

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS  
P3003 POST PARTUM SPONTAN HARI KE 0 + RETENSIO PLACENTA  
DI RUANG F1 RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**



**OLEH :**

**SRI NUR FAMELINA RAHMI, S. Kep.**  
**NIM. 203.0105**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS  
P3003 POST PARTUM SPONTAN HARI KE 0 + RETENSIO PLACENTA  
DI RUANG F1 RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
gelar Ners**



**OLEH :**

**SRI NUR FAMELINA RAHMI, S. Kep.**  
**NIM. 203.0105**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2021**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes HangTuah Surabaya.

Surabaya, 21 Juli 2021

penulis



**SRI NUR FAMELINA RAHMI, S.,Kep**

**NIM 2020107**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : **SRI NUR FAMELINA RAHMI, S.,Kep**  
NIM : **2030105**  
Program Studi : **PENDIDIKAN PROFESI NERS**  
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan  
Diagnosis Medis P3003 Post Partum Spontan +  
Retensio Placenta Di Ruang F1 RSPAL Dr.  
Ramelan Surabaya**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns)**

**Surabaya, 21 Juli 2021**

**Pembimbing**



**Astrida Budiarti, M.Kep.,Sp.Kep.Mat**  
**NIP.03025**

**Mengetahui**  
**Stikes HangTuah Surabaya**  
**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Ns. Nuh Huda, S. Kep., M.kep., Sp KMB**  
**NIP. 03020**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Sri Nur Famelina Rahmi, S.Kep  
NIM : 203.0105  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosis Medis P3003 Post Partum Spontan + Retensio Placenta Di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan LULUS dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns.)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Ketua Penguji : Astrida Budiarti, S.Kep., Ns., Sp.Mat**

**NIP. 03025**

**Penguji I : Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep**

**NIP. 03010**

**Penguji II : Iis Fatimawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIP. 03067**



**Mengetahui  
Stikes HangTuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Ns. Nuh Huda, S. Kep., M.kep., Sp Kep MB**

**NIP. 03020**

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Juli 2021

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Ahmad Samsulhadi selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah member ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis ilmiah.
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns., Nuh Huda, S. Kep., M.kep., Sp.Kep MB., selaku kepala progam pendidikan profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia
4. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep.,Sp.Kep.Mat. Selaku pembimbing, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep dan Ibu Iis Fatimawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Selaku penguji, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Siti Nurhayati, S.ST Selaku pembimbing ruangan, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisan.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan..

Surabaya, 21 Juli 2021

**DAFTAR ISI**

<b>Cover</b> .....	<b>i</b>
<b>Surat Pernyataan Keaslian Laporan</b> .....	<b>ii</b>
<b>Halaman Persetujuan</b> .....	<b>iii</b>
<b>Halaman pengesahan</b> .....	<b>iv</b>
<b>Kata Pengantar</b> .....	<b>v</b>
<b>Daftar Isi</b> .....	<b>vii</b>
<b>Daftar Tabel</b> .....	<b>ix</b>
<b>Daftar Gambar</b> .....	<b>x</b>
<b>Daftar Singkatan</b> .....	<b>xi</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
2.1 Konsep Postpartum Spontan .....	9
2.1.1 Definisi Postpartum Spontan .....	9
2.1.2 Klasifikasi .....	9
2.1.3 Tanda dan Gejala.....	13
2.1.4 Patofisiologi .....	15
2.1.6 Komplikasi .....	16
2.1.7 Penatalaksanaan .....	19
2.2 Konsep Retensio Plasenta .....	21
2.2.1 Definisi .....	21
2.2.2 Etiologi.....	22
2.2.3 Klasifikasi Retensio Plasenta .....	23
2.2.4 Tanda dan Gejala.....	23
2.2.5 Patofisiologi .....	24
2.2.6 Faktor yang Mempengaruhi .....	26
2.2.8 Penatalaksanaan .....	28
2.2.9 Komplikasi .....	32
2.2.10 Pencegahan.....	32
2.2.11 Pemeriksaan Penunjang .....	33
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan .....	34
2.3.1 Pengkajian .....	34
2.3.2 Diagnosa Keperawatan .....	41
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	42
2.3.4 Implementasi Keperawatan .....	51



2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	51
2.1 Kerangka Masalah .....	52
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>54</b>
3.1 Pengkajian .....	54
3.1.1 Identitas .....	54
3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini .....	54
3.1.3 Riwayat keperawatan .....	56
3.1.4 Aspek Psikososial .....	59
3.1.5 Kebutuhan Dasar Khusus .....	59
3.1.6 Pemeriksaan Fisik .....	61
3.1.7 Data Penunjang .....	63
3.2 Analisa Data.....	65
3.3 Diagnosa Keperawatan .....	66
4.4 Intervensi Keperawatan .....	68
4.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	71
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>78</b>
4.1 Pengkajian.....	78
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	80
4.3 Intervensi Keperawatan .....	84
4.4 Implementasi Keperawatan.....	86
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	89
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>92</b>
5.1 Kesimpulan .....	92
5.2 Saran .....	95
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>96</b>
Lampiran 1 .....	98
Lampiran 2 .....	99
Lampiran 3 .....	100

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1. Tanda dan gejala retensio plasenta .....	31
Table 2.2 Intervensi Keperawatan .....	50
Tabel 3.1 Laboratorium .....	69
Tabel 3.2 Analisa Data .....	71
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan .....	74
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	75

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Struktur eksterna .....	16
Gambar 2.2 Struktur internal .....	18
Gambar 2.3 Kerangka Masalah .....	60

## DAFTAR SINGKATAN

APGAR : *Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration*

ASI : Air Susu Ibu

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

BB : Berat Badan

GCS : *Glasgow Coma Scale*

Hb : Hemoglobin

HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir

Ht : Hematokrit

IGD : Instalasi Gawat Darurat

IM : *Intra Muscular*

IUD : *Intrauterine Device*

IV : Intra Vena

JVP : *Jugular Vein Pressure*

KB : Keluarga Berencana

MRS : Masuk Rumah Sakit

PJ : Penanggung Jawab

TP : Taksiran Persalinan

USG : Ultrasonografi

WHO : *World Health Organization*

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Masalah retensio plasenta memiliki komplikasi yang dapat membahayakan ibu saat setelah persalinan karena memiliki hubungan yang kuat dengan terjadinya perdarahan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko kejadian retensio plasenta pada ibu bersalin. Keadaan ini dapat diikuti perdarahan yang banyak, artinya hanya sebagian plasenta yang telah lepas sehingga memerlukan tindakan plasenta manual dengan segera. Bila retensio plasenta tidak diikuti perdarahan maka perlu diperhatikan ada kemungkinan terjadi plasenta adhesiva, plasenta akreta, plasenta inkreta, plasenta perkreta (Prawiroharjo, 2008). Masalah keperawatan yang dapat muncul pada retensio plasenta antara lain resiko infeksi, resiko perdarahan, hipovolemia dan ansietas.

Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2015 dilaporkan bahwa 15-20% kematian ibu karena retensio plasenta dan insidennya adalah 0,8 – 1,2% untuk setiap kelahiran (K Desi, 2018). Retensio plasenta dapat menyebabkan perdarahan, perdarahan merupakan penyebab kematian nomor satu (40% - 60%) kematian ibu di Indonesia (K Desi, 2018). Angka kematian ibu di Provinsi Jawa Timur menurut hasil Laporan Kematian Ibu (LKI) Kabupaten/Kota se-Jawa Timur, jumlah kematian ibu pada tahun 2011 adalah 627 kasus, dengan masa kematian terbesar pada masa persalinan masing – masing 22,49% dan 29,35% yang penyebabnya dikarenakan terjadinya perdarahan akibat retensio plasenta (Dinkesprov Jatim, 2013). Berdasarkan studi pendahuluan pada tanggal 03 Mei 2016 di RSB Paradise dari bulan April 2015 sampai April 2016 tercatat ibu

bersalin secara pervaginam sebanyak 351 ibu bersalin dan didapatkan kejadian retensio plasenta sebanyak 46 orang (13,10%) (Rekam Medik RSB Paradise, 2015). Angka kejadian retensio plasenta di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya selama bulan April – Mei 2021 dengan total persalinan sebesar 64 ibu bersalin dan sebesar 5 (7,81 %) ibu bersalin mengalami retensio plasenta. Dimana retensio plasenta dapat menyebabkan perdarahan postpartum yang merupakan penyebab utama kematian ibu.

Prawiroharjo (2008), mengatakan bahwa retensio plasenta adalah belum lepasnya plasenta dengan melebihi waktu setengah jam setelah bayi lahir. Keadaan ini dapat diikuti perdarahan yang banyak, artinya hanya sebagian plasenta yang telah lepas sehingga memerlukan tindakan plasenta manual dengan segera (Wiyani, 2017). Terjadinya retensio plasenta dipengaruhi oleh beberapa factor predisposisi untuk terjadinya retensio plasenta adalah grandemultipara, kehamilan ganda, factor uterus, plasenta previa, paritas ibu dan umur ibu. Selain itu hal lain yang berperan terhadap timbulnya retensio plasenta adalah sebab fungsional dan sebab patologi anatomik. Kejadian retensio plasenta berdasarkan umur banyak ditemukan pada ibu bersalin yang umurnya kurang dari 20 tahun karena belum siapnya organ reproduksi dan ibu bersalin yang berumur lebih dari 35 tahun karena organ reproduksi yang terlalu tua. Apabila terjadi retensio plasenta maka harus dilakukan manual plasenta, sedangkan menurut Nugroho (2010) tindakan plasenta manual dapat menimbulkan komplikasi seperti terjadinya perforasi uterus, terjadinya infeksi dan terjadinya perdarahan karena atonia uteri. Persalinan spontan dengan retensio plasenta merupakan salah satu masalah dalam persalinan yang dapat menimbulkan komplikasi terjadi

perdarahan, infeksi, dapat terjadi plasenta inkarserata, terjadi polip plasenta, syok haemoragik. Sehingga apabila 30 menit plasenta belum lahir tenaga kesehatan dapat melakukan tindakan manual plasenta (Anggap, 2021).

Menurut Nugroho (2010) retensio plasenta dapat ditolong dengan cara melakukan plasenta manual dan menurut penulis terjadinya retensio plasenta dapat dicegah dengan meminum obat-obatan yang disarankan bidan atau dokter sewaktu hamil terutama obat penambah darah yang diantaranya untuk mencegah perdarahan dan lengketnya plasenta (Wiyani, 2017). Dengan latar belakang diatas perlu dilakukan penelitian guna mencegah terjadinya perdarahan adalah kejadian retensio plasenta. Untuk itu perlu bagi kita untuk mengetahui asuhan keperawatan maternitas pada klien Ny. S dengan diagnosa medis P3003 Post Partum Spontan + Retensio Placenta di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya agar dapat menambah ilmu dan wawasan terkait retensio plasenta.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pasien dengan post partum spontan dan retensio plasenta, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan maternitas pada klien Ny. S dengan diagnosa medis P3003 Post Partum Spontan + Retensio Placenta di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

### **1.3 Tujuan Penulisan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu memahami asuhan keperawatan maternitas pada klien Ny. S dengan diagnosa medis P3003 Post Partum Spontan hari ke 0 + Retensio Placenta di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis P3003 Post Partum Spontan + Retensio Placenta di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis diagnosa medis P3003 Post Partum Spontan + Retensio Placenta di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis P3003 Post Partum Spontan + Retensio Placenta di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis P3003 Post Partum Spontan + Retensio Placenta di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis P3003 Post Partum Spontan + Retensio Placenta di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien diagnosa medis P3003 Post Partum Spontan + Retensio Placenta di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.



## 1.4 Manfaat Penulisan

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat – manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

### 1. Secara Teoritis

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan postpartum spontan dan retensio plasenta sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan maternitas di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

### 2. Secara Praktis

#### a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan postpartum spontan dan retensio plasenta dengan baik.

#### b. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kualitas asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan postpartum spontan dan retensio plasenta serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan maternitas.

#### c. Bagi Keluarga dan Klien

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang perawatan postpartum spontan pada ibu melahirkan dengan retensio plasenta sehingga keluarga melakukan perawatan di rumah.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan maternitas dengan retensio plasenta sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

### **1.5 Metode Penulisan**

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya tulis akhir ini adalah metode deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan maternitas pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis P3003 Post Partum Spontan + Retensio Placenta. Membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan meliputi 5 langkah, yaitu pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diambil.

c. Pemeriksaan

Data diambil melalui pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### 3. Sumber data

#### a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien dan perawat memperoleh informasi yang akurat dari pasien.

#### b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang dan tim kesehatan yang lain.

#### c. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan untuk mengumpulkan teori yang mendukung asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan diagnosis medis Post Partum Spontan + Retensio Placenta.

## **1.6 Sistematika Penulisan**

Penyusunan karya tulis akhir ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis akhir ini, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi uraian secara teoritis mengenai konsep postpartum spontan, konsep retensio plasenta, konsep asuhan keperawatan retensio plasenta, kerangka masalah keperawatan retensio plasenta.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Postpartum Spontan + Retensio Plasenta.

BAB 4 : Berisi tentang analisis masalah yang merupakan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan.

BAB 5 : Penutup, berisi simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Postpartum Spontan**

##### **2.1.1 Definisi Postpartum Spontan**

Menurut Prawiroharjo (2008), partus spontan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan dengan ketuntasan ibu atau tanpa anjuran atau obat-obatan (Fiandara, 2018). Mitayani (2011), mengatakan bahwa periode post partus adalah waktu penyembuhan dan perubahan, waktu kembali pada keadaan tidak hamil, serta penyesuaian terhadap hadirnya anggota keluarga baru (Fiandara, 2018).

Dalam penelitian milik Syafrudin & Fratidhini (2009), pada masa postpartum ibu banyak mengalami kejadian yang penting. Mulai dari perubahan fisik, masa laktasi maupun perubahan psikologis menghadapi keluarga baru dengan kehadiran buah hati yang sangat membutuhkan perhatian dan kasih sayang. Namun kelahiran bayi juga merupakan suatu masa kritis bagi kesehatan ibu, kemungkinan timbul masalah atau penyulit, yang bila tidak ditangani segera dengan efektif akan dapat membahayakan kesehatan atau mendatangkan kematian bagi ibu, sehingga masa postpartum ini sangat penting dipantau oleh bidan (Fiandara, 2018).

##### **2.1.2 Klasifikasi**

Klasifikasi Masa Nifas Menurut Anggraini (2010), tahap masa nifas di bagi menjadi 3 :

1. Purperium dini, Waktu 0-24 jam post partum. Purperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dianggap telah bersih dan boleh melakukan hubungan suami istri apabila setelah 40 hari.
2. Purperium intermedial, Waktu 1-7 hari post partum. Purperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6 minggu
3. Remote purperium ,Waktu 1-6 minggu post partum. Adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutam bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk pulih sempurna bias berminggu-minggu, bulanan bahkan tahunan. (Yetti Anggraini,2010).

Partus normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan (Bobak, 2019).

1. Faktor penyebab ruptur perineum diantaranya adalah faktor ibu, faktor janin, dan faktor persalinan pervaginam.
  - a. Faktor Ibu
    - 1) Paritas. Menurut panduan Pusdiknakes 2003, paritas adalah jumlah kehamilan yang mampu menghasilkan janin hidup di luar rahim (lebih dari 28 minggu). Paritas menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan, tanpa mengingat jumlah anaknya (Oxorn, 2003).
    - 2) Meneran. Secara fisiologis ibu akan merasakan dorongan untuk meneran bila pembukaan sudah lengkap dan reflek ferguson telah terjadi. Ibu harus didukung untuk meneran dengan benar pada saat ia merasakan

dorongan dan memang ingin mengejang (Jhonson, 2004). Ibu mungkin merasa dapat meneran secara lebih efektif pada posisi tertentu (JHPIEGO, 2005).

b. Faktor Janin

1) Berat Badan Bayi Baru lahir

Menurut Rayburn (2001), makrosomia adalah berat janin pada waktu lahir lebih dari 4000 gram. Makrosomia disertai dengan meningkatnya resiko trauma persalinan melalui vagina seperti distosia bahu, kerusakan fleksus brakialis, patah tulang klavikula, dan kerusakan jaringan lunak pada ibu seperti laserasi jalan lahir dan robekan pada perineum (Bobak, 2019).

2) Presentasi

Menurut Dorland (1998) dalam kamus kedokteran, presentasi adalah letak hubungan sumbu memanjang janin dengan sumbu memanjang panggul ibu.

a) Presentasi Muka

Menurut Oxorn (2003), presentasi muka atau presentasi dahi letak janin memanjang, sikap ekstensi sempurna dengan diameter pada waktu masuk panggul atau diameter submentobregmatika sebesar 9,5 cm. Bagian terendahnya adalah bagian antara glabella dan dagu, sedang pada presentasi dahi bagian terendahnya antara glabella dan bregma (Bobak, 2019).

b) Presentasi Dahi

Dalam Oxorn (2003), presentasi dahi adalah sikap ekstensi sebagian (pertengahan), hal ini berlawanan dengan presentasi muka yang ekstensinya sempurna. Bagian terendahnya adalah daerah diantara margo orbitalis dengan bregma dengan penunjuknya adalah dahi. Diameter bagian terendah adalah diameter verticomentalis sebesar 13,5 cm, merupakan diameter antero posterior kepala janin yang terpanjang (Bobak, 2019).

c. Faktor Persalinan Pervaginam

- 1) Vakum ekstrasi Vakum ekstrasi adalah suatu tindakan bantuan persalinan, janin dilahirkan dengan ekstrasi menggunakan tekanan negatif dengan alat vacuum yang dipasang di kepalanya (Mansjoer, 2002).
- 2) Ekstrasi Cunam/Forsep Ekstrasi Cunam/Forsep adalah suatu persalinan buatan, janin dilahirkan dengan cunam yang dipasang di kepala janin (Mansjoer, 2002). Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu karena tindakan ekstrasi forsep antara lain ruptur uteri, robekan portio, vagina, ruptur perineum, syok, perdarahan post partum, pecahnya varices vagina (Oxorn, 2003).
- 3) Embriotomi adalah prosedur penyelesaian persalinan dengan melakukan pengurangan volume atau merubah struktur organ tertentu pada bayi dengan tujuan untuk memberi peluang yang lebih besar untuk melahirkan keseluruhan tubuh bayi tersebut (Syaifudin, 2002).
- 4) Persalinan Presipitatus. Persalinan presipitatus adalah persalinan yang berlangsung sangat cepat, berlangsung kurang dari 3 jam, dapat



disebabkan oleh abnormalitas kontraksi uterus dan rahim yang terlalu kuat, atau pada keadaan yang sangat jarang dijumpai, tidak adanya rasa nyeri pada saat his sehingga ibu tidak menyadari adanya proses persalinan yang sangat kuat (Cunningham, 2005).

### **2.1.3 Tanda dan Gejala**

#### **1. Tanda permulaan persalinan**

Pada permulaan persalinan / kata pendahuluan (Preparatory stage of labor) yang terjadi beberapa minggu sebelum terjadi persalinan, dapat terjadi tanda- tanda sebagai berikut :

- a. Lightening atau setting / deopping, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida.
  - b. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
  - c. Perasaan sering kencing (polikisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
  - d. Perasaan sakit diperut dan dipinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya fleksus frankenhauser yang terletak pada sekitar serviks (tanda persalinan false-false labour pains).
  - e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar karena terdapat kontraksi otot rahim.
  - f. Terjadi pengeluaran lendir, dimana lendir penutup serviks dilepaskan dan bisa bercampur darah (Bloody show)
2. Tanda-tanda Post partus sebagai berikut : Menurut Hafiffah ,(2011) post partus di tandai oleh :
- a. Sistem reproduksi

- 1) Uterus di tandai dengan kembalinya uterus ke kondisi normal setelah hamil
- 2) Keluarnya lochea, komposisi jaringan endometrial, darah dan limfe.  
Tahapannya:
  - a) Rubra (merah) : 1-3 hari
  - b) Sanguinolenta: warna merah kekuningan , berisi darah dan lendir terjadi pada hari ke 3-7
  - c) Lochea serosa : berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan
  - d) Lochea alba: cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu pasca persalinan
  - e) Lochea purulenta: ini terjadi karena infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
  - f) Lochiotosis: lochea tidak lancar keluarnya
- 3) Siklus menstruasi. Siklus menstruasi akan mengalami perubahan saat ibu mulai menyusui
- 4) Serviks. Setelah lahir servik akan mengalami edema, bentuk distensi untuk beberapa hari , struktur interna akan kembali setelah 2 minggu
- 5) Vagina. Nampak berugae kembali pada 3 minggu
- 6) Perinium akan terdapat robekan jika di lakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu sehingga menyebabkan nyeri
- 7) Payudara. Payudara akan membesar karena vaskularisasi dan engorgemen (bengkak karena peningkatan prolaktin).

### 2.1.4 Patofisiologi

#### 1. Adaptasi Fisiologi

##### a. Involusi uterus

Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada akhir tahap ketiga persalinan, uterus berada di garis tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus mencapai kurang lebih 1 cm di atas umbilikus. Fundus turun kira-kira 1 sampai 2 cm setiap 24 jam. Pada hari pasca partum keenam fundus normal akan berada di pertengahan antara umbilikus dan simpisis pubis (Bobak, 2019).

Uterus, pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali berat sebelum hamil, berinvolusi menjadi kira-kira 500 gr 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gr 2 minggu setelah lahir. Satu minggu setelah melahirkan uterus berada di dalam panggul. Pada minggu keenam, beratnya menjadi 50-60 gr. Peningkatan estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama hamil. Pada masa pasca partum penurunan kadar hormon menyebabkan terjadinya autolisis, kerusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Sel-sel tambahan yang terbentuk selama masa hamil menetap. Inilah penyebab ukuran uterus sedikit lebih besar setelah hamil (Bobak, 2019).

##### b. Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar. homeostasis pasca partum dicapai terutama akibat kompresi

pembuluh darah intramiometrium, bukan oleh agregasi trombosit dan pembentukan bekuan. Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengopresi pembuluh darah dan membantu hemostasis (Bobak, 2019).

Selama 1-2 jam pertama pasca partum intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi tidak teratur. Untuk mempertahankan kontraksi uterus, suntikan oksitosin secara intravena atau intramuskuler diberikan segera setelah plasenta lahir. Ibu yang merencanakan menyusui bayinya, dianjurkan membiarkan bayinya di payudara segera setelah lahir karena isapan bayi pada payudara merangsang pelepasan oksitosin (Bobak, 2019).

2. Adaptasi psikologi post partum (Suherni, 2009) dalam (Fiandara, 2018) :

a. Fase *taking in*

Ibu berperilaku tergantung pada orang lain, perhatian berfokus pada diri sendiri, pasif, belum ingin kontak dengan bayinya, berlangsung 1-2.

b. Fase *taking hold*

Fokus perhatian lebih luas pada bayinya, mandiri dan inisiatif dalam perawatan bayinya, berlangsung 10 hari.

c. Fase *letting go*

Ibu memperoleh peran baru dan tanggung jawab baru, perawatan diri dan bayinya meningkat terus, menyadari bahwa dirinya terpisah dengan bayinya

### 2.1.6 Komplikasi

1. Perdarahan Perdarahan adalah penyebab kematian terbanyak pada wanita selama periode post partum. Perdarahan post partum adalah : kehilangan darah lebih dari 500 cc setelah kelahiran kriteria perdarahan didasarkan pada satu atau lebih tanda-tanda sebagai berikut:

a. Kehilangan darah lebih dai 500 cc

- b. Sistolik atau diastolik tekanan darah menurun sekitar 30 mmHg
- c. Hb turun sampai 3 gram % (novak, 1998).

Perdarahan post partum dapat diklasifikasi menurut kapan terjadinya perdarahan dini terjadi 24 jam setelah melahirkan. Perdarahan lanjut lebih dari 24 jam setelah melahirkan, syok hemoragik dapat berkembang cepat dan menjadi kasus lainnya, tiga penyebab utama perdarahan antara lain :

- a. Atonia uteri : pada atonia uteri uterus tidak mengadakan kontraksi dengan baik dan ini merupakan sebab utama dari perdarahan post partum. Uterus yang sangat teregang (hidramnion, kehamilan ganda, dengan kehamilan dengan janin besar), partus lama dan pemberian narkosis merupakan predisposisi untuk terjadinya atonia uteri.
  - b. Laserasi jalan lahir : perlukaan serviks, vagina dan perineum dapat menimbulkan perdarahan yang banyak bila tidak direparasi dengan segera.
  - c. Retensio plasenta, hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus. retensio plasenta adalah : tertahannya atau belum lahirnya plasenta atau 30 menit setelah bayi lahir.
  - d. Lain-lain :
    - 1) Sisa plasenta atau selaput janin yang menghalangi kontraksi uterus sehingga masih ada pembuluh darah yang tetap terbuka
    - 2) Ruptur uteri, robeknya otot uterus yang utuh atau bekas jaringan parut pada uterus setelah jalan lahir hidup.
    - 3) Inversio uteri (Wikenjosastro, 2000).
2. Infeksi puerperalis

Didefinisikan sebagai; inveksi saluran reproduksi selama masa post partum. Insiden infeksi puerperalis ini 1 % - 8 %, ditandai adanya kenaikan suhu > 38 0 dalam 2 hari selama 10 hari pertama post partum. Penyebab klasik adalah : streptococcus dan staphylococcus aureus dan organisasi lainnya.

3. Endometritis.

Adalah infeksi dalam uterus paling banyak disebabkan oleh infeksi puerperalis. Bakteri vagina, pembedahan caesaria, ruptur membran memiliki resiko tinggi terjadinya endometritis (Novak, 1999).

4. Mastitis yaitu infeksi pada payudara. Bakteri masuk melalui fisura atau pecahnya puting susu akibat kesalahan tehnik menyusui, diawali dengan pembengkakan, mastitis umumnya diawali pada bulan pertama post partum (Novak, 1999).

5. Infeksi saluran kemih Insiden mencapai 2-4 % wanita post partum, pembedahan meningkatkan resiko infeksi saluran kemih. Organisme terbanyak adalah Entamoba coli dan bakterigram negatif lainnya.

6. Tromboplebitis dan trombosis Semasa hamil dan masa awal post partum, faktor koagulasi dan meningkatnya status vena menyebabkan relaksasi sistem vaskuler, akibatnya terjadi tromboplebitis (pembentukan trombus di pembuluh darah dihasilkan dari dinding pembuluh darah) dan trombosis (pembentukan trombus) tromboplebitis superfisial terjadi 1 kasus dari 500 – 750 kelahiran pada 3 hari pertama post partum.

7. Emboli yaitu : partikel berbahaya karena masuk ke pembuluh darah kecil menyebabkan kematian terbanyak di Amerika (Novak. 1999).

8. Post partum depresi Kasus ini terjadinya berangsur-angsur, berkembang lambat sampai beberapa minggu, terjadi pada tahun pertama. Ibu bingung dan merasa takut pada dirinya. Tandanya antara lain, kurang konsentrasi, kesepian tidak aman, perasaan obsesi cemas, kehilangan kontrol, dan lainnya. Wanita juga mengeluh bingung, nyeri kepala, gangguan makan, dysmenor, kesulitan menyusui, tidak tertarik pada sex, kehilangan semangat (Novak, 1999).

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Menurut Moctar (1998), mengatakan bahwa prinsip yang harus diperhatikan dalam menangani ruptur perineum adalah:

1. Bila seorang ibu bersalin mengalami perdarahan setelah anak lahir, segera memeriksa perdarahan tersebut berasal dari retensio plasenta atau plasenta lahir tidak lengkap.
2. Bila plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi uterus baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan pada jalan lahir selanjutnya dilakukan penjahitan. Prinsip melakukan jahitan pada robekan perineum :
  - a. Reparasi mula-mula dari titik pangkal robekan sebelah dalam/proksimal ke arah luar/distal. Jahitan dilakukan lapis demi lapis, dari lapis dalam kemudian lapis luar.
  - b. Robekan perineum tingkat I : tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan aposisi luka baik, namun jika terjadi perdarahan segera dijahit dengan menggunakan benang catgut secara jeluujur atau dengan cara angka delapan.

- c. Robekan perineum tingkat II : untuk laserasi derajat I atau II jika ditemukan robekan tidak rata atau bergerigi harus diratakan terlebih dahulu sebelum dilakukan penjahitan. Pertama otot dijahit dengan catgut kemudian selaput lendir. Vagina dijahit dengan catgut secara terputus-putus atau jelujur. Penjahitan mukosa vagina dimulai dari puncak robekan. Kulit perineum dijahit dengan benang catgut secara jelujur.
- d. Robekan perineum tingkat III : penjahitan yang pertama pada dinding depan rektum yang robek, kemudian fascia perirektal dan fascia septum rektovaginal dijahit dengan catgut kromik sehingga bertemu kembali.
- e. Robekan perineum tingkat IV : ujung-ujung otot sfingter ani yang terpisah karena robekan diklem dengan klem pean lurus, kemudian dijahit antara 2-3 jahitan catgut kromik sehingga bertemu kembali.
- f. Meminimalkan Derajat Ruptur Perineum. Persalinan merupakan salah satu sebab terjadinya ruptur perineum. Menurut Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal (2008) kerjasama dengan ibu dan penggunaan perasat manual yang tepat dapat mengatur ekspulsi kepala, bahu, dan seluruh tubuh bayi untuk mencegah laserasi atau meminimalkan robekan pada perineum.

Dalam menangani asuhan keperawatan pada ibu postpartum spontan, dilakukan berbagai macam penatalaksanaan, diantaranya :

1. Monitor TTV Tekanan darah meningkat lebih dari 140/90 mungkin menandakan preeklamsi suhu tubuh meningkat menandakan terjadinya infeksi, stress, atau dehidrasi.



2. Pemberian cairan intravena Untuk mencegah dehidrasi dan meningkatkan kemampuan perdarahan darah dan menjaga agar jangan jatuh dalam keadaan syok, maka cairan pengganti merupakan tindakan yang vital, seperti Dextrose atau Ringer.
3. Pemberian oksitosin Segera setelah plasenta dilahirkan oksitosin (10 unit) ditambahkan dengan cairan infuse atau diberikan secara intramuskuler untuk membantu kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan post partum.
4. Obat nyeri. Obat-obatan yang mengontrol rasa sakit termasuk sedative, alaraktik, narkotik dan antagonis narkotik. Anastesi hilangnya sensori, obat ini diberikan secara regional/ umum (Hamilton, 1995).

## **2.2 Konsep Retensio Plasenta**

### **2.2.1 Definisi**

Menurut Prawiroharjo (2008), retensio plasenta adalah belum lepasnya plasenta dengan melebihi waktu setengah jam setelah bayi lahir. Keadaan ini dapat diikuti perdarahan yang banyak, artinya hanya sebagian plasenta yang telah lepas sehingga memerlukan tindakan plasenta manual dengan segera. Bila retensio plasenta tidak diikuti perdarahan maka perlu diperhatikan ada kemungkinan terjadi plasenta adhesiva, plasenta akreta, plasenta inkreta, plasenta perkreta (Wiyani, 2017).

Retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya perdarahan, infeksi karena sebagai benda mati, dapat terjadi plasenta inkarserata, dapat terjadi polip plasenta dan dapat terjadi degenerasi ganas karsinoma. Sewaktu suatu bagian plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka

uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menyembuhkan perdarahan (Berampu, 2018).

### **2.2.2 Etiologi**

Retensio plasenta tidak diketahui sebelum tindakan. Menurut Berampu (2018) mengatakan bahwa beberapa penyebab retensio plasenta adalah:

1. Fungsional
  - a. His kurang kuat (penyebab terpenting), plasenta sudah lepas tetapi belum keluar karena atonia uteri dan akan menyebabkan perdarahan yang banyak. Atau karena adanya lingkaran konstriksi pada bagian bawah rahim (ostium uteri) akibat kesalahan penanganan kala III, yang akan menghalangi plasenta keluar (plasenta inkreta).
  - b. Plasenta sukar karena tempatnya (insersi disudut tuba), bentuknya (plasenta membranasea, plasenta anularis), dan ukurannya (plasenta yang sangat kecil). Plasenta yang sukar karena penyebab ini disebut plasenta adhesiva.
2. Patologi-anatomi Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena melekat dan tumbuh lebih dalam. Menurut perlengkapannya dibagi menjadi :
  - a. Plasenta akreta: vilichorialis berimplantasi menembus desidua basalis dan nitabuch layer. Pada jenis ini plasenta melekat langsung pada miometrium.
  - b. Plasenta inkreta: vilichorialis berimplantasi menembus miometrium tapi tidak menebus serosa uterus.
  - c. Plasenta perkreta: vilichorialis sampai menembus serosa atau perimetrium.

Plasenta akreta ada yang kompleta, yaitu jika seluruh permukaannya melekat dengan erat pada dinding rahim. Plasenta akreta yang persialis, yaitu jika hanya beberapa bagian dari permukaannya lebih erat berhubungan dengan

dinding rahim. Plasenta akreta yang kompleta, inkreta, dan perkreta jarang terjadi (Berampu, 2018).

### 2.2.3 Klasifikasi Retensio Plasenta

1. Plasenta Adesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
2. Plasenta Inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai/melewati lapisan miometrium.
3. Plasenta Akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai sebagian lapisan miometrium.
4. Plasenta Perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan miometrium hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
5. Plasenta Inkarserata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstriksi uteri.

### 2.2.4 Tanda dan Gejala

Tabel 2.1. Tanda plasenta dan gejala retensio plasenta

<b>Gejala</b>	<b>Separasi/ akreta parsial</b>	<b>Plasenta inkarserata</b>	<b>Plasenta akreta</b>
Konsisten uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi fundus	Sepusat	2 jari bawah pusat	Sepusat
Bentuk uterus	Discoid	Agak globuler	Discoid
Perdarahan	Sedang – banyak	Sedang	Sedikit/ tidak ada
Tali pusat	Terjulur sebagian	Terjulur	Tidak terjulur
Ostium uteri	Terbuka	Konstriksi	Terbuka

Separasi plasenta	Lepas sebagian	Sudah lepas	Melekat seluruhnya
Syok	Sering	Jarang	Jarang sekali

### 2.2.5 Patofisiologi

Patofisiologi retensio plasenta sampai sekarang belum diketahui pasti. Akan tetapi, berbagai studi menyatakan bahwa patofisiologi retensio plasenta dapat dibagi menjadi tiga mekanisme, yaitu plasentasi invasif, hipoperfusi plasenta, dan kontraktilitas inadkuat.

#### 1. Plasentasi Invasif.

Plasentasi invasif abnormal umumnya terjadi akibat trauma pada endometrium. Tindakan operasi pada uterus (seperti sectio caesarea) dapat menyebabkan gangguan integritas endometrium uterus dan lapisan myometrium (M, 2016). Serabut miometriuatrium setelah dilakukannya tindakan operasi. di sekitar luka operasi sering kali mengalami perubahan degeneratif dengan peningkatan jaringan fibrosa disertai infiltrasi sel inflamasi (Bartels HC, Postle JD, Downey P, 2018).

Akibat dari kelainan tersebut, saat proses plasentasi, sel trofoblast ekstrasvilous akan menginvasi dinding uterus lebih dalam dari biasanya yang kemudian dapat menyebabkan plasenta akreta sampai perkreta. Hal ini menyebabkan sulitnya pelepasan plasenta saat persalinan, dan menyebabkan retensio plasenta (Weeks A, Berghella V, 2016).

#### 2. Hipoperfusi Plasenta.

Beberapa spektrum penyakit, seperti preeklampsia, kehamilan preterm, pertumbuhan janin terhambat, kehamilan mati, dan keguguran rekuren, telah dipercaya menyebabkan plasentasi abnormal (M, 2016). Plasentasi abnormal kemungkinan akan terjadi dengan ditandai dengan transformasi inkomplit dari arteri spiralis menjadi sistem vaskular nonmuskular (Bartels HC, Postle JD, Downey P, 2018). Konstriksi vaskular akan menyebabkan perfusi yang berkurang atau intermiten. Hipoksia intermiten pada plasenta akan meningkatkan stress oksidatif yang selanjutnya menyebabkan kaskade yang menghasilkan disfungsi sel endotel dan meningkatkan apoptosis. Kesemua hal ini merupakan karakteristik dari retensio plasenta (Weeks A, Berghella V, 2016).

### 3. Kontraktilitas Inadekuat

Kontraksi miometrium retroplasenta merupakan salah satu faktor terpenting dari keberhasilan mekanisme kala III persalinan (Greenbaum S, Wainstock T, Dukler D, Leron E, 2017). Proses kala III persalinan berdasarkan studi ultrasonografi terdiri atas empat fase, yaitu:

- a. Fase laten: Terjadi setelah kelahiran, seluruh miometrium akan berkontraksi terkecuali yang terletak di bawah plasenta
- b. Fase kontraksi: Kontraksi miometrium retroplasenta
- c. Fase pelepasan: Kontraksi miometrium retroplasenta menyebabkan stress horizontal pada lapisan luar plasenta sehingga terjadi pelepasan plasenta
- d. Fase ekspulsi: Kontraksi miometrium plasenta menyebabkan pelepasan plasenta dari uterus.

Gangguan pada satu atau lebih dari keempat fase proses kala III persalinan dapat menyebabkan retensio plasenta. Beberapa keadaan, seperti fase laten

memanjang dan distosia telah diduga dapat menyebabkan kontraktilitas inadekuat myometrium (Weeks A, Berghella V, 2016).

### **2.2.6 Faktor yang Mempengaruhi**

#### **1. Umur**

Resiko kematian pada kelompok umur di < 20 tahun dan kelompok umur di > 35 tahun adalah tiga kali lebih tinggi dari pada kelompok umur reproduksi sehat 20-35 tahun (Berampu, 2018). Usia ibu merupakan faktor terhadap terjadinya retensio plasenta. Usia ibu lebih dari 35 tahun mempunyai resiko tinggi terjadi komplikasi terjadinya persalinan dikarenakan otot rahim yang sudah lemah sehingga persalinan akan berlangsung lama yang salah satunya akan menyebabkan terjadinya retensio plasenta (Berampu, 2018).

Usia merupakan faktor terjadinya perdarahan yang dapat mengakibatkan kematian maternal pada wanita dengan meningkatkan usia terjadinya penurunan yang progresif dari endometrium sehingga untuk mencukupi kebutuhan nutrisi janin diperlukan pertumbuhan plasenta yang lebih luas, plasenta akan mengadakan perluasan implantasi dan vilichorialis akan menembus dinding uterus lebih dalam lagi sehingga akan terjadi plasenta adhesive dan perkreta (Berampu, 2018).

#### **2. Paritas**

Paritas adalah keadaan wanita berkaitan dengan jumlah anak yang dilahirkan. Paritas anak kedua dan anak ketiga merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal lebih tinggi. Maka oleh sebab itu ibu-ibu yang sedang hamil anak pertama dan lebih dari anak ketiga harus memeriksakan kehamilan sesering mungkin agar tidak beresiko terhadap

kematian meternal. Pada paritas rendah, ibu –ibu hamil belum begitu mengerti tentang kehamilan dan pentingnya pemeriksaan kehamilan (Berampu, 2018).

Retensio plasenta sering terjadi pada ibu dengan multiparitas. Paritas mempunyai pengaruh terhadap kejadian perdarahan postpartum yang diakibatkan retensio plasenta karena pada setiap kehamilan dan persalinan terjadi penurunan sel-sel desidua. Akibat penurunan desidua atau tidak adanya sel desidua basalis dan kelainan perkembangan lapisan fibrinoid secara parsial dan total, vilus plasenta melekat pada myometrium (plasenta akreta), benar-benar menginvasi myometrium (plasenta inkreta), atau menembus myometrium ( plasenta perkreta). Vaskularisasi endometrium akan berkurang mengakibatkan terjadinya penurunan suplai darah ke plasentasehingga plasenta akan mengadakan implantasi jauhkedalam jaringan endometrium sampai menyebabkan kejarangan miometrium. Implantasi inilah yang dapat mengakibatkan tertahannya plasenta atau tidak dapat lahirnya plasenta setengah jam setelah janin lahir (Berampu, 2018).

Paritas tinggi mempunyai resiko terjadinya peningkatan jumlah darah pada kala III dan IV. Jumlah paritas yang mempunyai resiko terjadi peningkatan jumlah darah pada kala III dan IV adalah diatas lima (grandmultipara). Hal ini disebabkan oleh karena adanya gangguan elastisitas otot-otot uterus akibat mengalami peregangan karena kehamilan sehingga terjadi gangguan otot-otot uterus untuk berkontraksi sesaat setelah kelahiran bayi yang mengakibatkan timbulnya perdarahan (Berampu, 2018).

Terlalu sering bersalin (jarak antara kelahiran < 2 tahun) akan menyebabkan uterus menjadi lemah sehingga kontraksi uterus kurang baik dan

resiko terjadinya retensio plasenta meningkat, sedangkan jarak kehamilan > 10 tahun, dalam keadaan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi menyebabkan otot polos uterus menjadi kaku dan kontraksi uterus jadi kurang baik sehingga mudah terjadi retensio plasenta (Berampu, 2018).

### **3. Riwayat Kehamilan dan Persalinan terdahulu**

Riwayat kehamilan dan persalinan dengan retensio plasenta yang dialami oleh seorang ibu juga merupakan resiko terjadinya persalinan retensio plasenta kembali. Cidera dalam alat kandungan atau jalan lahir dapat ditimbulkan oleh proses kahamilan yang sedang dialami. Ini dapat berupa keguguran, bekas persalinan berulang dengan jarak pendek, bekas operasi (section caesarea) atau bekas luka (Berampu, 2018).

Perlengketan plasenta yang abnormal terjadi apabila pembentukan desidua terganggu. Keadaan yang tercakupyaitu implantasi disegmen bawah uterus, diatas jaringan parut sectio caesarea atau insisi uterus lainnya atau setelah kuretase uterus. Hampir separuh plasenta pada wanita dengan riwayat section caesarea memperlihatkan perlengketan plasenta pada myometrium secara mikrokopis (Berampu, 2018).

#### **2.2.8 Penatalaksanaan**

##### **1. Penanganan Retensio plasenta**

Menurut Tingkatan Sebelum melakukan penanganan sebaiknya mengetahui beberapa hal dari tindakan retensio plasenta :

- a. Di tempat bidan yaitu setelah dapat memastikan keadaan umum pasien segera memasang infus dan memberikan cairan ; merujuk penderita kepusat



fasilitas dengan fasilitas cukup untuk mendapatkan penanganan yang lebih baik; memberikan tranfusi proteksi dengan antibiotik, mempersiapkan plasenta manual dengan legeartis dalam pengaruh narkosa

- b. Tingkat polindes yaitu penanganan retensio plasenta dari desa sebelum persiapan donor darah yang tersedia dari warga setempat yang telah dipilih dan dicocokkan dengan donor darah pasien. Diagnosis yang dilakukan stabilisasi dan kemudian lakukan plasenta manual untuk kasus adhesive simpleks berikan uterustonika antibiotik resiko serta rujuk kasus berat.
- c. Tingkat Puskesmas yaitu diagnosis lakukan stabilisasi kemudian lakukan plasenta manual untuk kasus resiko rendah rujuk kasus berat dan berikan uterustonika antibiotik.
- d. Tingkat rumah sakit yaitu diagnosis stabilisasi plasenta manual histerektomi transfusi uterustonika antibiotik kedaruratan komplikasi.

## **2. Penanganan Secara Manual Plasenta.**

Plasenta manual adalah tindakan untuk melepaskan plasenta secara manual (menggunakan tangan) dari tempat implantasi dan melahirkan keluar dari kavum uteri. (18) Prosedur melakukan manual plasenta:

- a. Persiapan
  - 1) Pasang infus set dan cairan infus
  - 2) Jelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan
  - 3) Lanjutkan anastesi verbal atau analgesia per rectal, siapkan dan jelaskan prosedur pencegahan infeksi
- b. Tindakan penetrasi ke dalam kavum uteri
  - 1) Pastikan kandung kemih dalam keadaan kosong

- 2) Jepit tali pusat dengan klem pada jarak 5-10 cm dari vulva tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai.
  - 3) Secara obstetrik dengan memasukkan tangan lainnya (punggung tangan menghadap kebawah) kedalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat.
  - 4) Setelah mencapai pembukaan serviks, kemudian minta seorang asisten atau penolong lainnya untuk meregangkan klem tali pusat kemudian pindahkan tangan luar untuk menahan fundus uteri.
  - 5) Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan dalam hingga kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta.
  - 6) Bentangkan tangan obstetric menjadi datar seperti memberi salam jari merapat
- c. Melepaskan plasenta dari dinding uterus
- 1) Tentukan implantasi, temukan tepi plasenta paling bawah
  - 2) Setelah ujung-ujung jari masuk di antara plasenta dan dinding uterus maka perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeserkan tangan kanan dan kiri sambil menggeserkan ke atas hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus
- d. Mengeluarkan plasenta.
- 1) Sementara satu tangan masih didalam kavum uteri, lakukan eskplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal
  - 2) Pindahkan tangan luar dari fundus ke supra simpisis (tahan segmen bawah uterus) kemudian instruksikan asisten atau penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan membawa plasenta keluar.

3) Lakukan penekanan dengan tangan yang menahan suprasimpisis ke arah dorsokranial, setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta didalam wadah yang telah disediakan.

e. Pencegahan Infeksi Pasca Tindakan

- 1) Dekontaminasi sarung tangan (sebelum dilepaskan) dan peralatan lain yang digunakan
- 2) Lepaskan dan rendam sarung tangan dan peralatan lainnya didalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 3) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan handuk bersih dan kering.

f. Pemantauan pasca tindakan

- 1) Periksa kembali tanda vital sign ibu
- 2) Catat kondisi ibu dan buat laporan tindakan
- 3) Tuliskan rencana pengobatan, tindakan yang masih diperlukan dari asuhan lanjutan
- 4) Beritahu pada ibu dan keluarga tindakan telah selesai tetapi ibu masih memerlukan pemantauan dan asuhan lanjutan.
- 5) Lanjutkan pemantauan ibu hingga 2 jam pasca tindakan sebelum dipindahkan keruang rawat gabung.

### 3. Secara Kuretase

Seringkali pelepasan sebagian plasenta dapat digunakan dengan manual plasenta dan kuretase digunakan untuk mengeluarkan sebanyak mungkin jaringan yang tersisa. Kuretase diperlukan jika perdarahan berlanjut atau pengeluaran manual tidak lengkap (Berampu, 2018).

### 2.2.9 Komplikasi

Plasenta yang terlalu melekat, walaupun jarang dijumpai, memiliki makna klinis yang cukup penting karena morbiditas dan kadang-kadang mortalitas yang timbulkannya komplikasi meliputi :

- |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| 1. Perforasi uterus | 5. Perdarahan postpartum |
| 2. Infeksi          | 6. Subinvolution         |
| 3. Inversion uteri  | 7. Histerektomi          |
| 4. Syok hipovolemik |                          |

### 2.2.10 Pencegahan

Pencegahan retensio plasenta adalah dengan cara mempercepat proses separasi dan melahirkan plasenta dengan memberikan uterotonika segera setelah bayi lahir dan melakukan peregangan tali pusat terkedali. Usaha ini disebut juga penatalaksanaan aktif kala III manajemen aktif kala III (Berampu, 2018).

1. Penyuntikan oksitosin
  - 1) Pastikan tidak ada lagi didalam uterus
  - 2) Beritahu ibu ia akan disuntik
  - 3) Segera dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir segera suntikan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 pagian atas paha bagian luar. Jika oksitosin tidak tersedia, minta ibu untuk melakukan stimulasi puting susu atau menganjurkan ibu menyusui segera.
  - 4) Jangan memberikan ergometrin karena menyebabkan kontraksi tonik uterus yang dapat menghambat ekspulsi plasenta.
2. Melakukan peregangan tali pusat terkendali
  - 1) Pindahkan klem tali pusat sekitar 5-20 cm dari vulva.

- 2) Letakkan tangan pada abdomen ibu tepat pada simpisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus pada saat melakukan penegangan tali pusat dengan tangan satu yang lain menekan uterus ke arah dorsokranial. Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.
  - 3) Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali (sekitar 2 atau 3 menit berselang) untuk mengulangi penegangan tali pusat terkendali
  - 4) Saat mulai kontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan tegangan dorsokranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.
  - 5) Setelah plasenta terpisah, anjurkan ibu untuk meneran, agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina.
  - 6) Saat terlihat introitus, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk diletakkan dalam wadah secara lembut, lalu lahirkan ketuban secara perlahan. Jika plasenta belum lahir dalam 15 menit, berikan 10 unit oksitosin dosis kedua. Kosongkan kandung kemih jika teraba penuh.
3. Masase fundus uteri segera setelah bayi lahir.
    - 1) Letakan telapak tangan pada fundus uteri, anjurkan ibu untuk menarik nafas dalam perlahan serta rileks.
    - 2) Dengan lembut tapi mantap gerakan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi.

#### **2.2.11 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan Penunjang retensio plasenta menurut Manuaba, 2007

diantaranya :

1. Hitung darah lengkap : Untuk menentukan tingkat hemoglobin dan trombotopenia, serta jumlah leukosit. Pada tanda yang disertai dengan infeksi, leukosit biasanya meningkat.
2. Menentukan adanya gangguan koagulasi dengan menghitung protombin time (PT) dan Activated Partial Trombotin Time (APPT) atau yang sederhana dengan Colotting Time (CT) Ini diperlukan untuk menyingkirkan perdarahan oleh faktor lain

### **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan menjadi 5 tahap, yaitu : pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Lima tahapan inilah yang sampai saat ini digunakan sebagai langkah-langkah proses keperawatan (Deswani, 2011).

#### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang klien yang dibutuhkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan. Adapun dalam pengkajian yang harus dilakukan adalah :

- a. Pengumpulan data

Pengkajian merupakan tahap awal untuk mengumpulkan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah serta kebutuhan dan kesehatan klien meliputi :

1. Identitas

- a. Klien : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan akhir, pekerjaan, suku bangsa, alamat, no medrek, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis.
- b. Identitas penanggung jawab : Nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, agama, alamat, hubungan dengan klien.

## 2. Riwayat kesehatan

### a. Keluhan utama.

Merupakan keluhan yang paling dirasakan klien saat itu. Pada klien post manual plasenta mengeluh pusing karena perdarahan akibat dari komplikasi retensio plasenta. (Manuaba, 2007)

### b. Riwayat kesehatan sekarang.

Mengenai penyakit yang dirasakan klien pada saat di rumah sampai klien harus di rawat di rumah sakit dengan menggunakan teknik PQRST. Pada umumnya klien di bawa ke rumah sakit dengan alasan perdarahan post partum akibat retensio plasenta atau terlambatnya kelahiran plasenta dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Penanganan pertama pada klien retensio plasenta yaitu dilakukannya tindakan manual plasenta.

Pada klien post manual plasenta mengeluh pusing karena perdarahan akibat dari komplikasi retensio plasenta, pusing dirasakan bertambah apabila banyak melakukan aktivitas dan berkurang apabila di istirahatkan.

### c. Riwayat kesehatan dahulu.

Mengenai penyakit yang pernah dialami oleh klien yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang dan dapat memperberat/diperberat karena

kehamilan misalnya penyakit diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit jantung dan hipertensi.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Mengenai penyakit-penyakit yang pernah dialami oleh keluarga klien yang lain seperti kehamilan kembar, gangguan mental, penyakit yang dapat diturunkan dan penyakit yang dapat ditularkan.

e. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi.

Meliputi siklus haid, lamanya haid, sifat darah (warna, bau, gumpalan), dismenorhoe, HPHT, dan taksiran persalinan.

b) Riwayat perkawinan

Status perkawinan, umur pada waktu menikah, lama perkawinan dan berapa kali kawin.

c) Riwayat KB

Pernah menjadi akseptor, jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan, masalah yang didapati dengan penggunaan kontrasepsi tersebut, jenis kontrasepsi yang direncanakan dan jumlah anak yang direncanakan keluarga.

d) Riwayat Obstetri

Riwayat kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu. Meliputi umur kehamilan, tanggal melahirkan, jenis persalinan, tempat persalinan, berat anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

e) Riwayat Kehamilan Sekarang



Usia kehamilan, keluhan selama hamil, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien. Apakah klien mendapatkan imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan frekuensi memeriksakan kehamilannya.

f) Riwayat Persalinan Sekarang

Merupakan persalinan yang keberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, apakah terjadi perdarahan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin bayi, berat badan bayi, dan APGAR skor, serta keadaan masa nifas.

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Kesadaran. Klien dapat terjadi penurunan kesadaran/tidak akibat perdarahan.
- b. Keadaan umum. Dikaji tentang keadaan klien secara keseluruhan, pada klien post manual plasenta biasanya ditemukan keadaan yang lemah.
- c. Tanda vital. Dikaji tanda vital sebelum dan sesudah dilakukan tindakan manual plasenta.
- d. Pemeriksaan fisik head to toe
  - 1) Kepala : Dikaji bentuk kepala, kebersihan kulit kepala dan keluhan yang dirasakan pada daerah kepala.
  - 2) Wajah : Pada klien post manual plasenta wajah tampak pucat.
  - 3) Mata : Dikaji keadaan konjungtiva, sklera, fungsi penglihatan, pergerakan kedua mata, kebersihan, bila keadaan konjungtiva pucat maka dapat dipastikan anemis.

- 4) Hidung : Dikaji keluhan yang dirasakan oleh klien, adanya reaksi alergi, perdarahan, kesimetrisan, kebersihan dan fungsi penciuman.
- 5) Telinga : Dikaji keluhan yang dirasakan oleh klien, kesimetrisan, fungsi pendengaran dan kesimetrisan.
- 6) Mulut : Dikaji keluhan yang dirasakan, mukosa mulut dan keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, fungsi pengecap dan fungsi menelan. Pada klien post manual plasenta mukosa bibir kering dan tampak pucat.
- 7) Leher : Dikaji keluhan yang dirasakan, pada klien post manual plasenta tidak ditemukan pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening, tidak ada peningkatan JVP.
- 8) Dada : Dikaji keluhan yang dirasakan klien, suara nafas vesikuler, frekuensi nafas, irama jantung reguler, bunyi jantung s1 dan s2.
- 9) Payudara : Dikaji keluhan yang dirasakan klien, keadaan payudara, bentuk, hyperpigmentasi aerola, keadaan puting susu, dan kesimetrisan serta pengeluaran ASI.
- 10) Abdomen : Dikaji keluhan yang dirasakan klien, tinggi fundus uteri pada hari ke-5 setinggi 3 jari dibawah pusat, bising usus normal 5-12 x/menit, kontraksi uterus teraba kuat agar uterus dapat berinvolusi sehingga kembali mengecil.
- 11) Genetalia : Dikaji keluhan yang dirasakan klien, dikaji keadaan perineum, adanya pengeluaran lochea. Pada 2 hari pertama lochea berupa darah yang disebut lochea rubra, setelah 3-4 hari merupakan darah encer yang disebut lochea serosa dan pada hari kesepuluh

menjadi cairan putih atau kekuningan yang disebut lochea alba. Lochea berbau amis, dan yang berbau busuk menandakan adanya infeksi.

- 12) Anus : Dikaji keluhan yang dirasakan klien, ada/tidaknya hemoroid.
- 13) Ekstermitas : Dikaji keluhan yang dirasakan klien, dikaji adanya oedema, pergerakan dan kebersihan.
- 14) Ambulasi : Pada klien dengan post manual plasenta biasanya dalam waktu 2 hari sudah bisa turun dari tempat tidur dan melakukan aktivitas ringan seperti makan dan minum.

e. Aspek Psikososial dan Spiritual

1) Pola pikir.

Kaji tentang eksplorasi pengetahuan klien, cara perawatan diri dan bayinya, yang meliputi : Pemberian ASI, rencana pemberian ASI, nutrisi yang baik untuk menyusui dan makanan yang terbaik untuk bayinya, rencana imunisasi bayi.

2) Persepsi diri.

Dikaji hal yang amat difikirkan oleh klien saat dilakukan pengkajian, harapan setelah mengalami perawatan dan perubahan yang dirasa setelah melahirkan.

3) Konsep diri

4) Gambaran diri.

Apakah klien merasakan perubahan dirinya dan tubuhnya selama periode post partum, apakah perubahan yang disadari tersebut mempengaruhi perilaku dan adaptasinya terhadap pengasuhan bayinya.

5) Ideal diri.

Apakah yang diharapkan klien setelah kelahiran bayi tersebut, apakah upaya klien untuk meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri sendiri dan bayi.

6) Peran.

Bagaimana sikap ibu dengan kelahiran anaknya. Kaji kesiapan klien untuk menjadi seorang ibu baru atau perubahan peran dengan penambahan anggota keluarga yang baru.

7) Identitas diri.

Adakah kepuasan klien menjadi seorang wanita yang telah melahirkan anak.

8) Harga diri.

Adakah rasa bangga pada klien, bagaimana kepuasan klien terhadap kelahiran tersebut. Harga diri klien akan meningkat karena klien sudah mempunyai keturunan dan menjadi seorang ibu.

9) Hubungan komunikasi.

Kejelasan klien dalam kebiasaan berbicara, bahasa utama yang digunakan oleh klien.

10) Pola Aktivitas Sehari-hari.

Dikaji mengenai pola nutrisi, pola eliminasi BAK dan BAB, pola istirahat tidur dan personal hygiene.

11) Pemeriksaan diagnostic.

Dalam pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan darah (Hb, Ht, leukosit, trombosit). Pada kasus post manual plasenta terjadi penurunan jumlah Hb dan Ht, terjadi peningkatan jumlah leukosit.

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Adapun diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien perdarahan post partum menurut (Doenges, 2001) adalah :

1. Hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.
4. Risiko infeksi
5. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perinium selama persalinan dan kelahiran

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	Hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik, dengan kriteria hasil :	<p>MANAJEMEN HIPOVOLEMIA (I.03116)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah)</li> <li>▪ Monitor intake dan output cairan</li> </ul> </li> <li>2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hitung kebutuhan cairan</li> <li>▪ Berikan posisi modified trendelenburg</li> <li>▪ Berikan asupan cairan oral</li> </ul> </li> <li>3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>▪ Anjurkan menghindari perubahan posisi</li> </ul> </li> </ol>

			<p>mendadak</p> <p>4. Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. cairan NaCl, RL)</li> <li>▪ Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)</li> <li>▪ Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)</li> <li>▪ Kolaborasi pemberian produk darah</li> </ul>
2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Perfusi Perifer Meningkat, dengan kriteria hasil :	<p>PERAWATAN SIRKULASI (I.02079)</p> <p>1. <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, angle brachial index)</li> <li>• Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>• Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak</li> </ul>

			<p>pada ekstremitas</p> <p>2. <i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li><li>▪ Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi</li><li>▪ Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada area yang cedera</li><li>▪ Lakukan pencegahan infeksi</li><li>▪ Lakukan perawatan kaki dan kuku</li><li>▪ Lakukan hidrasi</li></ul> <p>3. <i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anjurkan berhenti merokok</li><li>• Anjurkan berolahraga rutin</li><li>• Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar</li><li>• Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol,</li></ul>
--	--	--	--



			<p>jika perlu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>• Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</li> <li>• Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat(mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)</li> <li>• Anjurkan program rehabilitasi vaskuler</li> <li>• Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi( mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega3)</li> <li>• Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan( mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</li> </ul>
3.	Ansietas berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tingkat Ansietas menurun, dengan	<p>REDUKSI ANXIETAS (I.09314)</p> <p>1. <i>Observasi</i></p>

	dengan krisis situasional.	kriteria hasil :	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi saat tingkat anxietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)</li> <li>▪ Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>▪ Monitor tanda anxietas (verbal dan non verbal)</li> </ul> <p>2. <i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>▪ Temani pasien untuk mengurangi kecemasan , jika memungkinkan</li> <li>▪ Pahami situasi yang membuat anxietas</li> <li>▪ Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>▪ Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>▪ Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>▪ Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ul> <p>3. <i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang</li> </ul>
--	----------------------------	------------------	---

			<p> mungkin dialami</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>▪ Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>▪ Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</li> <li>▪ Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>▪ Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan</li> <li>▪ Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>▪ Latih teknik relaksasi</li> </ul> <p>4. <i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kolaborasi pemberian obat anti anxietas, jika perlu</li> </ul>
4.	Risiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	PENCEGAHAN INFEKSI

		diharapkan Tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> </li> <li>2. <i>Terapeutik</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Batasi jumlah pengunjung</li> <li>• Berikan perawatan kulit pada area luka/ edema</li> <li>• Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>• Pertahankan Teknik aseptik pada pasien resiko tinggi</li> </ul> </li> <li>3. <i>Edukasi</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>• Ajarkan cara memeriksa luka</li> <li>• Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> </li> </ol>
5.	Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan pasca partum meningkat, dengan kriteria hasil :	<p>MANAJEMEN NYERI (I. 08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,</li> </ul> </li> </ol>

	perinium selama persalinan dan kelahiran		<p>intensitas, skala nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Identifikasi respon nyeri non verbal</li><li>▪ Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li><li>▪ Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li><li>▪ Monitor efek samping penggunaan analgetik</li></ul> <p>2. Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li><li>▪ Fasilitasi istirahat dan tidur</li></ul>
--	--	--	--

			<p>3. Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li><li>▪ Jelaskan strategi meredakan nyeri</li></ul> <p>4. Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li></ul>
--	--	--	---

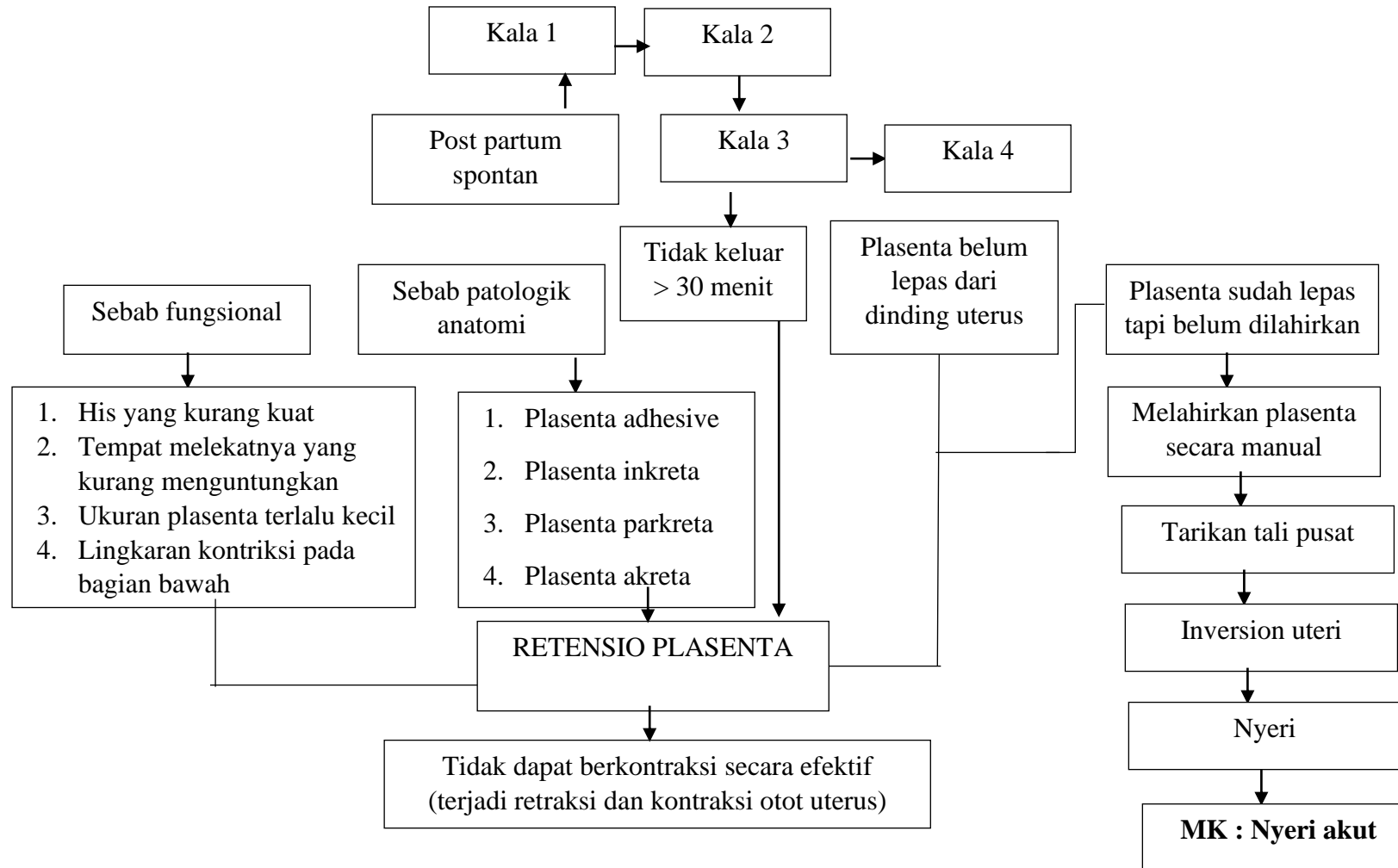
### **2.3.4 Implementasi Keperawatan**

Menurut Doenges (2004), pada tahap ini dilakukan pelaksanaan dari perencanaan perawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Anggap, 2021).

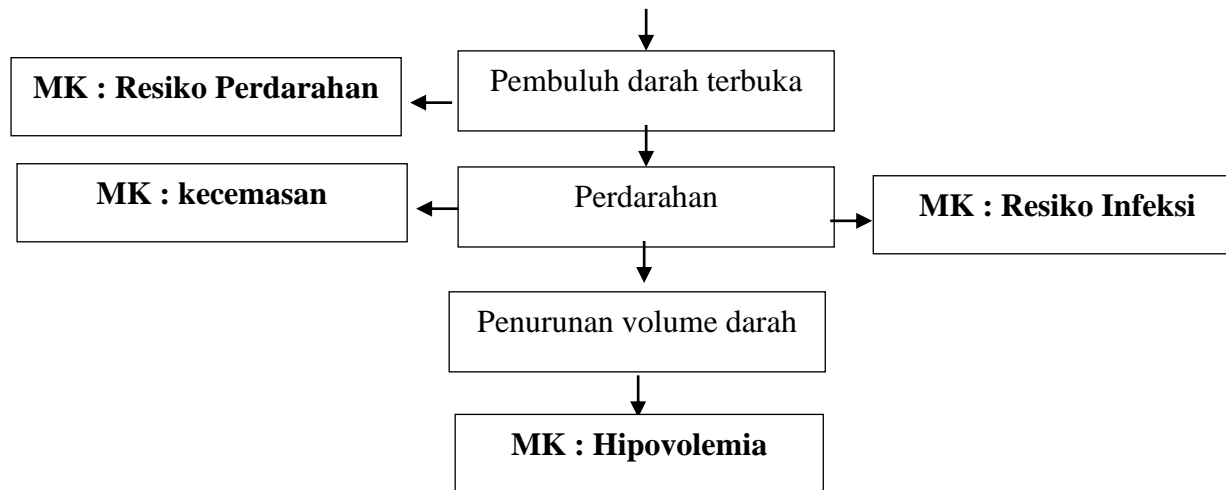
### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Menurut Suprajitno (2004), penilaian terhadap tindakan keperawatan yang diberikan/ dilakukan dan mengetahui apakah tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai yang telah ditetapkan. Pada tahap ini ada dua macam evaluasi yang dapat dilaksanakan oleh perawat, yaitu evaluasi formatif yang bertujuan untuk menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan sesuai kontrak pelaksanaan dan evaluasi sumatif yang bertujuan menilai secara keseluruhan terhadap pencapaian diagnosis keperawatan apakah rencana diteruskan, diteruskan dengan perubahan intervensi atau dihentikan. Dan penulis memakai evaluasi sumatif (Anggap, 2021).

## 2.1 Kerangka Masalah







Gambar 2.3 WOC Retensio Plasenta

Sumber : Ramada, 2020

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab ini disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Maternitas dengan diagnosa medis Post partum spontan dan Retensio Plasenta, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 31 Mei sampai 2 Juni 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 31 Mei 2021 jam 13.45 WIB di ruang F1 kamar 1A di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file register sebagai berikut.

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang Ibu bernama Ny.S usia 36 tahun. Pasien MRS pada tanggal 31 Mei 2021 pada Pukul 13.00 WIB di ruang F1 kamar 1A di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan dilakukan pengkajian pada tanggal 31 Mei 2021. Pada pukul 13.45 WIB. Pasien beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia, pendidikan terakhir adalah sarjana, pekerjaan Ibu sebagai Ibu Rumah Tangga. Pasien tinggal di Gunung Sari, Surabaya. Pasien merupakan istri dari Tn. D, pekerjaan suami sebagai TNI AL.

##### **3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini**

###### **1. Keluhan utama**

Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan

P : sakit Ketika dibuat bergerak

Q : rasa sakitnya seperti ditusuk-tusuk

R : vagina

S : 6 (0 – 10)

T : hilang timbul

## **2. Riwayat kondisi saat ini**

Pasien mengatakan datang ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 31 Mei 2021 pukul 02.00 WIB, dengan keluhan kenceng-kenceng dengan durasi 5 menit sekali, sejak kemarin siang tanggal 30 Mei 2021. Kemudian keluar cairan merembes disertai lender darah mulai jam 01.00 WIB. Pasien mengatakan pernah masuk rumah sakit dikarenakan kekurangan kalium pada saat usia kehamilan 7 bulan. Pada saat di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya kesadaran compos mentis, GCS 456, tekanan darah 126/87 mmHg, nadi 91 x/menit, suhu 36,5 C, RR 20 x/menit dan SpO2 99%. Pada saat dilakukan pemeriksaan pada serviks, pembukaan 2 cm, ketuban berwarna hijau kehitaman, pasien memiliki riwayat alergi antalgin dan CTM.

Kemudian pasien dipindah ke ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya untuk dilakukan persalinan. Pada jam 11.00 WIB, selama persalinan plasenta tidak langsung keluar selama kurang lebih 30 menit pada saat mengeluarkan plasenta tangan penolong masuk ke vagina. Kemudian masuk ke kala 4. Setelah 2 jam dilakukan persalinan, pasien dipindahkan ke ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Kemudian pada pukul 13.00 pasien dipindahkan dari ruang VK IGD ke ruang F1 kamar 1A RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pada saat diruang F1 dilakukan observasi dan didapatkan hasil tekanan darah 118/82 mmHg, suhu 36,1 C, nadi 72 x/menit dan RR 18 x/menit. Pada saat pengkajian pada pukul

13.45 WIB pasien mengeluhkan nyeri pada luka jahitan setelah persalinan. Selain itu bayi tidak rawat gabung dengan pasien.

### **3. Diagnose medis**

P3003 Post Partum Spontan hari ke 0 + Retensio Placenta

#### **3.1.3 Riwayat keperawatan**

##### **1. Riwayat obsetri**

###### **a. Riwayat menstruasi**

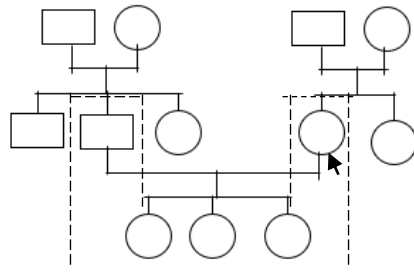
Pasien menarche pada usia 14 Tahun, dengan siklus teratur, lamanya haid kurang lebih 7-8 hari. Dengan jumlah  $\pm$  ganti 3 – 4 kali pembalut/ hari.

Pasien mengeluh nyeri setiap kali menstruasi.





b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas

Anak ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi nifas			Anak		
No	Tahun	Umur kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	Jenis	BB	PJ
1	2009	36/37 minggu	Tidak ada	Spontan	Dokter	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Perempuan	3750 gram	Dokter
2	2011	36/37 minggu	Tidak ada	Spontan	Dokter	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Perempuan	4000 gram	Dokter
3	2021	37/38 minggu	Tidak ada	Spontan	Bidan	Retensio placenta	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Perempuan	3300 gram	Bidan

c. Genogram



Keterangan :

-  : Laki – laki
-  : Perempuan
-  : Pasien
-  : Tinggal serumah

## **2. Riwayat Persalinan Dan Post Partum Sekarang**

Keluhan his pada saat persalinan nyeri seperti ditusuk-tusuk. Kemudian untuk pengeluaran pervaginam pada kala 1 pasien mengatakan kontraksi dan pada saat masuk di IGD sudah pembukaan 2 cm dan kala 1 berlangsung selama  $\pm$  8 jam. Kala 2 pada pukul 10.00 WIB pasien sudah mengalami pembukaan lengkap dan terlihat ketuban keruh. Kemudian bayi lahir. Pada kala 3 setelah bayi lahir plasenta tidak langsung cepat keluar sehingga untuk pengeluaran plasenta butuh waktu kurang lebih 20 menit. Kemudian pada kala 4 plasenta keluar dan pasien dianjurkan untuk istirahat selama 2 jam setelah persalinan.

### **a. DATA BAYI**

Bayi Ny. S lahir pada tanggal 31 Mei 2021 pukul 10.00 WIB. Bayi dengan jenis kelamin perempuan. Untuk nilai APGAR score adalah 4 – 6. Berat badan bayi 3300 gram, Panjang badan 50cm, untuk Lingkar kepala bayi 32 cm. bayi Ny. S tidak memiliki kelainan kepala, Suhu 36,5 C, Anus: berlubang, Perawatan tali pusat yang dilakukan adalah tali pusat dibalut dengan kassa setelah lahir bayi dirawat di ruang NICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## **3. Riwayat Keluarga Berencana :**

Ny. S melaksanakan KB dan alat kontrasepsi yang digunakan adalah IUD. Pasien menggunakan KB IUD setelah melahirkan anak kedua. Setelah melahirkan anak ketiga Ny. S tidak memasang KB. Pada saat menggunakan KB pasien tidak memiliki masalah.

## **4. Riwayat Kesehatan**

Penyakit yang pernah dialami ibu sebelumnya Ny. S pernah dirawat di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dikarenakan pada saat hamil Ny. S kekurangan kalium. Riwayat penyakit keluarga Ny. S, keluarga Ny. S tidak memiliki riwayat penyakit seperti penyakit diabetes mellitus, penyakit jantung, ataupun penyakit hipertensi.

## **5. Riwayat Lingkungan**

Lingkungan tempat tinggal pasien cukup bersih, pasien mengatakan setiap hari membersihkan rumah pagi dan sore. Ny. S mengatakan kesehariannya tidak berada di tempat yang berbahaya. Ny. S memahami tentang pentingnya menjaga kebersihan.

### **3.1.4 Aspek Psikososial**

Persepsi Ny. S tentang persalinan saat ini seperti Ny. S mendapat anugerah dari Allah SWT. Harapan yang Ny. S inginkan ialah anak-anaknya dapat tumbuh dengan sehat dan bayi yang baru dilahirkan juga sehat. Ny. S saat ini tinggal dengan suami dan anak-anaknya. Menurut Ny. S yang terpenting baginya ialah kesehatan serta kebahagiaan suami dan anak-anaknya. Untuk sikap anggota keluarga Ny. S terhadap keadaan saat ini, sangat menerima dengan baik kelahiran bayi kecil yang menjadi keluarga barunya. Ny. S sudah sangat siap mental untuk menjadi ibu karena persalinan ini adalah persalinan ketiga yang dialami Ny. S.

### **3.1.5 Kebutuhan Dasar Khusus**

#### **1. Pola nutrisi**

Frekuensi makan Ny. S 3x sehari, Nafsu makan baik habis 1 porsi. Jenis makanan pada saat berada dirumah seperti nasi, sayur, ikan, tempe, buah,

susu hamil. Makanan yang tidak disukai tidak ada tetapi Ny. S memiliki alergi terhadap obat yang mengandung antalgin dan CTM.

## **2. Pola eliminasi**

Untuk BAK Ny. S, frekuensi kurang lebih 10 kali, berwarna kuning jernih pada saat BAK, Ny. S tidak memiliki keluhan saat BAK. BAB Ny. S selama dirumah sakit untuk frekuensi nya 1 kali/hari, berwarna kuning, berbau khas, untuk konsistensinya lembek dan tidak ada masalah.

## **3. Pola personal hygiene**

Untuk mandi, selama dirumah frekuensi mandi Ny. S 2 x/hari menggunakan sabun. Oral hygiene dilakukan sebanyak 2 x/hari, cuci rambut dilakukan sebanyak 3 x /minggu dengan menggunakan shampoo. Pada saat dilakukan pengkajian pasien belum melakukan personal hygiene.

## **4. Pola istirahat dan tidur**

Lama tidur Ny. S selama berada di rumah selama 6 jam/hari. Kebiasaan Ny. S sebelum tidur ialah bercerita dengan suami tentang kegiatan sehari-hari sebelum tidur. Tidak ada masalah dengan pola tidur Ny. S.

## **5. Pola aktifitas dan latihan**

Untuk kegiatan sehari-hari Ny. S, karena Ny. S ibu rumah tangga, Ny. S setiap hari bersih-bersih rumah. Selama hamil Ny. S rutin melakukan senam hamil setiap 1 minggu sekali dan setiap pagi Ny. S juga sering jalan-jalan pagi selama 15 menit / hari. Pada saat ada waktu luang Ny. S menonton tv dan bercerita-cerita dengan keluarga. Keluhan dalam beraktifitas Ny. S tidak memiliki masalah.

## **6. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan**



Ny. S tidak pernah merokok, meminum-minuman keras dan Ny. S tidak pernah ketergantungan obat.

### **3.1.6 Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum Ny. S baik dan rapi, untuk kesadarannya compos mentis. Tekanan darah 118/82 mmHg, Nadi 72 x/menit, Respirasi 20 x/menit, Suhu 36,1 C, Berat badan 68 kg dan Tinggi badan 156 cm.

1. Kepala, mata telinga, hidung dan tenggorokan tidak ada masalah. Bentuk kepala bulat dan tidak ada keluhan terkait kepala.
2. Pemeriksaan mata. Kelopak mata normal, gerakan mata normal, Konjungtiva tidak anemis, Sklera berwarna putih, Pupil isokor, Akomodasi normal dan tidak ada masalah terkait mata pasien.
3. Pemeriksaan hidung. Reaksi alergi tidak ada Tidak ada masalah pada sinus, polip dan tidak ada penurunan penciuman ataupun lesi. Mulut dan Tenggorokan, Gigi geligi Normal dan Cukup Bersih. Tidak ada masalah menelan.
4. Dada dan Axilla. Mammae membesar, Areolla mammae Berwarna cokelat kehitaman normal dan tidak nyeri, Papila mammae : Timbul Normal, berwarna hitam. Serta Colostrum sudah keluar.
5. Pada pemeriksaan pernafasan didapatkan bentuk dada normochest, jalan nafas bebas dan paten (bernafas spontan), suara nafas vesikuler, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pernafasan pursed lips, frekuensi pernafasan 18x/menit, Spo2 98 %.

6. Sirkulasi jantung. Kecepatan denyut apical 72 x/menit, Irama Reguler, Kelainan bunyi jantung Tidak Ada, Sakit dada Tidak Ada dan Tidak Ada kelainan jantung.
7. Abdomen. Tinggi fundus uterus 3 jari dari fundus dan kontraksi pada teraba uterus kuat.
8. Perineum dan Genital. Perineum baik, keluar darah nifas. Untuk tanda REEDA seperti Rednes, Edema, Echimosis, Discharge dan Approximate tidak ada. Lokia rubra, jumlahnya 1 pembalut penuh, berwarna merah. Terdapat adanya luka episiotomy. Untuk masalah keperawatan yang muncul adalah risiko infeksi dan risiko perdarahan.
9. Pada pemeriksaan ekstermitas didapatkan hasil turgor kulit baik, elastis, warna kulit sawo matang, tidak terdapat kontraktur pada persendian ekstrimitas, tidak terdapat edema ekstermitas, tidak ada kesulitan dalam pergerakan, akral dingin, pucat, dan basah.

Kekuatan otot :

5555	5555
5555	5555

10. Kesiapan dalam perawatan bayi

Ny. S mengikuti senam hamil : 1 x/minggu. Ny. S memang sudah mencanakan untuk melahirkan di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Perlengkapan kebutuhan bayi dan ibu sudah dipersiapkan dengan baik oleh Ny. S. Kesiapan mental ibu dan keluarga, Ny. S dan keluarga sudah siap untuk menerima kehadiran bayi barunya. Pengetahuan tentang tanda-tanda melahirkan, cara menangani nyeri, dan proses persalinan, Ny. S dan keluarga

sudah memahami cara menangani nyeri dan proses persalinan, karena persalinan sekarang ini sudah yang ketiga.

### 3.1.7 Data Penunjang

1. Laboratorium : tanggal 31 Mei 2021

Parameter	Result	Unit	Ref.Ranges
<b>KIMIA</b>			
BUN	15,0	Mg/dL	10.0-24.0
Kreatinin	0,8	Mg/dL	0.6-1.5
SGOT	10	U/I	0-35
SGPT	11	U/I	0-37
Albumin	4,03	Mg/dL	3.40-4.80
Natrium	138.2	Mmol/L	135-147.00
Kalium	3.59	Mmol/L	3.00-5.00
Chlorida	99,0	Mmol/L	95.0-105.0
<b>Hematologi</b>			
WBC	<b>19,65</b>	$10^3/uL$	4.0-10.0
Neu#	<b>15,53</b>	$10^3/uL$	2,0-7,0
Neu%	<b>79,10</b>	%	50,0-70,0
Lym#	1,79	$10^3/uL$	0,8-4,0
Lym%	<b>17,10</b>	%	20.0-40.0
Mon#	0,72	$10^3/uL$	0.12-1.2
Mon%	6,9	%	3.0-12.0
Eos#	0,15	$10^3/uL$	0.02-0.5
Eos%	1,5	%	0.5-5.0
Bas#	<b>0,03</b>	$10^3/uL$	0.0-0.1

Bas%	0,3	%	0.0-1.0
RBC	3,73	10 <sup>6</sup> /uL	3.5-5.5
HGB	<b>9,70</b>	g/dL	12,1-15,1
HCT	<b>30,60</b>	%	37,0-54,0
MCV	<b>76,3</b>	fL	80.0-100.0
MCH	<b>24,3</b>	pg	27.0-34.0
MCHC	<b>31,8</b>	g/dL	32.0-36.0
RDW_CV	<b>17,4</b>	%	11.0-16.0
RDW_SD	46,9	fL	35.0-56.0
PLT	<b>509,00</b>	10 <sup>3</sup> /uL	150-450
MPV	0,354	%	0,108-0,5
PDW	16,0		15,0-17,0
PCT	<b>4,470</b>	%	0.108-0,5
IMG#	0,2	10 <sup>3</sup> /uL	0,0-999.99
IMG%	1,9	%	0,0 - 100,0
GOL DARAH + RHEBUS	0 Rh+		
<b>Kimia klinik</b>			
Glukosa darah sewaktu	<b>139</b>	mg/dL	74 – 106

## 2. USG : tanggal 17 Januari 2021



## 3. Terapi yang didapat

Tanggal	Nama Obat	Dosis	Indikasi
31 Mei 2021			
	Infus ringer laktat	1000 cc	Senyawa elektrolit untuk mengganti cairan tubuh
	Paracetamol 500mg	3x1	Untuk meredakan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit seperti demam dengue, tifoid, dan infeksi saluran kemih
	Cefixim 100mg	2x1	Untuk mengobati infeksi bakteri pada telinga, saluran pernapasan, dan infeksi saluran kemih
	Etabion	2x1	Memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral pada penderita anemia karena kekurangan zat besi. Mempercepat proses pemulihan pasca sakit. Mencegah anemi pada ibu hamil dan menyusui

## 3.2 Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : sakit Ketika dibuat bergerak</li> <li>- Q : rasa sakitnya seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R : vagina</li> <li>- S : 6 (0 – 10)</li> <li>- T : hilang timbul</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilakukan episiotomy</li> <li>- Tekanan darah 118/82 mmHg</li> <li>- Nadi 72 x/menit</li> <li>- Berposisi meringankan nyeri</li> </ul>	Agen pencedera fisik (trauma persalinan)	<p>Nyeri akut</p> <p><b>SDKI, halaman 168, D.0075, kategori : psikologis, subkategori : nyeri dan kenyamanan</b></p>
2.	Faktor risiko ketuban pecah sebelum waktunya. Pada kala 1 ketuban merembes dan		Risiko infeksi

	berwarna hijau kehitaman dan terdapat adanya luka jahitan divagina		<b>SDKI, Halaman 304, D.0142, kategori : lingkungan, subkategori : keamanan dan proteksi</b>
3.	Faktor risiko komplikasi pasca partum (retensi plasenta), pasien mengatakan plasenta keluar selama 20 menit		Risiko perdarahan  <b>SDKI, Halaman 42, D.0012, kategori : fisiologis, subkategori : sirkulasi</b>
4.	Ds : pasien mengatakan bayi dirawat di ruang NICU IGD  Do : - Tekanan darah 118/82 mmHg - Nadi 72 x/menit - RR 18 x/menit	Krisis situasional	Ansietas  <b>SDKI, Halaman 42, D.0080, kategori : fisiologis, subkategori : sirkulasi</b>

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnosa keperawatan, yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ditandai dengan P : sakit Ketika dibuat bergerak, Q : rasa sakitnya seperti ditusuk-tusuk, R : vagina, S : 6 (0 – 10), T : hilang timbul, Dilakukan episiotomy, Tekanan darah 118/82 mmHg, Nadi 72 x/menit dan berposisi meringankan nyeri
2. Risiko infeksi ditandai dengan faktor risiko ketuban pecah sebelum waktunya. Pada kala 1 ketuban merembes dan berwarna hijau kehitaman.
3. Risiko perdarahan ditandai dengan faktor risiko komplikasi pasca partum (retensi plasenta), pasien mengatakan plasenta keluar selama 20 menit

4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan pasien mengatakan bayi dirawat di ruang NICU IGD, tekanan darah 118/82 mmHg, nadi 72 x/menit dan RR 18 x/menit

#### 4.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Rencana Intervensi
1.	<p>Nyeri akut</p> <p><b>SDKI, halaman 168, D.0075, kategori : psikologis, subkategori : nyeri dan kenyamanan</b></p>	<p><b>L .08065 Tingkat nyeri, halaman 145</b></p> <p><i>Tujuan :</i> Setelah dilakukan intervensi asuhan keperawatan selama 2x24 jam tingkat nyeri pasien menurun.</p> <p><i>Kriteria Hasil :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri menurun</li> <li>b. Perilaku gelisah menurun</li> <li>c. Frekuensi nadi membaik</li> <li>d. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>1.08238 Manajemen nyeri</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri</li> <li>2) Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>3) Monitor efek samping penggunaan analgetic</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi music</li> <li>2. Fasilitasi istirahat tidur</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>2) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>



			<p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetic</li> </ol>
2.	<p>Risiko infeksi</p> <p><b>SDKI, Halaman 304, D.0142, kategori : lingkungan, subkategori : keamanan dan proteksi</b></p>	<p><b>L .14137 Tingkat Infeksi, halaman 139</b></p> <p><i>Tujuan :</i> Setelah dilakukan intervensi asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun</p> <p><i>Kriteria Hasil :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kadar sel darah putih membaik</li> <li>b. Kultur area luka membaik</li> <li>c. Nyeri menurun</li> </ol>	<p><b>I . 14539 Pencegahan Infeksi</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis</li> </ul> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan tehnik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> <li>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ul>
3.	<p>Risiko perdarahan</p> <p><b>SDKI, Halaman 42, D.0012, kategori : fisiologis, subkategori : sirkulasi</b></p>	<p><b>L .07062 Status Pascapartum, halaman 126</b></p> <p><i>Tujuan :</i> Setelah dilakukan intervensi asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan status pascapartum membaik</p> <p><i>Kriteria Hasil :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Infeksi menurun</li> <li>b. Perdarahan vagina menurun</li> </ol>	<p><b>1.07225 Perawatan Pascapersalinan</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>2. Monitor keadaan lokia (missal warna, jumlah, bau dan bekuan)</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukung ibu melakukan ambulasi dini</li> </ol>

		c. Pemulihan perinium	<p>2. Berikan kenyamanan pada ibu</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga</li> <li>2. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis</li> </ol>
4.	<p>Ansietas</p> <p><b>SDKI, Halaman 42, D.0080, kategori : fisiologis, subkategori : sirkulasi</b></p>	<p><b>L .09093 tingkat ansietas, halaman 132</b></p> <p><i>Tujuan :</i> Setelah dilakukan intervensi asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun</p> <p><i>Kriteria Hasil :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>b. Pucat menurun</li> <li>c. Perilaku gelisah menurun</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)</li> <li>2. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>2. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>3. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang</li> </ol>

			<p>2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>4. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan</p> <p>5. Latih teknik relaksasi</p>
--	--	--	---

#### 4.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	TT Perawat	Tgl Jam	Catatan Perkembangan	TT Perawat
1,2,3	31/05/2021 13.00	1. Melakukan operan dengan shift 1	S	31/05/2021 17.00 WIB	<b>Dx 1 : Nyeri Akut</b> S :	S
1,2,3	13.33	2. Melakukan anamnesa	S		- P : sakit Ketika dibuat bergerak	
3		3. Memantau TTV	S		- Q : rasa sakitnya seperti ditusuk-tusuk	

1	15.20	TD: 127/84 mmhg N: 86x/mnt S: 36,5C RR : 18 x/menit			- R : vagina - S : 5 (0 – 10) - T : hilang timbul O :	
3		4. Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara tarik nafas dalam	S		- Tekanan darah 124/94 mmHg - Nadi 87 x/menit - Keluhan nyeri menurun - Perilaku gelisah menurun	
2	15.28	5. Membenarkan infus pasien	S		A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	
	15.30	6. Mendukung ibu melakukan ambulasi dini	S	31/05/2021	<b>Dx 2 : Resiko infeksi</b>	
		7. Memonitor keadaan lokia (missal warna, jumlah, bau dan bekuan), dengan cara bertanya kepada ibu sudah ganti pembalut berapa kali dan seberapa banyak darah yang keluar	S	17.00 WIB	S : ada luka jahitan di vagina O :	S
2,3	15.35	8. Memberikan obat Paracetamol			- Kultur area luka membaik - Nyeri menurun A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	

1,2,3	15.40	500 mg, Cefixim 100 mg dan Etabion	S	31/05/2021 17.00 WIB	<b>Dx 3: Risiko perdarahan</b> S : O:	S
1,2,3	16.00	9. Menjelaskan aturan minum obat yang diberikan	S		- WBC 19,65 (4.0-10.0) $10^3/uL$	
1,2,3	16.05	10. Melakukan operan dengan shift 3	S		- HGB 9,70 g/dL (12,1-15,1 g/dL) - PLT 509,00 (150-450) $10^3/uL$ A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
				31/05/2021 17.00 WIB	<b>Dx 4 : Ansietas</b> S : pasien mengatakan bayi dirawat di ruang NICU IGD O :	
					- Tekanan darah 118/82 mmHg - Nadi 72 x/menit - RR 18 x/menit A : masalah teratasi Sebagian	

					P : intervensi dilanjutkan	
1,2,3	02/06/2021 08.00	1. Melakukan operan dengan jaga malam	S	02/06/2021 12.00 WIB	<b>Dx 1 : Nyeri Akut</b> S :	
1,2,3	08.15	2. Memeriksa keadaan umum pasien	S		- P : sakit Ketika dibuat bergerak sudah berkurang	
2,3	09.00	3. Memonitor keadaan lokia (missal warna, jumlah, bau dan bekuan), dengan cara bertanya kepada ibu sudah ganti pembalut berapa kali dan seberapa banyak darah yang keluar	S		- Q : rasa sakit seperti ditusuk-tusuk berkurang	
1,2,3	10.15	4. Memantau TTV TD: 124/83 mmhg	S		- R : vagina - S : 3 (0 – 10) - T : hilang timbul	
					O :	
					- Tekanan darah 124/83 mmHg	
					- Nadi 84 x/menit	
					- Keluhan nyeri menurun	
					- Perilaku gelisah	

		N: 86x/mnt S: 36,5C RR : 18 x/menit			menurun A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan, pasien pulang	
1	10.20	5. Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara tarik nafas dalam	S	02/06/2021	<b>Dx 2 : Resiko infeksi</b> S : luka jahitan sudah mulai membaik O :	
		6. Mendukung ibu melakukan ambulasi dini		12.00 WIB	- Kultur area luka membaik - Nyeri menurun	
1,3	10.30	7. Memberikan obat Paracetamol 500 mg, Cefixim 100 mg dan Etabion	S		A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dihentikan pasien pulang	
1,2,3	11.00	8. Menjelaskan aturan minum obat yang diberikan	S		<b>Dx 3: Risiko perdarahan</b>	
1,2,3	11.20	9. Melakukan operan dengan shift 2	S		S :	
1,2,3	11.30		S	02/06/2021	O:	
				12.00 WIB	- Infeksi menurun - Perdarahan vagina	

				<p>menurun yang biasanya ganti 5 kali berkurang 3-4 kali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemulihan perinium sudah lebih baik</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p> <p><b>Dx 4 : Ansietas</b></p> <p>S : pasien mengatakan sudah tidak khawatir lagi dikarenakan pasien sudah mau pulang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>- Pucat menurun</li> <li>- Perilaku gelisah menurun</li> </ul> <p>A : masalah teratasi</p>	
--	--	--	--	--	--

02/06/2021  
12.00 WIB



					P : intervensi dihentikan, pasien pulang	
--	--	--	--	--	---	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan kasus ini ditunjukkan untuk menganalisa kesesuaian fakta yang terjadi pada pasien yang berkaitan dengan tinjauan kasus asuhan keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis medis Post partum spontan dan Retensio Plasenta di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Kegiatan yang dilakukan melalui pengkajian, diagnose keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 Pengkajian**

Hasil pengkajian data fokus pada Ny.S didapatkan hasil bahwa pasien Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan, P : sakit Ketika dibuat bergerak, Q : rasa sakitnya seperti ditusuk-tusuk, R : vagina, S : 6 (0 – 10), T : hilang timbul. Dijelaskan dalam teori bahwa ada beberapa penyebab nyeri pada post partum, yaitu perinium akan terdapat robekan jika di lakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu sehingga menyebabkan nyeri (Fiandara, 2018).

Pada saat dilakukan pengkajian pada Ny.S didapatkan pasien mengalami Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, yang ditandai dengan P : sakit Ketika dibuat bergerak, Q : rasa sakitnya seperti ditusuk-tusuk, R : alat kelamin, S : 6 (0 – 10), T : hilang timbul, Dilakukan episiotomy, Tekanan darah 118/82 mmHg, Nadi 72 x/menit dan berposisi meringankan nyeri. Sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Fiandara (2018), yang mengatakan bahwa perinium akan terdapat robekan jika di

lakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu sehingga menyebabkan nyeri.

Pada saat pengkajian didapatkan diagnose keperawatan Risiko infeksi ditandai dengan pasien mengatakan ada luka jahitan di vagina, WBC 19,65 (4.0-10.0)  $10^3/uL$ , HGB 9,70 g/dL (12,1-15,1 g/dL) dan PLT 509,00 (150-450)  $10^3/uL$ . Hal tersebut dapat terjadi sesuai dengan teori menurut Wiknjosastro (2000), pada saat post partum spontan terdapat adanya laserasi jalan lahir sehingga menyebabkan perlukaan serviks, vagina dan perineum dapat menimbulkan perdarahan yang banyak bila tidak direparasi dengan segera (Wiyani, 2017).

Menurut Wikenjosastro (2000), perdarahan adalah penyebab kematian terbanyak pada wanita selama periode post partum. Perdarahan post partum adalah kehilangan darah lebih dari 500 cc setelah kelahiran. Maka dari itu, munculah diagnose keperawatan risiko perdarahan ditandai dengan adanya retensio plasenta, HGB 9,70 g/dL (12,1-15,1 g/dL) dan PLT 509,00 (150-450)  $10^3/uL$ . Menurut Prawiroharjo (2008), retensio plasenta adalah belum lepasnya plasenta dengan melebihi waktu setengah jam setelah bayi lahir. Keadaan ini dapat diikuti perdarahan yang banyak, artinya hanya sebagian plasenta yang telah lepas sehingga memerlukan tindakan plasenta manual dengan segera (Wiyani, 2017).

Pada saat dilakukan pengkajian bayi tidak rawat gabung dengan Ny. S, sehingga peneliti mengangkat diagnose keperawatan ansietas. Bayi Ny. S dirawat di Nicu Igd dikarenakan adanya nilai apgar skore 4 – 6. Rawat gabung merupakan pilihan terbaik untuk merawat bayi dan ibu yang sehat karena dapat meningkatkan

pemberian ASI, mengurangi risiko infeksi, meningkatkan ikatan antara ibu dan bayi, dan mengurangi biaya yang harus dikeluarkan rumah sakit (Susanti, 2013).

#### 4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan kasus ada 3 diagnosa keperawatan yang muncul, hal ini disesuaikan dengan keadaan pasien yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik,

Menurut SDKI (2017) diagnose nyeri akut memiliki tanda mayor pada data objektif tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur dan data minor pada data objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa nyeri akut antara lain pasien mengeluh nyeri pada luka jahitan, P : sakit Ketika dibuat bergerak, Q : rasa sakitnya seperti ditusuk-tusuk, R : vagina, S : 6 (0 – 10), T : hilang timbul, Dilakukan episiotomy, Tekanan darah 118/82 mmHg, Nadi 72 x/menit dan berposisi meringankan nyeri.

Rasional : diagnosa keperawatan ini ditegakkan karena adanya nyeri yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI, 2017).

Penulis menegakkan diagnosa keperawatan ini dikarenakan pasien mengeluhkan adanya rasa nyeri pada luka jahitan yang disebabkan karena pasien dalam kondisi post partum spontan. Hal tersebut sejalan dengan teori Harfiah (2011), yang menyatakan pada saat post partum spontan di perinium akan terdapat robekan jika di lakukan episiotomi yang akan terjadi masa

penyembuhan selama 2 minggu sehingga menyebabkan nyeri (Fiandara, 2018).

## 2. Risiko infeksi

Menurut SDKI (2017) diagnose risiko infeksi yang memiliki factor risiko penyakit kronis, efek prosedur infasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh perifer (gangguan peristaltic, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi ph, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imunosupresi, leukopenia, supresi respon Inflamasi, vaksinasi tidak adekuat). Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnose keperawatan risiko infeksi, yang ditandai dengan pasien mengatakan ada luka jahitan di vagina, WBC 19,65 (4.0-10.0)  $10^3/uL$ , HGB 9,70 g/dL (12,1-15,1 g/dL) dan PLT 509,00 (150-450)  $10^3/uL$ .

Rasional : diagnosa keperawatan ini ditegakkan karena adanya risiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI, 2017).

Penulis menegakkan diagnosa keperawatan ini dikarenakan pasien post partum spontan dan adanya retensio plasenta yang menyebabkan adanya luka dan meningkatnya kadar sel darah putih. Hal tersebut sejalan dengan teori menurut Prawiroharjo (2008), retensio plasenta adalah belum lepasnya plasenta dengan melebihi waktu setengah jam setelah bayi lahir. Selain itu di perinium akan terdapat robekan jika dilakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu (Fiandara, 2018).

### 3. Risiko perdarahan

Menurut SDKI (2017) diagnose risiko infeksi yang memiliki factor risiko aneurisma, gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises), gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatis), komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa atau abrupsi, kehamilan kembar), komplikasi pasca partum (mis atoni uterus, retensi plasenta), gangguan koagulasi (mis. trombositopenia), agen farmakologis, tindakan pembedahan, trauma, kurang terpapar informasi tentang pencegahan pembedahan, proses keganasan. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnose keperawatan risiko perdarahan, yang ditandai dengan adanya retensio plasenta, HGB 9,70 g/dL (12,1-15,1 g/dL) dan PLT 509,00 (150-450)  $10^3/uL$ .

Rasional : diagnosa keperawatan ini ditegakkan karena adanya risiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (SDKI, 2017).

Penulis menegakkan diagnosa keperawatan ini dikarenakan pasien post partum spontan dan adanya retensio plasenta yang menyebabkan adanya luka dan kehilangan banyak darah serta nilai Hbnya turun. Hal tersebut sejalan dengan teori yang menyatakan retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya perdarahan, infeksi karena sebagai benda mati, dapat terjadi plasenta inkarserata, dapat terjadi polip plasenta dan dapat terjadi degenerasi ganas karsinoma (Berampu, 2018).

### 4. Ansietas

Menurut SDKI (2017) diagnose ansietas yang memiliki tanda mayor pada subjektif merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat, sulit berkonsentrasi, dan pada data objektif tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur. Gejala dan tanda minor pada data subjektif seperti mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, pada data objektif seperti frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih dan berorientasi pada masa lalu. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnose keperawatan ansietas, yang ditandai dengan adanya bayi dan ibu tidak rawat gabung, dan adanya nilai apgar skore yang sedang (4 – 6).

Rasional : diagnosa keperawatan ini ditegakkan karena adanya bayi dan ibu tidak rawat gabung, dan adanya nilai apgar skore yang sedang (4 – 6), sehingga menyebabkan ibu merasa khawatir dengan bayinya (SDKI, 2017).

Penulis menegakkan diagnosa keperawatan ini dikarenakan perlu adanya ikatan antara ibu dan bayi yang baru dilahirkan. Hal tersebut sejalan dengan teori yang menyatakan Mempercepat mantapnya dan terus terlaksananya proses menyusui, Memungkinkan proses bonding (ikatan batin antara ibu dan bayinya), Menurunkan infeksi dengan adanya kontak kulit dengan kulit antara bayi dan ibunya memungkinkan bayi terpapar pada bakteri-bakteri normal pada kulit ibu, yang dapat melindungi bayi terhadap kuman-kuman berbahaya. Kolostrum yang mengandung banyak antibodi, yang segera didapat bayi, juga melindungi bayi terhadap penyakit infeksi, bayi yang dirawat gabung akan lebih jarang menangis, lebih mudah ditenangkan, lebih

banyak tidur. Mereka minum lebih banyak dan berat badannya lebih cepat naik. Ikterus lebih jarang terjadi. Bayi juga lebih hangat karena berada dalam kontak terus menerus dengan kulit ibunya (IDAI, 2013).

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Menurut Nurjanah (2010), rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan perawatan klien dapat diatasi. Rencana keperawatan yang dilakukan sama dengan landasan teori, karena rencana tindakan keperawatan tersebut telah sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedure) yang telah ditetapkan.

Penulis mengangkat diagnose ketidaknyamanan pasca partum dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan intervensi asuhan keperawatan selama 2x24 jam tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, perilaku gelisah menurun, frekuensi nadi membaik dan tekanan darah membaik (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, monitor efek samping penggunaan analgetic, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi music, fasilitasi istirahat tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetic (SIKI, 2018).



Penulis mengangkat diagnose risiko infeksi dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan intervensi asuhan keperawatan selama 2x24 jam tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kadar sel darah putih membaik, kultur area luka membaik dan nyeri menurun (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, pertahankan tehnik aseptik pada pasien berisiko tinggi dan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien (SIKI, 2018).

Penulis mengangkat diagnose risiko perdarahan dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan intervensi asuhan keperawatan selama 2x24 jam status pascapartum membaik dengan Kriteria Hasil Infeksi menurun, Perdarahan vagina menurun dan Pemulihan perinium (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu monitor tanda-tanda vital, monitor keadaan lokia (missal warna, jumlah, bau dan bekuan), dukung ibu melakukan ambulasi dini, berikan kenyamanan pada ibu, jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga, ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis (SIKI, 2018).

Penulis mengangkat diagnose ansietas dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan intervensi asuhan keperawatan selama 2x24 jam tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil infeksi menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, pucat menurun dan perilaku gelisah menurun (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor), monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal),

dengarkan dengan penuh perhatian, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan dan latih teknik relaksasi (SIKI, 2018).

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Menurut Nurjanah (2010) implementasi adalah pengelolaan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri (independent), saling ketergantungan atau kolaborasi (interdependent), dan tindakan rujukan atau ketergantungan (dependent). Penulis dalam melakukan implementasi menggunakan jenis tindakan mandiri dan saling ketergantungan.

##### **1. Nyeri akut**

Implementasi pada diagnosa keperawatan pertama yaitu, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri non verbal, memonitori efek samping penggunaan analgetic, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi music, memfasilitasi istirahat tidur, menjelaskan strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan mengkolaborasi pemberian analgetic.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, observasi karakteristik nyeri diperoleh P : sakit Ketika dibuat bergerak, Q : rasa sakitnya seperti ditusuk-tusuk, R : vagina, S : 5 (0 – 10), T : hilang timbul, tekanan darah 124/94 mmHg, nadi 87 x/menit, keluhan nyeri menurun dan perilaku gelisah menurun.

Intervensi tindakan keperawatan mandiri yang diberikan kepada Ny.S antara lain memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi relaksasi tarik nafas dalam, distraksi seperti menonton tv, mendengarkan murotal atau mendengarkan music. Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Andarmoyo, 2013).

## 2. Risiko infeksi

Implementasi yang telah dilakukan yaitu mengobservasi monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik (dengan cara memantau luka jahitan pada perinium, menanyakan sehari berapa kali ganti pembalut), pertahankan tehnik aseptik pada pasien berisiko tinggi (menganjurkan pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan dengan cuci tangan), cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien (untuk perawat) serta memberikan obat cefixime 100mg.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien mengatakan tidak ada robekan pada luka jahitan di perinium. Ny. S juga rajin mengganti pembalut 4 x/hari. Nyeri pada area luka juga menurun.

Infeksi puerperalis, infeksi yang mungkin terjadi pada post partum spontan. Didefinisikan sebagai; inveksi saluran reproduksi selama masa post partum. Insiden infeksi puerperalis ini 1 % - 8 %, ditandai adanya kenaikan suhu  $> 38^{\circ}\text{C}$  dalam 2 hari selama 10 hari pertama post partum. Penyebab klasik adalah : streptococcus dan staphylococcus aureus dan organisasi lainnya (Fiandara, 2018).

Infeksi menurun (ditandai dengan tidak adanya tanda-tanda infeksi, seperti nyeri pada luka jahitan berkurang, Warna kemerahan tidak muncul, tidak ada

cairan yang keluar selain darah nifas dan demam, pusing, atau lemas). Perdarahan vagina menurun yang biasanya ganti 5 kali berkurang 3-4 kali. Pemulihan perinium sudah lebih baik.

### 3. Risiko perdarahan

Implementasi yang telah dilakukan yaitu mengobservasi memonitor tanda-tanda vital (TD: 127/84 mmhg, N: 86x/menit, S: 36,5C, RR : 18 x/menit), memonitor keadaan lokia (missal warna merah, jumlah 1 pembalut penuh, bau khas), mendukung ibu melakukan ambulasi dini (menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini), memberikan kenyamanan pada ibu (memberikan posisi yang nyaman seperti meninggikan tempat tidur.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien mengatakan tidak ada robekan pada luka jahitan di perinium. Ny. S juga rajin mengganti pembalut 4 x/hari. Nyeri pada area luka juga menurun.

Tindakan keperawatan mandiri dengan menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup, karena pasien mengalami perdarahan dan meningkatkan asupan per oral. Istirahat sangat dianjurkan untuk pasien dengan ketidakseimbangan kadar konsentrasi pemeriksaan darah karena dapat mencegah terjadinya keletihan. Menurut Pujianti, (2009) Istirahat atau badrest yang cukup setidaknya 7 sampai 8 jam dapat membantu tubuh kembali fresh dan akan memproduksi lebih banyak trombosit dan mempercepat proses penyembuhan. Kemudian untuk tindakan kolaboratif antara lain : berkolaboratif dalam pemantauan pemeriksaan laboratorium teruma kadar Hb, memberikan terapi obat untuk mengurangi perdarahan dengan pemberian obat etabion.

#### 4. Ansietas

Implementasi yang telah dilakukan yaitu mengidentifikasi tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor), monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal), mendengarkan dengan penuh perhatian, mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, melatih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan dan melatih teknik relaksasi.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien mengatakan pasien sudah tidak khawatir lagi dikarenakan pasien akan pulang. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, pucat menurun dan perilaku gelisah menurun. Tindakan keperawatan mandiri dengan menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan dan persepsi, karena dapat mengurangi beban pikiran yang dialami ibu post partum.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang dilakukan kepada klien (Keliat, 2010).

Evaluasi untuk diagnose keperawatan nyeri akut pada Ny. S setelah 2x24 jam pemberian tindakan intervensi antara lain mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri non verbal, memonitor efek samping penggunaan analgetic, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi music, memfasilitasi istirahat tidur, menjelaskan strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetic (SIKI, 2018). Pada evaluasi didapatkan Ny.S mengatakan keadaan lebih

baik, nyeri sudah berkurang (P : sakit Ketika dibuat bergerak sudah berkurang, Q : rasa sakit seperti ditusuk-tusuk berkurang, R : vagina, S : 3 (0 – 10), T : hilang timbul), tekanan darah 124/83 mmHg, nadi 84 x/menit, keluhan nyeri menurun, perilaku gelisah menurun. Dengan menggunakan teori tersebut masalah ketidaknyamanan pasca partum teratasi sebagian, intervensi dihentikan dan pasien pulang. Terdapat kesamaan antara fakta dan teori yaitu dalam teori dijelaskan nyeri akibat adanya luka episiotomy pada post partum spontan, kemudian pasien diberikan teknik relaksasi nafas dalam serta ditunjang dengan pemberian terapi analgesik maka pasien mengalami perbaikan fisik yakni keluhan nyeri atau rasa tidak nyaman pasca partum dan skala nyeri dirasa berkurang pada hari ke 2.

Diagnosa Resiko Infeksi pada Ny. S setelah 2x24 jam pemberian tindakan intervensi antara lain memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik, mempertahankan tehnik aseptik pada pasien berisiko tinggi dan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien (SIKI, 2018). Pada evaluasi didapatkan Ny.S mengatakan luka bekas jahitan membaik dan nyeri menurun pada luka jahitan. Dengan menggunakan teori tersebut masalah resiko infeksi teratasi sebagian, intervensi dihentikan dan pasien pulang. Terdapat kesamaan antara fakta dan teori yaitu dalam teori dijelaskan retensio plasenta adalah belum lepasnya plasenta dengan melebihi waktu setengah jam setelah bayi lahir. Selain itu di perinium akan terdapat robekan jika dilakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu.

Diagnosa Resiko perdarahan pada Ny. S setelah 2x24 jam pemberian tindakan intervensi antara lain memonitor tanda-tanda vital, monitor tanda-tanda vital, monitor keadaan lokia (missal warna, jumlah, bau dan bekuan), dukung ibu

melakukan ambulasi dini, berikan kenyamanan pada ibu, jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga, ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis (SIKI, 2018). Pada evaluasi didapatkan Ny.S, tanda infeksi menurun, perdarahan vagina menurun yang biasanya ganti 5 kali berkurang 3-4 kali, dan pemulihan perinium sudah lebih baik. Dengan menggunakan teori tersebut masalah resiko perdarahan teratasi, intervensi dihentikan dan pasien pulang. Terdapat kesamaan antara fakta dan teori yaitu dalam teori menyatakan retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya perdarahan, infeksi karena sebagai benda mati, dapat terjadi plasenta inkarserata, dapat terjadi polip plasenta dan dapat terjadi degenerasi ganas karsinoma.

Diagnosa Resiko perdarahan pada Ny. S setelah 2x24 jam pemberian tindakan intervensi antara lain identifikasi saat tingkat anxietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor), monitor tanda anxietas (verbal dan non verbal), dengarkan dengan penuh perhatian, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan dan latih teknik relaksasi (SIKI, 2018). Pada evaluasi didapatkan Ny.S mengatakan sudah tidak khawatir lagi dikarenakan pasien sudah mau pulang, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, pucat menurun dan perilaku gelisah menurun. Dengan menggunakan teori tersebut masalah ansietas teratasi, intervensi dihentikan dan pasien pulang.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan tindakan keperawatan secara langsung pada Ny.S dengan Post Partum Spontan dan Retensio Plasenta di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu tindakan keperawatan pasien dengan diagnosis medis Post Partum Spontan dan Retensio Plasenta.

#### **5.1 Kesimpulan**

Mengacu pada uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan kepada Ny.S dengan Post Partum Spontan dan Retensio Plasenta, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

##### **1. Pengkajian**

Pasien mengatakan datang ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 31 Mei 2021 pukul 02.00 WIB, dengan keluhan kencing-kencing dengan durasi 5 menit sekali, sejak kemarin siang tanggal 30 Mei 2021. Kemudian keluar cairan merembes disertai lender darah mulai jam 01.00 WIB. Pasien mengatakan pernah masuk rumah sakit dikarenakan kekurangan kalium pada saat usia kehamilan 7 bulan. Pada saat di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya kesadaran compos mentis, GCS 456, tekanan darah 126/87 mmHg, nadi 91 x/menit, suhu 36,5 C, RR 20 x/menit dan SpO2 99%. Vt : pembukaan 2 cm, ketuban berwarna hijau kehitaman, pasien memiliki riwayat alergi antalgin dan CTM. Kemudian pasien dipindah ke ruang VK IGD RSPAL Dr. Ramelan



Surabaya untuk dilakukan persalinan. Pada jam 11.00 WIB, dilakukan persalinan selama persalinan plasenta tidak langsung keluar selama kurang lebih 20 menit, kemudian plasenta dapat dikeluarkan dan setelah 2 jam persalinan, pasien dipindahkan ke ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Kemudian pada pukul 13.00 pasien dipindahkan dari ruang VK IGD ke ruang F1 kamar 1A RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pada saat diruang F1 dilakukan observasi dan didapatkan hasil tekanan darah 118/82 mmHg, suhu 36,1 C, nadi 72 x/menit dan RR 18 x/menit. Pada saat pengkajian pada pukul 13.45 WIB pasien mengeluhkan nyeri pada luka jahitan setelah persalinan.

## **2. Diagnose Keperawatan**

Dari hasil pengkajian maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan pada Ny.S antara lain :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- 2) Risiko infeksi
- 3) Risiko perdarahan
- 4) Ansietas

## **3. Intervensi Keperawatan**

Rencana tindakan asuhan keperawatan disusun berdasarkan teori dan kondisi. Pada diagnose ketidaknyamanan pasca partum intervensi yang dilakukan berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, monitor efek samping penggunaan analgetic, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi music,

fasilitasi istirahat tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetic. Pada diagnose risiko infeksi intervensi yang dilakukan berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik, pertahankan tekhnik aseptik pada pasien berisiko tinggi dan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan. Pada diagnose risiko perdarahan Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu monitor tanda-tanda vital, monitor keadaan lokia (missal warna, jumlah, bau dan bekuan), dukung ibu melakukan ambulasi dini, berikan kenyamanan pada ibu, jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga, ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang dilaksanakan dari tanggal 31 Mei 2021 sampai dengan tanggal 2 Juni 2021 selama 2x24 jam sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun dan dilaksanakan sesuai strategi pelaksanaan dari diagnosa keperawatan utama sampai dengan diagnosa keperawatan pendamping.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Pada evaluasi ketidaknyamanan pasca partum didapatkan Ny.S mengatakan keadaan lebih baik, nyeri sudah berkurang (P : sakit Ketika dibuat bergerak sudah berkurang, Q : rasa sakit seperti ditusuk-tusuk berkurang, R : vagina, S : 3 (0 – 10), T : hilang timbul) dan masalah teratasi sebagian. Evaluasi pada diagnose risiko infeksi didapatkan Ny.S mengatakan luka bekas jahitan membaik dan nyeri

menurun pada luka jahitan dan masalah teratasi sebagian. Pada diagnose terakhir, evaluasi didapatkan Ny.S, tanda infeksi menurun, perdarahan vagina menurun yang biasanya ganti 5 kali berkurang 3-4 kali, dan pemulihan perinium sudah lebih baik. Hasil observasi TD: 124/83 mmHg, N: 86x/menit, S: 36,5C, RR : 18 x/menit.

## **5.2 Saran**

Dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan diagnose medis post partum spontan dan retensio plasenta.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan maternitas yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan maternitas dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggap. (2021). "Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Dengan Post Manual Plasenta Atas Indikasi Retensio Plasenta Di Ruang Bersalin Di Rumah Sakit Tk. II KESDAM IM Banda Aceh".  
[https://www.academia.edu/22665843/KTI\\_RETENSIO\\_PLASENTA](https://www.academia.edu/22665843/KTI_RETENSIO_PLASENTA)
- Bartels HC, Postle JD, Downey P, B. D. (2018). Placenta accreta spectrum: A review of pathology, molecular biology, and biomarkers. *Dis Markers*.
- Berampu, L. (2018). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Retensio Plasenta Pada Ibu Bersalin Di Rsud Sidikalang Kabupaten Dairi Tahun 2018*.  
<http://repository.helvetia.ac.id/id/eprint/1742>
- Bobak. (2019). Konsep Post Partum. *Post Partum*, 3(2), 9–16.  
<http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/126/jtptunimus-gdl-norhimawat-6281-2-babii.pdf>
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012. [http://www.depkes.go.id/downloads/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2012/15\\_Profil\\_Kes.Prov.JawaTimur\\_2012.pdf](http://www.depkes.go.id/downloads/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/15_Profil_Kes.Prov.JawaTimur_2012.pdf) (sitasi 21 September 2021).
- Fiandara, N. O. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada..., NAURA OKTA FIANDARA Fakultas Ilmu Kesehatan UMP*. [http://repository.ump.ac.id/1106/3/NAURA OKTA FIANDARA BAB II.pdf](http://repository.ump.ac.id/1106/3/NAURA_OKTA_FIANDARA_BAB_II.pdf)
- Greenbaum S, Wainstock T, Dukler D, Leron E, E. O. (2017). *Underlying mechanisms of retained placenta: Evidence from a population based cohort study*. 12–7.
- M, E. (2016). Characterizing Retained Placenta: Epidemiology and Pathophysiology of a Critical Obstetric Disorder. *Pediatric Research, Vol. 64*, hal. 63–7. <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/retensio-plasenta/patofisiologi>
- Mochtar, Roestam. 2008. *Sinopsis Obstetri (Obstetri Operatif dan Sosial) Jilid II*. Jakarta : ECG. Rochjati, Pudji. 2007. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil (Pengenalalan Faktor Risiko) Edisi 2*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Tjiptosiswono D, Budiningtyas, Widyaningsih W. 2004. *Kematian Maternal di RSUD dr. Moewardi Surakarta Tahun 1998 – 2002*. Kumpulan Makalah Ilmiah PIT XIV POGI 11 – 15 Juli 2004. Bandung
- Weeks A, Berghella V, B. V. (2016). Retained placenta after vaginal birth. *Up to Date*.
- WHO. 2012. *Trends in Maternal Mortality : 1990 to 2010 WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank Estimates*.

[https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4-1.pdf](https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf) (sitasi 21 September 2021).

Wiyani, R. (2017). Hubungan Antara Umur Dengan Kejadian Retensio Plasenta Pada Ibu Bersalin (Relationship Between Age With Placenta Retensio Events In The Mothers). *Jurnal Kesehatan STIKES Darul Azhar Batulicin*, 3(1), 44–48. <https://www.jurnal-kesehatan.id/index.php/JDAB/article/view/14>

## Lampiran 1

### CURRICULUM VITAE

Nama : Sri Nur Famelina Rahmi  
NIM : 2030105  
Progam Studi : Profesi Ners  
Tempat,Tanggal Lahir : Bojonegoro, 4 Juni 1997  
Umur : 23 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Nama Orang Tua : Suryono (alm) dan Agustuti (almh)  
Agama : Islam  
Alamat : JL. Kapten Rameli no 569, Ledok Kulon, Bojonegoro  
No Hp : 0812 3543 3623  
Email : famelinae@gmail.com

#### Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2003 - 2004 : Tk Pertiwi Bojonegoro
2. Tahun 2004 - 2010 : SDN Kadipaten 1 Bojonegoro
3. Tahun 2010 - 2013 : SMPN 2 Bojonegoro
4. Tahun 2013 - 2016 : SMAN MT Bojonegoro
5. Tahun 2016 - 2020 : Stikes Hang Tuah Surabaya

## Lampiran 2

### MOTTO dan PERSEMBAHAN


“Belajar, Berusaha dan Berdoa”

Persembahan :

1. Papa dan Mama saya, Bapak Suryono (alm) dan Ibu Agustuti (almh) yang selalu memberi dukungan baik materil, hingga do'a yang tak pernah henti.
2. Kedua kakak tercinta saya, Sri Nur Aini dan Faris Fandianto yang selalu medoakan agar saya sukses dan bisa menyelesaikan sarjana tepat waktu.
3. Dan untuk Mas Muhammad Pujianto yang selalu memberi dukungan baik materil serta semangat, hingga do'a yang tak pernah henti.
4. Untuk sahabat-sahabat saya (Abusiri, Rosiela, Cyndi Sukma, Nia, Eva dan Osy) yang selalu memberikan dukungan, dan hiburan disela-sela pengerjaan KIA ini.
5. Untuk Ners Angkatan 11 terimakasih telah memberikan semangat dan doa untuk penulisan ini, Semoga kita selalu dimudahkan dalam segala urusan oleh Allah SWT.
6. Untuk teman-teman satu sepembimbing (Elfira, Nure, Esty dan Putri Ayu Dewi) yang lain terimakasih atas dukungan dan bantuan dalam segala bentuk selama penyusunan ini.

## Lampiran 3

## STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL TEKNIK RELAKSASI

	<p style="text-align: center;"><b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR ( SOP )</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Teknik Mengatasi Nyeri Atau Relaksasi Nafas Dalam</b></p>
<p><b>Pengertian</b></p>	<p>Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri</p> <p>Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan pasien dengan tepat</li> <li>2. Pikiran beristirahat</li> <li>3. Lingkungan yang tenang</li> </ol>
<p><b>Tujuan</b></p>	<p>Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri</p>
<p><b>Indikasi</b></p>	<p>Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri akut maupun nyeri kronis</p>
<p><b>Prosedur</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Tahap prainteraksi       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membaca status pasien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> <li>3. Meyiapkan alat</li> </ol> </li> <li>B. Tahap orientasi       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam terapeutik</li> <li>2. Validasi kondisi pasien</li> <li>3. Menjaga perivacy pasien</li> <li>4. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga</li> </ol> </li> <li>C. Tahap kerja       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas</li> <li>2. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik</li> <li>3. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara</li> </ol> </li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Intruksikan pasien secara perlahan dan menghembuskan udara membiarkanya keluar dari setiap bagian anggota tubuh, pada waktu bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian betapa nikmatnya rasanya</li><li>5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat ( 1-2 menit )</li><li>6. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru kemudian udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh</li><li>7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kai dan rasakan kehangatannya</li><li>8. Instruksiakan pasien untuk mengulani teknik-teknik ini apa bial ras nyeri kembali lagi</li><li>9. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri</li></ol> <p>D. Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi hasil kegiatan</li><li>2. Lakukan kontrak untuk kegistsn selanjutnya</li><li>3. Akhiri kegiatan dengan baik</li><li>4. Cuci tangan</li></ol> <p>E. Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Catat waktu pelaksanaan tindakan</li><li>2. Catat respons pasien</li><li>3. Paraf dan nama perawat jaga</li></ol>
--	--