Tanda-tanda pelepasan plasenta adalah sering ada pancaran darah yang mendadak, *uterus* menjadi *globuler* dan konsistensinya menjadi semakin padat, *uterus* meninggi kearah *abdomen* karena plasenta yang telah berjalan turun masuk ke *vagina*, serta tali pusat yang keluar lebih panjang. Sesudah plasenta terpisah dari tempat melekatnya maka tekanan yang diberikan oleh dinding rahim atau atas *vagina*. Kadang-kadang, plasenta dapat keluar dari lokasi ini oleh adanya tekanan *inter-abdominal*. Namun, wanita yang berbaring dalam posisi terlentang sering tidak dapat mengeluarkan plasenta secara spontan. Umumnya, dibutuhkan tindakan *artifisial* untuk menyempurnakan persalinan kala tiga.
4. Komplikasi Rest Plasenta
Komplikasi sisa plasenta adalah *polip* plasenta artinya plasenta masih tumbuh dan dapat menjadi besar, perdarahan terjadi *intermiten* sehingga kurang mendapat perhatian, dan dapat terjadi *degenerasi* ganas menuju *korio karsinoma* dengan manifestasi klinisnya. Menurut Manuaba 2008, memudahkan terjadinya :
- Anemia yang berkelanjutan
 - Infeksi puerperium
 - Kematian akibat perdarahan
5. Faktor yang berhubungan dengan Rest Plasenta
- Umur
Usia ibu hamil terlalu muda (<20 tahun) dan terlalu tua (>35 tahun) mempunyai resiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi kurang sehat. Hal ini dikarenakan pada umur 20 tahun, dari segi *biologis* fungsi *organ reproduksi* seorang wanita belum berkembang dengan sempurna untuk menerima keadaan janin dan *segi psikis* belum matang dalam menghadapi tuntutan beban *moril*, mental dan emosional, sedangkan pada umur diatas 35 tahun dan sering melahirkan, fungsi *reproduksi* seorang wanita sudah mengalami kemunduran atau *degenerasi* dibandingkan fungsi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pasca persalinan terutama perdarahan lebih besar. Perdarahan post partum yang mengakibatkan kematian *maternal* pada wanita hamil yang melahirkan pada umur dibawah 20 tahun, dua sampai lima kali lebih tinggi dari pada perdarahan post partum yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Perdarahan post partum meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun, (Wiknjosastro, 2010).
 - Paritas*
Uterus pada saat persalinan, setelah melahirkan plasenta sukar untuk berkontraksi dan *berektraksi* kembali sehingga pembuluh darah *maternal* pada dinding *uterus* akan tetap terbuka. Hal inilah yang dapat menyebabkan meningkatkan perdarahan post partum, (Winknjosastro, 2010). Jika kehamilan “terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak dan terlalu dekat (4 terlalu” dapat meningkatkan resiko berbahaya pada proses reproduksi karena kehamilan terlalu sering dan terlalu dekat menyebabkan *intake* (masuk) makanan atau gizi menjadi lebih rendah. Ketika tuntutan dan beban fisik terlalu tinggi mengakibatkan wanita tidak punya waktu untuk mengembalikan kekuatan diri dari tuntutan gizi, juga anak yang telah dilahirkan perlu mendapat perhatian yang optimal dari kedua orang tuanya sehingga sangat perlu mengatur kapan sebaiknya waktu yang tepat untuk hamil.(Saifuddin, 2011).
 - Status Anemia dalam kehamilan
Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar *hemoglobin* di bawah 11 gr% pada trimester satu

dan tiga atau kadar *hemoglobin* dibawah 10,5 gr% pada trimester dua nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan wanita tidak hamil terjadi *hemodilusi*, terutama pada trimester dua, (Saifuddin, 2011). Darah akan bertambah banyak dalam kehamilan yang lazim disebut *hidramia* atau *hipervolemia*. Akan tetapi, bertambahnya sel darah kurang dibandingkan dengan bertambahnya plasma sehingga terjadi pengenceran darah. Perbandingan tersebut adalah sebagai berikut plasma 30%, sel darah 18% dan hemoglobin 19%. Bertambahnya darah dalam kehamilan sudah mulai sejak kehamilan 10 minggu dan mencapai puncaknya dalam kehamilan antara 32 dan 36 minggu, (Wiknjosastro, 2010). Secara *fisiologis*, pengenceran darah ini untuk membantu meringankan kerja jantung yang semakin berat dengan adanya kehamilan.

6. Diagnosa Rest Plasenta

Diagnosis pada *rest plasenta* dapat ditegakkan berdasarkan :

- a. Palpasi *Uterus* : bagaimana kontraksi *uterus* dan tinggi *fundus uteri*.
- b. Memeriksa plasenta apakah lengkap atau tidak
- c. Lakukan *eksplorasi cavum uteri* untuk mencari sisa plasenta
- d. Sisa Plasenta atau selaput ketuban
- e. Robekan rahim
- f. Plasenta *suksenturiata*
- g. *Inspekulo* : untuk melihat robekan pada *serviks, vagina dan varises* yang pecah
- h. Pemeriksaan *Laboratorium* periksa darah yaitu *Hb, COT (Clot Observation Test)*, dll

7. Penatalaksanaan

Dengan perlindungan *antibiotik* sisa plasenta dikeluarkan secara *digital* atau dengan *kuret* besar. Jika ada demam ditunggu dulu sampai suhu turun dengan pemberian *antibiotik* dan 3 – 4 hari kemudian rahim dibersihkan, namun jika perdarahan banyak, maka rahim segera dibersihkan walaupun ada demam (Saleha, 2009)

Keluarkan sisa plasenta dengan *cunam ovum* atau kuret besar. Jaringan yang melekat dengan kuat mungkin merupakan plasenta akreta. Usaha

untuk melepas plasenta terlalu kuat melekatnya dapat mengakibatkan perdarahan hebat atau *perforasi* uterus yang biasanya membutuhkan tindakan *hisrektomi* (Prawirohardjo, 2009). Menurut Morgan & Hamilton (2009) terapi yang biasa digunakan :

- a. Pemasangan infus dan pemberian *uterotonika* untuk mempertahankan keadaan umum ibu dan merangsang kontraksi *uterus*.
- b. Kosongkan kandung kemih
- c. Berikan *antibiotik* untuk mencegah infeksi
- d. *Antibiotika ampisilin* dosis awal 1 gr IV dilanjutkan dengan 3x1 gram per oral dikombinasikan dengan *metrodinazol* 1 gram *suppositoria* dilanjutkan dengan 3x500 mg.
- e. Oksitosin
 - 1) *Methergin* 0,2 mg peroral setiap 4 jam sebanyak 6 dosis. Dukung dengan *analgesik* bila kram.
 - 2) Mungkin perlu dirujuk ke rumah sakit untuk *dilatasi* dan *kuretase* bila terdapat perdarahan.
- f. *Observasi tanda – tanda vital* dan perdarahan
- g. Bila kadar HB <8 gr % berikan tranfusi darah. Bila kadar Hb >8 gr%, berikan *sulfas ferosis* 600mg/hari selama 10 hari

Sisa plasenta bisa diduga kala *uri* berlangsung tidak lancar atau setelah melakukan plasenta *manual* atau menemukan adanya *kotiledon* yang tidak lengkap pada saat melakukan pemeriksaan plasenta dan masih ada perdarahan dari *ostium uteri eksternum* pada saat kontraksi rahim sudah baik dan robekan jalan lahir sudah terjahit. Untuk itu, harus dilakukan *eksplorasi* kedalam rahim dengan cara *manual/ digital* atau kuret dan pemberian *uterotonika*.

8. Pencegahan Rest Plasenta

Pencegahan terjadi perdarahan post partum merupakan tindakan utama,

sehingga dapat menghemat tenaga, biaya dan mengurangi komplikasi upaya *preventif* dapat dilakukan dengan :

- a. Meningkatkan kesehatan ibu, sehingga tidak terjadi anemia dalam kehamilan.
- b. Meningkatkan usaha penerimaan KB.
- c. Melakukan pertolongan persalinan di rumah sakit bagi ibu yang mengalami perdarahan post partum.
- d. Memberikan *uteronika* segera setelah persalinan bayi, kelahiran plasenta dipercepat, (Manuaba, I.B.G, 2007).

Menurut Manuaba (2010) untuk menghindari terjadinya sisa plasenta dapat dilakukan dengan membersihkan *kavum uteri* dengan membungkus tangan dengan sarung tangan sehingga kasar, mengupasnya sehingga mungkin sisa membran dapat sekaligus dibersihkan, segera setelah plasenta lahir dilakukan kuretase menggunakan kuret post partum yang besar.

TINJAUAN KASUS

Nama Rumah Sakit/RB/BPS

RSUD WANGAYA

Nomor RM : 546408

Tanggal masuk dirawat : 27-01-2015

Dokter yang merawat : dr. EK SpOG

Tanggal pengkajian : 27-01-2015

Bidan yang merawat: N S, Amd Keb

Pukul : 10.30 Wita

1. DATA SUBYEKTIF

1. Identitas Istri

Penanggung Jawab/Suami

Nama

Ny. "WS"

Tn "KB"

36 tahun

38 tahun

Indonesia

Indonesia

Hindu

Hindu

Jalan Batanghari 6 No. 7 Panjer

2. Alasan dirawat

Ibu datang ke RSUD Wangaya pada tanggal 27 Januari 2015 rujukan puskesmas pekambingan karena plasenta belum bisa lahir dan sampai di ruang bersalin ibu dilakukan *manual plasenta* dan terdapat plasenta yang masih tertinggal dan direncanakan akan dilakukan *kuretase*.

3. Keluhan Utama

Ibu mengeluh sakit pada perut bagian bawah, mules - mules serta perdarahan.

4. Riwayat persalinan dan nifas sekarang

a. Riwayat persalinan

Pada tanggal 27 Januari 2015 pukul 01.30 Wita, ibu datang ke puskesmas dengan keluhan sakit perut hilang timbul sejak pukul 22.00 Wita (26-1-2015), Usia kehamilan ibu 37 minggu, KU : Baik, TD : 120/80 mmHg, N : 82x/menit, S : 36, 4° C, Rr : 20x/menit, Mcd : 29cm, TFU : ½ pusat px, TBBJ : 2790 gram, DJJ 147x/menit, His 3x 10 menit durasi 45 detik, hasil VT :v/v normal, *portio* lunak, dengan bukaan 6 cm eff 50 %, Ket(+), Preskep, *denominator* ubun – ubun kecil kanan hampir depan, *moulage* 0, penurunan H II, TTBK/TP. Pukul 03.20 Wita (27-01-2015) ibu ingin mengejan dan dilakukan pemeriksaan kembali, His 3x 10 menit durasi 45 detik, hasil VT :v/v normal, *portio* tidak teraba,

dengan bukaan 10 cm, Ket(-), Preskep, *denominator* ubun – ubun kecil depan, *moulage* 0, penurunan H III (+), TTBK/TP. Pukul 03.30 Wita ibu melahirkan dengan ditolong oleh bidan dengan 58 langkah APN, bayi lahir dengan tangisan kuat, gerak aktif, dan kulit kemerahan dengan jenis kelamin perempuan, berat lahir 2700 gram dengan panjang badan 48cm LK/LD 31/32cm, apgar skor 7-8, dan tidak ada kelainan fisik. Saat persalinan kala III, yaitu segera setelah bayi lahir diberikan injeksi oksitosin 10IU (pukul 03.30 wita) secara IM (intramuscular) untuk merangsang kontraksi. Setelah disuntikkan oksitosin pertama (pukul 03.30 wita) *plasenta* belum bisa lahir, kemudian disuntikkan oksitosin yang kedua (pukul 03.45) *plasenta* belum juga lahir. Karena 30 menit *plasenta* belum lahir, pukul 04.00 Wita pihak puskesmas merujuk ke RSUD Wangaya dengan dipasangkan infuse Ringer Laktat flash I dengan drip 1 ampul phitogen 10 IU 28 tetesan makro/menit dan dirujuk menggunakan ambulans.

b. Riwayat nifas

Pukul 04.30 Ibu tiba di Ruang Bersalin RSUD Wangaya, dilakukan pemeriksaan vital sign ibu dengan hasil KU : Baik, TD : 110/70 mmHg, N : 84X/menit, S : 36, 9° C, Rr : 24x/menit. Ibu terpasang infuse Ringer Laktat flash I dengan drip 1 ampul phitogen 10 IU 28 tetesan makro/menit. Bidan RSUD Wangaya melakukan *manual plasenta*, Pukul 04.45 *plasenta* lahir tidak lengkap jumlah *kotiledon* ±4 *lobus* yang tertinggal. Melakukan pemantauan setelah dilakukan *manual plasenta* yaitu perdarahan pervaginam tidak aktif, *kontraksi* uterus baik, TFU sepusat. Melakukan pemantauan 2 jam post partum dan menyarankan ibu untuk puasa karena akan dilakukan *curettage*. Pukul 11.40 ibu dikerjakan *curettage* oleh dr EK SpOG. Pukul 12.00 wita *curettage* telah selesai dengan hasil *curettage kotiledon* (+) dan *stolsel* (+). Sisa *kotiledon* sudah diambil dan dibersihkan. Setelah pemantauan 2 jam KU : Baik, Kesadaran : *Compos mentis*, TD : 110/80mmHg, S: 36,6°C, N : 88x/menit, Rr : 20x/menit, *kontraksi uterus* baik, TFU : 2 jari dibawah pusat, infuse masih terpasang yaitu infus RL flash I + drip 10 IU phiton 28 tetes/menit, pukul 14.15 wita ibu dipindahkan ke ruang nifas (dara) RSUD Wangaya.

2. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan penunjang

Tabel Hasil pemeriksaan darah lengkap (DL) (*pre kuretase*) tanggal 27 Januari 2015 pukul 06.00 wita

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
DL 5 DIFF			
Leukosit	H 16.25	$10^3/\text{ul}$	4.0 – 10.0
Eritrosit	4.27	$10^6/\text{uL}$	4.20 – 5.40
Hemoglobin	13.3	g/Dl	12.0 – 16.0
Hematokrit	38.4	%	37.0 – 47.0
MCV	89.9	fL	81.0 – 96.0
MCH	31.1	Pg	27.0 – 36.0
MCHC	34.6	g/L	31.0 – 37.0
Jumlah Trombosit	245	$10^3/\text{ul}$	150 – 400
KOAGULASI			
Masa Pendarahan	1' 30"	menit	1 – 5
Masa Pembekuan	9' 30"	menit	5-15
SEROLOGI			
HbsAg	Negatif		Negatif
URINALISA			
PROTEIN	Negatif		Negatif

3. ANALISA

P1A1 6 Jam Post Partum dengan *Rest Plasenta*.

4. PENATALAKSANAAN (27 - 1-2015)

1. Melakukan *informed consent* kepada ibu dan suami tentang tindakan yang akan dilakukan. Ibu dan suami setuju tentang tindakan yang akan dilakukan.
2. Melakukan kolaborasi dengan dr SpOG. Intruksinya yaitu
 - a. Mengobservasi keadaan umum dan tanda – tanda vital serta perdarahan KU Lemas, TD : 110/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,6°C, Rr : 20x/menit terjadi perdarahan aktif jumlah darah kurang lebih $\pm 40-60\text{cc}$ 3x ganti pembalut dan masih ada sisa

plasenta yang tertinggal serta di informasikan akan dilakukan tindakan kuretase. Ibu sudah mengerti dengan informasi yang diberikan dan ibu menyetujui tindakan yang akan dilakukan.

- b. Melanjutkan observasi tetesan infuse yang sudah terpasang Ringer Laktat flash I dengan drip 1 ampul phitogen 10 IU 28 tetesan makro/menit. Tetesan infuse lancar
- c. Melakukan pengambilan darah ibu sebanyak 3cc bertujuan untuk mengetahui kadar hemoglobin dalam darah ibu. Darah sudah dikirim ke Laboratorium.
- d. Menginformasikan pada ibu dan suami bahwa ibu disarankan puasa mulai saat ini sampai dilakukan tindakan *kuretase*, tujuan dilakukannya puasa yaitu menghindari salah satu bahaya anastesi, yaitu terjadinya aspirasi atau masuknya makanan padat atau cairan lambung ke dalam paru – paru akibat keluarnya isi lambung secara pasif melalui kerongkongan ke faring agar tidak terjadi muntah pada saat kuretase akibat refleks kompleks yang diperantarai pusat muntah di otak yang tentunya akan sangat membahayakan keselamatan ibu. Ibu mengerti dan bisa mengulangi penjelasan yang diberikan.
- e. Memberikan Obat Injeksi dan Obat Rektal. Obat gastrul rectal 2 tablet obat sudah dimasukkan dan melakukan skin test cefotaxime secara sub cutan. Skin tes sudah dilakukan dan ibu tidak ada reaksi alergi
- f. Dilakukan general anastesi. Anastesi sudah dilakukan oleh petugas kesehatan. Pasien sudah tertidur.

PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan membahas mengenai penerapan antara tinjauan teori dengan

praktek yang dilakukan selama memberikan asuhan pada Ny. WS dengan *Rest Plasenta* di Ruang Bersalin RSUD Wangaya Denpasar Bali. Penulis menjelaskan kesenjangan tersebut menurut langkah – langkah pendokumentasian SOAP manajemen kebidanan. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu permasalahan dan pemecahan masalah dari kesenjangan – kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan.

Plasenta yang masih tertinggal disebut *rest plasenta*. Gejala klinis *rest plasenta* adalah terdapat *subinvolusi uteri*, terjadi perdarahan sedikit yang berkepanjangan, dapat juga terjadi perdarahan banyak mendadak setelah berhenti beberapa waktu, perasaan tidak nyaman di perut bagian bawah (Manuaba, 2010). Berdasarkan data subyektif yang di dapat saat melakukan pengkajian kasus Ny. WS, dilakukan anamnesa pada tanggal 27 Januari 2015, ibu mengeluh sakit pada perut bagian bawah, mules - mules serta perdarahan. Sehingga antara teori dan praktek terdapat kesesuaian.

Menurut Rukiyah dan Yulianti (2010) Faktor penyebab utama perdarahan baik secara primer maupun sekunder adalah grande multipara, jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun, persalinan yang dilakukan tindakan, pertolongan kala *uri* sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, pengeluaran *plasenta* tidak hati-hati. Berdasarkan pengkajian data obyektif pada Ny. WS, setelah dilakukan *manual plasenta* adanya *kotiledon* yang tertinggal ± 4 lobus di dalam rahim dan didapatkan Keadaan Umum Ibu Baik, Tekanan Darah : 110/80mmHg, Suhu : 36,6°C, Nadi : 88x/menit, Respirasi : 20x/menit, TFU : Sepusat, Kandung kemih tidak penuh, perdarahan tidak aktif dan. Dari pemeriksaan yang dilakukan pada data obyektif tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan di rumah sakit.

Berdasarkan pengkajian data subyektif data obyektif pada Ny “WS” didapatkan analisa PIA1 dengan *Rest Plasenta*. Penanganan *Rest Plasenta* menurut Prawirohardjo (2009) Keluarkan sisa plasenta dengan *cunam ovum* atau kuret besar. Jaringan yang melekat dengan kuat mungkin merupakan *plasenta akreta*. Menurut Morgan & Hamilton (2009)

terapi yang biasa digunakan Pemasangan infus dan pemberian uterotonika untuk mempertahankan keadaan umum ibu dan merangsang *kontraksi* uterus, Antibiotika ampisilin dosis awal 1 gr IV dilanjutkan dengan 3x1 gram per oral dikombinasikan dengan metrodinazol 1 gram suppositoria dilanjutkan dengan 3x500 mg, Methergin 0,2 mg peroral setiap 4 jam sebanyak 6 dosis.

Penatalaksanaan menurut Standar Prosedur Operasional (SPO) kasus Rest Plasenta di RSUD Wangaya yaitu : Melaksanakan tindakan mandiri bidan seperti memberi rasa nyaman memberi nutrisi dan cairan dan Melaksanakan instruksi SpOG seperti : Menyiapkan pasien untuk dilakukan tindakan, Memberi Oksigen sesuai instruksi, Memasang infuse dan kateter bila diperlukan, dan Menyiapkan alat – alat sesuai tindakan yang akan diambil : *kuretase* dan alat – alat untuk *Rest Plasenta*. Penatalaksanaan SPO RSUD Wangaya dengan praktek di lapangan tidak ditemukan adanya kesenjangan yang terjadi.

Pada tahap penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny “WS” bidan berkolaborasi dengan dokter SpOG dalam pemberian asuhan seperti : memasang infus RL + drip oksitosin 10 IU phiton 28 tetes/menit sebelum dilakukan tindakan *kuretase*, memberikan injeksi antibiotic cefotaxime (3x1 gr), memasukkan Obat gastrul rectal 2 tablet, memberitahu ibu puasa sampai selesai dilakukan *kuretase*, tindakan *kuretase* dilakukan untuk mengeluarkan sisa plasenta dalam rahim sehingga tidak terjadi perdarahan dan mencegah infeksi, pemberian infuse RL dengan drip oksitosin 10 IU phiton 28 tetes/menit, dan pemberian obat oral seperti Cefadroxil 2x500mg, Asam Mefenamat 3x500mg, Vitamin C 3x50mg.

Pada NY WS dengan *rest plasenta* sudah sesuai dengan tujuan yang diharapkan yaitu ibu sudah bisa melakukan aktifitas seperti biasa. Perawatan selama 3 hari di rumah sakit, memperlihatkan kondisi pasien mulai membaik ditandai tidak mengalami sakit perut bagian bawah serta perdarahan dan ibu sudah diperbolehkan pulang pada tanggal 29 Januari 2015 dari rumah sakit.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Telah dilaksanakan asuhan kebidanan selama 3 hari di RSUD Wangaya Denpasar dan dilakukan kunjungan rumah selama 7 hari pada Ny. WS dengan Rest Plasenta, menggunakan metode SOAP, dapat disimpulkan :

Berdasarkan data subyektif yang di dapat saat melakukan pengkajian kasus Ny. WS, dilakukan anamnesa pada tanggal 27 Januari 2015, ibu mengeluh sakit pada perut bagian bawah, mules - mules serta perdarahan.

Berdasarkan data obyektif Keadaan Umum Ibu Baik, Tekanan Darah : 110/80mmHg, Suhu : 36,6°C, Nadi : 88x/ menit, Respirasi : 20x/menit, TFU : Sepusat, Kandung kemih tidak penuh, perdarahan tidak aktif dan setelah dilakukan manual plasenta adanya kotiledon yang tertinggal \pm 4 lobus di dalam rahim.

Berdasarkan pengkajian data subyektif data obyektif pada Ny "WS" didapatkan analisa P1A1 dengan Rest Plasenta. Penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny "WS" bidan berkolaborasi dengan dokter SpOG dalam pemberian asuhan seperti : memasang infus RL + drip oksitosin 10 IU phiton 28 tetes/menit sebelum dilakukan tindakan kuretase, memberikan injeksi antibiotic cefotaxime (3x1 gr), memasukkan Obat gastrul rectal 2 tablet, memberitahu ibu puasa sampai selesai dilakukan kuretase, tindakan kuretase dilakukan untuk mengeluarkan sisa plasenta dalam rahim sehingga tidak terjadi perdarahan dan mencegah infeksi, pemberian infuse RL dengan drip oksitosin 10 IU phiton 28 tetes/menit, dan pemberian obat oral seperti Cefadroxil 2x500mg, Asam Mefenamat 3x500mg, Vitamin C 3x50mg.

Asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny "WS" sesuai dengan SOP rumah sakit, terdapat keselarasan dengan teori yang didapatkan dikampus. Evaluasi yang diperoleh dari asuhan selama 3 hari di rumah sakit dan kunjungan rumah selama 7 hari, ibu sudah mampu melakukan aktifitas seperti biasa dan tidak mengalami keluhan lagi.

Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka penulis dapat mengemukakan beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi masyarakat

Diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi masyarakat khususnya untuk lebih mengenal bahaya dan masalah-masalah pada ibu nifas dengan rest plasenta, sehingga lebih waspada dalam merawat ibu nifas dengan rest plasenta.

2. Tenaga Kesehatan
Diharapkan studi kasus ini tetap meningkatkan mutu pelayanan tentang penatalaksanaan asuhan kebidanan secara komperhensif khususnya pada kasus ibu nifas dengan rest plasenta.
3. Bagi Lahan Praktek
Diharapkan studi kasus ini tetap meningkatkan mutu pelayanan tentang penatalaksanaan asuhan kebidanan secara komperhensif khususnya pada kasus ibu nifas dengan rest plasenta.
4. Bagi Penulis
Diharapkan penulis bisa mengaplikasikan ilmu yang di dapat dari institusi dan menerapkan di lapangan sehingga dapat meningkatkan dan menambah wawasan tentang bagaimana asuhan kebidanan pada nifas dengan rest plasenta.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, 2008. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Mitra Cendikiama
- Data Dokumentasi Rekam Medik RSUD Wangaya 2015. *Pemeriksaan Laboratorium*
- Forte R. William & Harry Oxom, 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi 7 Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta : Yayasan Essentia Medica Jakarta:Trans Info Media
- Manuaba I.B.G. 2007. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan*.Ed. 2.Jakarta : EGC
- Maritalia Dewi dkk.2012.*Biologi reproduksi*.Pustaka Pelajar.Yogyakarta
- Maryunani A, Yulianingsih. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan Dalam Kebidanan*.
- Mochtar Rustam. 2013. *Sipnosis Obstetri – obstetric fisiologis – obstretic patologis*. Jakarta. Kedokteran EDC
- Morgan, Geri dan Carole Hamilton. 2009. *Obstetri & Ginekologi Panduan Praktik*. Jakarta : EGC
- Nugroho Taufan. 2012. *Patologi Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Nursalam, 2006. *Konsep Kebidanan Sejarah dan Profesionalisme*. Jakarta : Salemba Medika
- Prawirohardjo. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Rukiyah. 2010. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta : Nuah Medika
- Saifuddin, Abdul, *et.al.* (2010). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: YBPSP
- Sari, Erlin Ika Wulan, 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas PIA0 Ny. A Dengan Anemia Sedang Di RB Marga Wahaya Surakarta*, Surakarta : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada.
- Sarwono, 2009. *Ilmu Kandungan*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Siswono, 2012. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta : Nuah Medika
- Sitti Saleha, 2009. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Yogyakarta : Fitri Maya
- Sujiantini, dkk, 2010. *Catatan Kuliah Asuhan Ibu Nifas ASKEB III*. Yogyakarta Cyrillus Publisher
- Wiknjosastro, Gulardi H 2010, *Ilmu Kebidanan* Sarwono Prawirohardjo, Jakarta Penerbit PT Bina Pustaka
- Yetti Anggraini, 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta : Pustaka Rihama