

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. S USIA 40 TAHUN  
P4A0 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA  
DI PUSKESMAS TAROGONG GARUT**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Profesi Bidan  
Pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Sekolah Tinggi Ilmu  
Kesehatan Karsa Husada Garut

**EUIS AISYAH**  
**KHGH23008**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT  
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN  
2024**

## LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. S USIA  
40 TAHUN P4A0 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA  
DI PUSKESMAS TAROGONG GARUT**

**NAMA : EUIS AISYAH**

**NIM : KHGH23008**

## KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir ini disetujui untuk disidangkan di hadapan Tim Penguji  
Program Studi Pendidikan Profesi Bidan  
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Mei 2024

Menyetujui,

Pembimbing

**Intan Rina Susilawati,**  
**SST.,M.Keb NIK: 043298.0111.100**

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan

**Intan Rina Susilawati,**  
**SST.,M.Keb NIK: 043298.0111.100**

## LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. S USIA  
40 TAHUN P4A0 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA  
DI PUSKESMAS TAROGONG GARUT**

**NAMA : EUIS AISYAH**

**NIM : KHGH23008**

## KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji  
Program Pendidikan Profesi Bidan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2024

Mengesahkan,

**Pembimbing : Intan Rina Susilawati, SST.,M.Keb (043298.0111.100)**

**Penguji 1 : Titi Purwitasari H, S.ST., Bdn., M.Keb (043298.0910.084)**

**Penguji 2 : Nofita Setiorini Putri P, S.Tr.Keb., M.Kes (043298.0122.166)**

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan

**Intan Rina Susilawati,**  
**SST.,M.Keb NIK: 043298.0111.100**

# **ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY. S USIA 40 TAHUN P4A0 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DI PUSKESMAS TAROGONG GARUT**

**EUIS AISYAH**

## **ABSTRAK**

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang dapat menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Di Indonesia pada tahun 2023, mencapai 4.129 jiwa penyebab terbanyak adalah pre eklampsia dan eklampsia, penyebab lainnya adalah perdarahan. Dari data perdarahan didapatkan perdarahan yang disebabkan oleh laserasi sebanyak 60%, atonia uteri sebanyak 25%, dan sisanya disebabkan oleh retensio plasenta. Pada tahun 2023 data PONED antara bulan Januari-Desember tercatat kasus retensio plasenta sebanyak 25 kasus penyebabnya yaitu faktor usia, paritas dan masih banyaknya persalinan yang dilakukan di rumah yang dibantu oleh dukun dengan alasan jauh ke fasilitas kesehatan dan mahal biaya persalinan, tetapi tidak ada kematian ibu meskipun demikian perlu adanya standar pelayanan pada ibu dengan retensio plasenta untuk mencegah komplikasi yang akan menyebabkan kematian pada ibu bersalin.

Tujuan penyusunan karya ilmiah akhir ini adalah untuk melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S usia 40 tahun P4A0 Kala III dengan retensio plasenta di Puskesmas Tarogong Garut dengan varney dan SOAP. Pasien datang ke PONED dalam kondisi lemah, riwayat persalinan ditolong oleh dukun, kontraksi uterus lembek, riwayat pengeluaran darah banyak sebelum datang ke PONED, kuku berwarna kebiruan, jari kaku. Penatalaksanaan diberikan O2 5L, pemasangan infus 2 jalur dan drip Oxytocin 10 IU, dilakukan manual plasenta, suntik Ergometrin 0,2 Mg IV. Hasilnya keadaan ibu membaik, kontraksi uterus baik, pengeluaran darah normal. Kesimpulan tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan standar dan berhasil.

Kata kunci : Ibu Bersalin, Kala IV, Retensio Plasenta

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas segala limpahan rahmat, karunia serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini yang berjudul “ **ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. S USIA 40 TAHUN P4A0 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DI PUSKESMAS TAROGONG GARUT**”. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan program studi Pendidikan Profesi Bidan.

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, tentunya penulis begitu banyak mendapatkan bimbingan, bantuan, dan saran serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Suryadi, SE., M.Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M. Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
4. Intan Rina S, SST., M.Keb, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan sekaligus sebagai Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya

5. Titi Purwitasari Handayani, S.ST., Bdn., M.Keb selaku penguji I Sidang Karya Ilmiah Akhir yang telah menguji dan membimbing.
6. Nofita Setiorini Putri Putranto, S.Tr.Keb., M.Kes selaku penguji II Sidang Karya Ilmiah Akhir yang telah menguji dan membimbing.
7. Seluruh dosen beserta staff Program Studi Pendidikan Profesi Bidan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
8. Bidan Dina Mardiana, SST., SKM., Bdn., M.Kes selaku pembimbing lapangan yang telah memberikan bimbingan, arahan serta kesempatan pada penulis dengan penuhkesabaran.
9. Teristimewa kepada suami dan anak - anakku, serta keluarga yang tak pernah lelah memberi dukungan, semangat, do'a restu, kasih sayang serta pengorbanan dari awal hingga tersusunnya Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Untuk sahabat seperjuangan yang selalu memberikan dukungan dan do'a sehingga penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini bisa selesai.
11. Rekan- rekan Mahasiswi Program Studi Pendidikan Profesi Bidan STIKes Karsa Husada Garut yang telah berjuang bersama dengan saling memberikan semangat dan motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
12. Ny. S beserta keluarga yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini, terimakasih atas keramahan, kebaikan serta kerjasamanya selama melakukan asuhan.
13. Seluruh pihak yang terkait dan ikut serta membantu dalam penyusunan KaryaTulis ini.

Atas segala bantuan, bimbingan serta dukungan, penulis ucapkan terimakasih. Mudah- mudahan segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT.

Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin Yarrabbal Aalamiin.

Garut, Mei 2024

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERNYATAAN</b>	i
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b>	ii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	iii
<b>KATA PENGANTAR</b>	iv
<b>DAFTAR ISI</b>	vii
<b>DAFTAR TABEL</b>	xi
<b>DAFTAR GAMBAR</b>	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	1
13.1 Latar Belakang	1
13.2 Tujuan	4
13.2.1 Tujuan Umum	4
13.2.2 Tujuan Khusus	4
13.3 Metode Pengumpulan Data	4
13.4 Waktu dan Tempat Pengkajian	6
13.5 Manfaat	5
13.5.1 Bagi Penulis	5
13.5.2 Bagi Institusi Pendidikan	5
13.5.3 Bagi Lahan Praktik	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	7
2.1 Konsep Dasar Persalinan	7
2.1.1 Pengertian	7

2.1.2	Tujuan Asuhan Persalinan	7
2.1.3	Sebab-sebab yang Menimbulkan Persalinan	7
2.1.4	Tanda dan Gejala Persalinan	9
2.1.5	Tahapan Persalinan	14
2.1.6	Tanda Bahaya Persalinan	18
2.2	Retensio Plasenta	18
2.2.1	Pengertian	18
2.2.2	Etiologi	19
2.2.3	Patofisiologi	23
2.2.4	Jenis-jenis Retensio Plasenta	25
2.2.5	Tanda dan Gejala Retensio Plasenta	25
2.2.6	Diagnosis	26
2.2.7	Jurnal Penelitian Faktor Penyebab Retensio Plasenta	29
2.3	Manual Plasenta	30
2.3.1	Pengertian	30
2.3.2	Indikasi Manual Plasenta	31
2.3.3	Komplikasi Tindakan Manual Plasenta	31
2.3.4	Kewenangan dan Standar Pelayanan Bidan Serta Alur Dalam Penanganan Retensio Plasenta	32
2.3.5	Prosedur Manual Plasenta	33
2.4	Pendokumentasian	37
2.4.1	Pengertian	37

2.4.2	Fungsi dan Tujuan Dokumentasi	38
2.4.3	Metode Dokumentasi SOAP	40
<b>BAB III TINJAUAN KASUS</b>		<b>38</b>
3.1	Asuhan Kebidanan pada Ny. S Usia 40 Tahun P4A0 Kala III dengan Retensio Plasenta di Puskesmas Tarogong Garut	42
3.2	Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Ny. S Usia 40 Tahun P4A0 Post Partum 6 Jam dengan Post Manual Plasenta Atas Indikasi Retensio Plasenta Adhesiva	52
3.3	Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Ny. S Usia 40 Tahun P4A0 Post Partum 12 Jam dengan Post Manual Plasenta Atas Indikasi Retensio Plasenta	55
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>		<b>61</b>
4.1	Data Subjektif	61
4.2	Data Objektif	63
4.3	Analisa	64
4.4	Penatalaksanaan	65
4.5	Pendokumentasian	67
<b>BAB V PENUTUP</b>		<b>69</b>
5.1	Kesimpulan	69
5.2	Saran	70
5.2.1	Bagi Penulis	70

5.2.2	Bagi Institusi	70
-------	----------------	----

ix

5.2.3	Bagi Instansi Kesehatan	70
-------	-------------------------	----

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu	43
Tabel 3.2 Lembar Observasi Kala IV	52
Tabel 3.3 Matriks Hubungan antara Teori dan Kasus	58

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Penatalaksanaan retensio plasenta

33

# **BAB I**

## **PENDAHULUN**

### **1.1 Latar Belakang**

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang dapat menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Di Indonesia pada tahun 2023, mencapai 4.129 jiwa penyebab terbanyak adalah pre eklampsia dan eklampsia, penyebab lainnya adalah perdarahan. Dari data perdarahan didapatkan perdarahan yang disebabkan oleh laserasi sebanyak 60%, atonia uteri sebanyak 25%, dan sisanya disebabkan oleh retensio plasenta. (Kemenkes,2023).

Di provinsi Jawa Barat jumlah kematian ibu tahun 2022 tercatat sebanyak 147/1000 kelahiran hidup dengan target penurunan AKI 80-84% dari 1000 kelahiran hidup AKB, pada tahun 2023 tercatat sebesar 13,56/1000 kelahiran hidup menurun signifikan dari 26 per 1000 kelahiran hidup selama satu dekade terakhir dan angka ini lebih rendah dari AKB rata-rata nasional. (Dinkes Jawa Barat, 2023)

Beberapa penyebab tingginya AKI/AKB di Kabupaten Garut, mulai dari kemiskinan, jumlah penduduk yang banyak namun tidak ditunjang dengan infrastruktur kesehatan yang lengkap, rasio antara ibu dan bayi dengan dokter spesialis obgygn masih cukup jauh, penanganan yang kurang cepat, hingga jumlah bed di Kabupaten Garut yang masih terbilang kurang. (Dinkes Garut, 2023)

Kabupaten Garut menjadi penyumbang tertinggi ke 3 di Jawa Barat Angka Kematian Ibu (AKI) terbanyak pada tahun 2023 terjadi 60 kasus, mengalami

kenaikan dibandingkan dengan tahun 2022 yaitu di angka 47 kasus. Yang mana salah satu penyebabnya perdarahan dengan jumlah 13 kasus penyebabnya eklampsia, syok, perdarahan post partum termasuk retensio plasenta. (Dinkes Garut, 2023).

Menurut laporan bulanan PONEB di UPT Puskesmas Tarogong, tidak ada kematian ibu yang tercatat antara bulan Februari dan Maret 2024, namun masih ada kasus ibu bersalin dengan retensio plasenta. Pada tahun 2023 data PONEB antara bulan Januari-Desember tercatat kasus retensio plasenta sebanyak 25 kasus penyebabnya yaitu faktor usia, paritas dan masih banyaknya persalinan yang dilakukan di rumah yang dibantu oleh dukun dengan alasan jauh ke fasilitas kesehatan dan mahalnya biaya persalinan, tetapi tidak ada kematian ibu meskipun demikian perlu adanya standar pelayanan pada ibu dengan retensio plasenta untuk mencegah komplikasi yang akan menyebabkan kematian pada ibu bersalin. (Laporan Bulanan UPT Puskesmas Tarogong Garut, 2023).

Perlengketan plasenta (*retensio plasenta*) merupakan terlambatnya kelahiran plasenta melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir tanpa di sertai pendarahan. Hal ini merupakan hal yang berbahaya dikarenakan dapat menimbulkan komplikasi seperti infeksi serta kehilangan darah yang banyak. Maka dari itu retensio plasenta termasuk dalam penyebab terjadinya perdarahan setelah melahirkan (*post partum hemorrhage*). Tentu hal ini dapat mengakibatkan kematian jika tidak ditangani dengan baik. (Kemenkes, 2023). Hasil penelitian Kusumastuti (2021) menunjukkan bahwa kejadian retensio plasenta tahun 2017– 2020 akibat usia dan paritas yaitu (31,6%) berusia  $\geq 35$  tahun, (71,3%) memiliki

paritas  $\geq 2$ . (Kusumawati,2021)

Retensio Plasenta adalah salah satu penyebab perdarahan, sehingga perlu dilakukan upaya penanganan yang baik dan benar yang dapat diwujudkan dengan upaya peningkatan keterampilan tenaga kesehatan khususnya dalam pertolongan persalinan. Dalam prakteknya bidan mempunyai standar kompetensi dalam menangani situasi kegawatdaruratan kebidanan yang salah satunya penanganan terhadap retensio plasenta yaitu dengan melakukan pengeluaran plasenta secara manual. (Permenkes: 28, 2020)

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dalam menurunkan AKI, oleh karena itu bidan harus mampu mendeteksi dini kegawatdaruratan obstetrik terutama tanda dan gejala retensio plasenta dan penanganan perdarahan sesuai kebutuhan.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk membuat Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. S USIA 40 TAHUN P4A0 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DI PUSKESMAS TAROGONG GARUT**”.

## **1.2 Tujuan Umum**

Melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S usia 40 tahun P4A0 Kala III dengan retensio plasenta di Puskesmas Tarogong Garut dengan varney dan SOAP.

### **1.2.1 Tujuan Khusus**

- 1) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. S usia 40 tahun P4A0kala III dengan retensio plasenta di Puskesmas Tarogong Garut.

- 2) Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. S usia 40 tahun P4A0 kala III dengan retensio plasenta di Puskesmas Tarogong Garut.
- 3) Menetapkan analisa asuhan kebidanan pada Ny. S usia 40 tahun P4A0 kala III dengan retensio plasenta di Puskesmas Tarogong Garut.
- 4) Melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. S usia 40 tahun P4A0 kala III dengan retensio plasenta di Puskesmas Tarogong Garut.
- 5) Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. S usia 40 tahun P4A0 kala III dengan retensio plasenta di Puskesmas Tarogong Garut.

### **1.3 Metode Pengumpulan Data**

Penulis melakukan asuhan kebidanan secara langsung kepada pasien.

Adapun teknik pengumpulan data yaitu dengan cara :

1. Wawancara

Teknik ini dilakukan komunikasi secara langsung kepada klien, keluarga dan tim Kesehatan untuk memperoleh data yang berhubungan dengan permasalahan klien yang akan dijadikan kasus, sehingga data yang diperoleh lebih akurat.

2. Observasi dan Tindakan

Teknik ini dilakukan dengan pengamatan langsung kepada klien dengan melakukan pemeriksaan fisik dengan Teknik inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi serta penunjang dan melakukan tindakan sesuai yang dibutuhkan.

### 3. Studi Kepustakaan

Membaca dan mempelajari buku-buku sumber yang dapat dijadikan data dasar teoritis yang berhubungan dengan kasus.

#### **1.4 Waktu dan Tempat Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pukul 05.40 WIB, tanggal 22 Februari 2024 di Puskesmas Tarogong Garut.

#### **1.5 Manfaat Bagi Penulis**

Diharapkan penulis dapat lebih memahami bagaimana cara memberikan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan, sehingga dapat menambah pengetahuan, pengalaman dan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar terutama pada asuhan kebidanan ibu dengan retensio plasenta.

##### **1.5.1 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan kajian, informasi untuk pendidikan dan referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam melakukan asuhan kebidanan khususnya pada ibu bersalin dengan retensio plasenta.

##### **1.5.2 Bagi Lahan Praktik**

Diharapkan Puskesmas dapat menjaga pelayanan, termasuk penanganan yang intensif pada retensio plasenta dengan cara melakukan asuhan yang sesuai dengan Standar Operasional.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Persalinan**

##### **2.1.1 Pengertian**

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Diana, 2019). Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam rahim ibunya, dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. (Fitriana, 2021). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2020).

##### **2.1.2 Tujuan Asuhan Persalinan**

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2020).

##### **2.1.3 Sebab-sebab yang Menimbulkan Persalinan**

Ada beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut :

### 1) Penurunan kadar *progesterone*

*Progesterone* menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya *estrogen* meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar *progesterone* dan *estrogen* dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar *progesterone* menurun sehingga timbul his.

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi *progesterone* mengalami penurunan, sehingga otot Rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan *progesterone* tertentu.

### 2) Teori *oxitocin*

Oxitocin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesterone* dapat mengubah sensitivitas otot Rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Diakhir kehamilan kadar *progesterone* menurun sehingga *oxytocin* bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

### 3) Keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan *Bladder* dan Lambung, bila

dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan Rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot rahim makin rentan.

#### 4) Pengaruh janin

*Hipofise* dan kelenjar *suprarenal* janin juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian *kortikosteroid* dapat menyebabkan maturase janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

#### 5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu penyebab terjadinya persalinan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot Rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan (Seran dkk, 2023).

### **2.1.4 Tanda dan Gejala Persalinan**

#### 1. Tanda-tanda permulaan persalinan

##### 1) *Lightening*

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesek, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering merasa nyeri pada anggota gerak bawah.

2) *Pollakisuria*

Pada akhir bulan hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah daripada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kemih tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut *pollakisuria*.

3) *False Labor*

Tiga atau empat minggu sebelum persalinan, ibu diganggu oleh his pedahuluan yang sebetulnya hanya peningkatan dari kontraksi Braxton hicks. His pendahuluan ini bersifat:

- a. Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah
- b. Tidak teratur
- c. Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan berjalannya waktu dan bila dibawa jalan his nya berkurang.
- d. Tidak ada pengaruh pada perdarahan atau pembukaan serviks

4) *Energy spurt*

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-48 jam sebelum persalinan mulai. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit.

### 5) *Gastrointestinal Upsets*

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

## 2. Tanda-tanda timbulnya persalinan (inpartu)

Pada fase ini sudah memasuki tanda-tanda inpartu:

### 1) Terjadinya his persalinan

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu:

a) *Increment* : Ketika intensitas terbentuk.

b) *Acme* : Puncak atau maximum.

c) *Decement* : Ketika otot relaksasi

Kontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat. Perut akan mengalami kontraksi dan relaksasi, diakhir kehamilan proses kontraksi akan lebih sering terjadi. Mulanya kontraksi terasa seperti sakit pada punggung bawa berangsur-angsur bergeser ke bagian bawah perut mirip dengan mules saat haid. Kontraksi terjadi simetris di kedua sisi perut mulai dari bagian atas dekat saluran telur ke seluruh rahim,

kontraksi rahim terus berlangsung sampai bayi lahir.

Kontraksi uterus memiliki periode relaksasi yang memiliki fungsi penting untuk mengistirahatkan otot uterus, memberi kesempatan istirahat bagi wanita, dan mempertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan kontraksi pembuluh darah plasenta. Ketika otot uterus berelaksasi di antara kontraksi, uterus terasa lembut dan mudah ditekan, karena uterus berkontraksi ototnya menjadi keras dan lebih keras, dan keseluruhan uterus terlihat naik ke atas pada abdomen sampai ke ketinggian yang tertinggi. Setiap kali otot berkontraksi, rongga uterus menjadi lebih kecil dan bagian presentasi atau kantong amnion didorong ke bawah ke dalam serviks. Serviks pertama-tama menipis, mendatar, dan kemudian terbuka, dan otot pada fundus menjadi lebih tebal.

2) Keluarnya lendir bercampur darah (*show*)

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai bloody slim.

3) Keluarnya Air-Air (Ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban.

Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering. Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Kebocoran cairan amniotik bervariasi dari yang mengalir deras sampai yang meneres sedikit demi sedikit, sehingga dapat ditahan dengan memakai pembalut yang bersih. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan lirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum.

#### 4) Pembukaan servik

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim. Servik menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan, kematangan servik mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan (Walyani, 2021).

### 2.1.5 Tahapan Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2020) persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu:

#### 1. Kala I (kala pembukaan)

Kala 1 persalinan adalah permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif yang diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm) pada Primipara kala 1 berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multipara para kira-kira 7 jam.

Kala I terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase

##### 1) Fase laten

Merupakan periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3-4 cm.

##### 2) Fase aktif

Merupakan periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi, pembukaan pada umumnya dimulai dari 3-4 cm hingga 10 cm dan berlangsung selama 6 jam. Penurunan bagian persentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan.

Fase aktif dibagi menjadi tiga fase antara lain:

##### a) Fase akselerasi, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3

cm menjadi 4 cm.

##### b) Fase dilatasi maksimal, yaitu dalam waktu 2 jam

pembukaan serviks berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi

9 cm.

- c) Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam permukaan 9 cm menjadi lengkap (Prawirohardjo, 2020).

Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

Pada kala I tugas penolong adalah mengawasi dan memberikan semangat kepada Ibu bahwa proses persalinan adalah fisiologis.

Pemberian obat atau tindakan hanya dilakukan apabila perlu dan ada indikasi. Apabila ketuban belum pecah, ibu inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan. Jika berbaring sebaiknya tidur miring kiri. Jika ketuban sudah pecah, ibu dilarang berjalan-jalan sehingga diharuskan berbaring. Periksa dalam pervaginam dilarang, kecuali ada indikasi, karena setiap pemeriksaan akan membawa infeksi, apalagi jika dilakukan tanpa memperhatikan sterilitas. Pada kala I pembukaan dilarang mengedan karena belum waktunya dan hanya akan menghabiskan tenaga ibu. Biasanya, kala I salah satu berakhir apabila pembukaan sudah lengkap sampai 10 cm.

## 2. Kala II (Kala pengeluaran janin)

Beberapa tanda dan gejala persalinan kala II adalah ibu merasakan ingin mengedan bersama terjadinya kontraksi, Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya, perineum terlihat

menonjol, vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran lendir darah. Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ke ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflekstoris timbul rasa mencedan, karena tekanan pada rectum Ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada saat terdapat his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan mencedan yang terpimpin akan lahirlah kepala dengan diikuti seluruh badan janin, kala II primi: ½-2 jam pada multipara ½-1 jam.

Pada permulaan kala II, umumnya kepala janin telah masuk PAP ketuban yang menonjol biasanya akan pecah sendiri. Apabila belum pecah, ketuban harus dipecahkan (Amniotomi). His datang lebih sering dan lebih kuat, lalu timbullah his mencedan. Penolong harus telah siap untuk memimpin persalinan.

Apabila kepala janin telah sampai di dasar panggul, vulva mulai terbuka (membuka pintu), rambut kepala kelihatan, setiap kali his, kepala lebih maju, anus terbuka, perineum meregang. Penolong harus menahan perineum dengan tangan kanan beralaskan kain kasa atau kain duck steril supaya tidak terjadi robekan (*ruptur perinei*). Tangan kiri penolong menekan bagian belakang kepala janin ke arah anus, tangan kanan di perineum. Dengan pimpinan yang baik dan sabar, lahirlah kepala dengan ubun-ubun ubun-ubun kecil (suboksiput) dibawah

simfisis sebagai hipomoklion, kemudian secara berturut-turut tampaklah bregmatika (ubun-ubun besar), dahi, muka, dan dagu.

Perhatikan apakah terdapat lilitan tali pusat, kalau ada lepaskan. Kepala akan mengadakan putaran ke salah satu paha ibu. Lahirlah bahu depan dengan menarik kepala ke arah anus (bawah), lalu bahu belakang dengan menarik pelan-pelan ke arah simfisis (atas). Melahirkan badanbong dan kaki lebih mudah, yaitu dengan mengait kedua ketiak janin. Bayi baru lahir yang sehat dan normal akan segerammenangis menggerakkan kaki dan tangannya. Bayi diletakkan dengan kepala lebih rendah, kira-kira membuat sudut  $30^\circ$  dengan bidang datar. Mulut dan hidung dibersihkan, dan lendir diisap dengan penghisap lendir, tali pusat di klem pada 2 tempat yaitu 5 dan 10 cm dari umbilikus, lalu digunting diantaranya. Ujung tali pusat pada bayi diikat dengan pita atau benang atau klem plastik sehingga tidak ada perdarahan.

Lakukan pemeriksaan ulang pada ibu meliputi kontraksi atau palpasi rahim, kandung kemih penuh atau tidak. Apabila penuh kandung kemih dikosongkan sebab dapat menghalangi kontraksi rahim dan menyulitkan kelahiran uri.

### 3. Kala III (pengeluaran plasenta)

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15

menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundusuteri.

#### 4. Kala IV (empat) Persalinan

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum.

##### **2.1.6 Tanda Bahaya Persalinan**

- 1) Bayi tidak lahir dalam 12 jam sejak terasa mulas.
- 2) Keluar darah dari jalan lahir sebelum melahirkan.
- 3) Tali pusat atau tangan/kaki bayi terlihat pada jalan lahir.
- 4) Tidak kuat mengejan .
- 5) Mengalami kejang-kejang.
- 6) Air ketuban keluar dari jalan lahir sebelum terasa mulas.
- 7) Air ketuban keruh dan berbau.
- 8) Setelah bayi lahir, ari-ari tidak keluar.
- 9) Gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat.
- 10) Keluar darah banyak setelah bayi lahir.
- 11) Bila ada tanda bahaya, ibu harus segera dibawa ke bidan/dokter.

## **2.2 Retensio Plasenta**

### **2.2.1 Pengertian**

Retensio plasenta adalah keadaan tidak lahirnya plasenta dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. (Albertus, 2022). Hal itu disebabkan karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala

tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dengan uterus. Bila sebagian kecil plasenta masih tertinggal di dalam uterus dapat menimbulkan perdarahan post partum (Puteri, 2021).

### **2.2.2 Etiologi**

Ada beberapa penyebab terjadinya retensio plasenta, yaitu :

#### **1. Faktor uterus**

- 1) Riwayat sectio caesaria, adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan diperut ibu dan rahim untuk mengeluarkan bayi. Retensio plasenta atau perlengketan plasenta perlu diwaspadai terjadi pada *Vaginal Birth After Caesar* (VBAC) saat melakukan penatalaksanaan pada kala III. Hal ini dikarenakan perlengketan plasenta yang tidak normal dapat disebabkan oleh trauma endometrium karena prosedur operasi sebelumnya sehingga menyebabkan kelainan pada perelengketan plasenta mulai dari adhesiva, akreta (Manuaba, 2018).
- 2) Riwayat kuretase sebelumnya, riwayat kuretase trauma karena abortus, dalam hal ini biasanya perkembangan decidua pada uterus hipoplastik sehingga perlekatan *vili chorialis* pada myometrium dan bahkan sampai menembus endometrium dan peritoneum.
- 3) Kehamilan ganda, pada kehamilan ganda memerlukan implantasi plasenta yang luas
- 4) Riwayat manual plasenta  
Manual plasenta adalah tindakan prosedur pelepasan plasenta dari

tempat implantasinya pada dinding uterus dan mengeluarkannya dari cavum uteri secara manual. Arti dari manual adalah dengan melakukan Tindakan invasi dan manipulasi tangan penolong persalinan yang dimasukkan langsung ke dalam cavum uteri. Indikasi dari maual plasenta adalah retensio plasenta.

## 2. Faktor maternal

### 1) Usia

Usia yang beresiko adalah usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 45 tahun. Pada kehamilan di usia kurang dari 20 tahun secara fisik dan psikis masih kurang, misalnya dalam perhatian untuk pemenuhan kebutuhan zat-zat gizi selama kehamilannya. Sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun berkaitan dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit yang sering menimpa di usia ini. Usia yang terlalu tua dapat menjadi predisposisi terjadinya retensio plasenta. Hal ini dikarenakan umur ibu yang terlalu tua mempengaruhi kerja rahim dimana sering terjadi kekakuan jaringan yang berakibat myometrium tidak dapat berkontraksi dan retraksi dengan maksimal (Hardiana, 2019).

### 2) Jarak persalinan

Terlalu sering bersalin (jarak anak <2 tahun) akan menyebabkan uterus menjadi lemah, sehingga kontraksi uterus kurang baik dan dapat meningkatkan terjadinya retensio plasenta

(Nurlaelah, 2018).

### 3) Paritas

Para adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm. Primipara adalah wanita yang telah melahirkan bayi aterm sebanyak satu kali, Multipara (pleuripara) adalah wanita yang telah melahirkan anak hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali, dan Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari lima kali.

Ibu bersalin dengan paritas yang tinggi berisiko terjadi kesakitan dan kematian maternal. Kejadian Retensio Plasenta sering terjadi pada ibu multipara dan grandemultipara dengan implantasi plasenta dalam bentuk plasenta adhesiva, plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta. Retensio plasenta akan mengganggu kontraksi otot rahim dan akan menimbulkan perdarahan. Retensio plasenta tanpa perdarahan dapat diperkirakan bahwa darah penderita terlalu banyak hilang, keseimbangan baru berbentuk bekuan darah, sehingga perdarahan tidak terjadi, kemungkinan implantasi plasenta terlalu dalam (Ulya, 2021).

### 4) Anemia

Anemia pada ibu hamil dan bersalin dapat menyebabkan kontraksi serat-serat *myometrium* terutama yang berada di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlengketan plasenta menjadi lemah sehingga memperbesar risiko terjadinya

retensio plasenta karena *myometrium* tidak dapat berkontraksi. Ibu dengan anemia dapat menimbulkan gangguan pada kala uri yang diikuti retensio plasenta dan perdarahan post partum. Ibu yang memasuki persalinan dengan konsentrasi hemoglobin yang rendah (<11 g/dl) dapat mengalami penurunan yang lebih cepat lagi jika terjadi perdarahan, anemia berkaitan dengan debilitas yang merupakan penyebab langsung terjadinya retensio plasenta (Desti Widya Astuti, 2020).

3. Tidak melakukan manajemen aktif kala III

Tidak dilakukannya manajemen aktif kala III dapat meningkatkan risiko perdarahan selama proses persalinan dan kesalahan manajemen kala III persalinan seperti manipulasi dari uterus yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak ritmik, pemberian uterotonika yang tidak tepat waktunya yang juga dapat menyebabkan serviks kontraksi dan menahan plasenta, serta pemberian anestesi yang melemahkan kontraksi uterus. Manajemen aktif kala III persalinan mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan postpartum terutama retensio plasenta. Waktu yang paling kritis untuk mencegah postpartum yang disebabkan oleh retensio plasenta adalah ketika plasenta lahir dan segera setelah itu. Ketika plasenta terlepas atau sepenuhnya terlepas tetapi tidak keluar, maka perdarahan terjadi di belakang plasenta sehingga uterus tidak dapat sepenuhnya berkontraksi karena plasenta

masih di dalam. (Prawirohardjo, 2020)

### **2.2.3 Patofisiologi**

Patofisiologi retensio plasenta dapat dibagi menjadi tiga mekanisme, yaitu invasif plasenta, hipoperfusi plasenta, dan kontraktilitas inadkuat. Ketiga mekanisme tersebut dapat mengganggu pelepasan dan ekspulsi normal plasenta dari uterus.

#### **1. Invasif Plasenta**

Perlekatan plasenta yang tidak normal yang disebabkan karena trauma pada endometrium karena prosedur operasi sebelumnya. Hal ini menyebabkan kelainan pada perlekatan plasenta mulai dari plasenta adherent, akreta hingga perkreta. Proses ini menghambat pelepasan plasenta yang mengarah ke retensio plasenta. Mekanisme ini terdapat pada karakteristik pasien dan riwayat obstetri.

#### **2. Hipoperfusi Plasenta**

Hubungan antara hipoperfusi plasenta dengan retensio plasenta adalah adanya oxidative stress, yang diakibatkan oleh *remodelling arteri spiral* yang tidak lengkap dan plasentasi yang dangkal, hal ini umum pada hipoperfusi plasenta dengan retensio plasenta. Pada model kedua ini terdapat pada hipoperfusi plasenta, berkaitan dengan komplikasi kehamilan terkait plasenta.

#### **3. Kontraksi yang tidak adekuat**

Tidak adekuatnya kontraksi pada retro-placental myometrium adalah mekanisme ketiga yang dapat menyebabkan terjadinya retensio

plasenta(Dwi Syalfina, 2021).

Jika plasenta belum lepas sama sekali, tidak terjadi perdarahan, jika plasenta lepas sebagian terjadi perdarahan yang merupakan indikasi untuk mengeluarkannya. Plasenta belum lepas dari dinding uterus karena kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesive). Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab vili korialis menembus desidua sampai di bawah peritoneum (plasenta akreta-perkreta ). Plasenta yang sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran kontraksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi kaluarnya plasenta/inkarserio plasenta.

Pada pelepasan plasenta selalu terjadi perdarahan karena sinus-sinus maternalis di tempat insersinya pada dinding uterus terbuka. Apabila sebagian plasenta lepas sebagian lagi belum, terjadi perdarahan karena uterus tidak bisa berkontraksi dan beretraksidengan baik pada batas antara kedua bagian itu. Selanjutnya apabila sebagian besar plasenta sudah lepas, tetapi sebagian kecil masih melekat pada dinding uterus, dapat timbul perdarahan dalam masanifas (Siantar, dkk. 2022).

#### **2.2.4 Jenis-jenis Retensio Plasenta**

Jenis-jenis perlekatan plasenta yang abnormal yaitu :

1. Plasenta Adhesiva

Plasenta yang belum lahir dan masih melekat di dinding rahim oleh karena kontraksi rahim yang kurang kuat untuk melepaskan plasenta.

Kegagalan mekanisme separasi fisiologis yang disebabkan karena implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta

2. Plasenta Akreta

Plasenta akreta yaitu bila implantasi plasenta menembus desidua basalis dan lapisan *Nitabunch* dan sebagian lapisan myometrium.

3. Plasenta Inkreta

Plasenta inkreta yaitu bila implantasi plasenta sampai menembus lapisan myometrium dan melewati lapisan myometrium.

4. Plasenta Perkreta

Plasenta perkreta yaitu apabila vili korialis plasenta menembus lapisan perimetrium (lapisan serosa dinding uterus) dan dapat menembus sampai organ sekitar terutama kandung kemih.

5. Plasenta Inkarserata

Yaitu dimana plasenta sudah lepas dari dinding rahim tetapi belum lahir karena terhalang oleh lingkaran kontraksi di bagian bawah rahim.

### **2.2.5 Tanda dan Gejala Retensio Plasenta**

Menurut Manuaba (2018) ada beberapa tanda dan gejala dari retensio plasenta antara lain:

1. Tanda dan gejala yang selalu ada
  - a. Plasenta belum lahir setelah 30 menit
  - b. Perdarahan segera
  - c. Kontraksi uterus kurang baik

2. Tanda dan gejala yang kadang terjadi
  - a. Tali pusat putus akibat tarikan berlebihan
  - b. Inversio uterus akibat tarikan
  - c. Perdarahan lanjutan

### **2.2.6 Diagnosis**

Diagnosa retensio plasenta ditegakkan apabila terdapat kondisi plasenta yang belum lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir. Tanda-tanda pelepasan plasenta merupakan tanda yang penting untuk membedakan antara diagnosis plasenta *trapped* dengan plasenta adhesive atau akreta.

1. Anamnesa

Gejala utama pasien retensio plasenta adalah tertahannya plasenta dalam rahim selama lebih dari 30 menit setelah bayi baru lahir. Selain itu, beberapa gejala lain seperti demam, perdarahan hebat, nyeri hebat, duh vagina berbau, dan tampak jaringan pada vagina juga bisa ditemukan. Status obstetric dan ginekologi pasien secara lengkap juga harus ditanyakan. Penemuan riwayat sectio caesaria akan meningkatkan risiko terjadinya plasenta akreta pada pasien. Faktor risiko lainnya, seperti riwayat retensio plasenta, abortus, preeklampsia, penggunaan ergometrin dan *stillbirth* juga harus digali (Merti, 2021)

2. Pemeriksaan Fisik

Perdarahan umumnya terjadi pada pasien retensio plasenta sehingga evaluasi syok harus dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan vagina dan uterus.

#### a. Evaluasi Syok

Syok adalah salah satu keadaan yang disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan dan tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme. Penyebab terjadinya syok dalam kebidanan yang terbanyak adalah perdarahan. Gejala klinik syok pada umumnya sama yaitu tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah, pucat, keringat dingin, sianosis jari-jari, sesak nafas, penglihatan kabur, gelisah, dan akhirnya *oliguria/anuria* (Prawirohardjo, 2020). Pasien retensio plasenta sering kali mengalami perdarahan hebat sehingga status hemodinamik pasien harus diperhatikan terlebih dahulu.

Jenis-jenis syok yang bisa terjadi :

##### 1. Syok kardiogenik

Syok ini terjadi ketika jantung sudah tidak mampu memompa darah yang cukup ke seluruh tubuh. Penyebab syok kardiogenik adalah rusaknya otot jantung, gangguan irama jantung, otot jantung lemah, atau infeksi pada jantung.

Gejala tambahan syok yang muncul sama dengan serangan jantung, misalnya nyeri di dada seperti ditimpa beban dan menjalar ke leher, tangan, dan punggung, sesak napas, mual, muntah, serta ujung kaki terasa dingin.

##### 2. Syok hipovolemik

Terjadi ketika tidak ada cukup darah dalam pembuluh darah untuk membawa oksigen ke organ tubuh. Kondisi ini terjadi

ketika tubuh kehilangan banyak darah atau cairan, misalnya karena luka robek yang berat atau kondisi medis tertentu seperti demam berdarah yang parah dan dehidrasi berat.

Syok hipovolemik ditandai dengan penurunan suhu tubuh, detak jantung cepat, bibir dan kuku membiru, serta kehilangan kesadaran.

### 3. Syok neurogenik

Disebabkan oleh kerusakan pada sistem saraf pusat, biasanya karena cedera tulang belakang.

Syok neurogenik menyebabkan pembuluh darah melebar sehingga kulit terasa hangat, bengkak, dan kemerahan. Selain itu, gejala lainnya adalah detak jantung melambat dan tekanan darah turun drastis.

### 4. Syok anafilaktik

Merupakan komplikasi dari reaksi alergi berat yang mengancam nyawa. Kondisi ini disebabkan oleh reaksi berlebihan pada sistem kekebalan tubuh terhadap penyebab alergi sehingga muncul berbagai gejala, seperti sesak napas, wajah bengkak, denyut nadi cepat, ruam kulit, mual, dan muntah.

Gejalanya terjadi dalam hitungan detik atau menit setelah penderita terpapar alergen, seperti kacang, udang, atau sengatan lebah.

## 5. Syok sepsis

Syok sepsis atau dikenal sebagai keracunan darah merupakan kondisi yang disebabkan oleh infeksi bakteri yang memasuki aliran darah, sehingga memicu peradangan.

Segala jenis bakteri dapat menyebabkan syok sepsis. Dalam kasus yang jarang terjadi, syok sepsis juga disebabkan oleh infeksi virus atau jamur. Karena infeksi, penderita syok sepsis juga mengalami gejala berupa demam dan menggigil.

Syok sepsis berisiko terjadi pada orang tua, anak-anak, atau orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah, seperti orang yang menjalani pengobatan immunosupresan atau kemoterapi. Penderita diabetes, AIDS, leukemia, dan limfoma juga lebih berisiko mengalami syok sepsis. (Kemenkes,2019).

### b. Pemeriksaan Vagina dan Uterus

Apabila bayi sudah lahir dan plasenta belum dilahirkan setelah lebih dari 30 menit, maka diagnosis retensio plasenta dapat ditegakkan. Pada pasien retensio plasenta akan ditemukan plasenta yang masih berada di dalam uterus dengan sebagian korda umbilikus pada orifisium serviks.

Membedakan plasenta *trapped* dengan plasenta adhesive dan akreta adalah melalui terdapatnya tanda-tanda pelepasan plasenta. Pada saat melakukan peregangan tali pusat awasi tanda-tanda pelepasan dari dinding uterus, yaitu :

- a) Korda umbilical yang memanjang
- b) Semburan darah mendadak dan singkat
- c) Perubahan tinggi dan bentuk uterus dari diskoid menjadi globular
- d) Meningginya tinggi fundus uteri
- e) Kontraksi fundus

### 3. Diagnosis Banding

Diagnosis retensio plasenta umumnya mudah ditegakkan dan sangat mudah dibedakan dengan perdarahan post partum lainnya. Akan tetapi, atonia uteri terkadang dapat sulit dibedakan atau dapat terjadi bersamaan dengan retensio plasenta. Atonia uteri merupakan keadaan dimana uterus gagal berkontraksi setelah lahirnya plasenta. Tanda dan gejala yang dapat ditemukan adalah perdarahan hebat, nyeri abdomen, dan gangguan hemodinamik. Tanda dan gejala atonia uterus dapat juga ditemukan pada pasien retensio plasenta. Hal ini dikarenakan atonia uteri dapat menjadi salah satu penyebab terjadinya retensio plasenta. Yang membedakan antara atonia uteri dengan retensio plasenta adalah tidak adanya kontraksi uterus dengan plasenta yang sudah berhasildilahirkan (Puteri, 2021).

## **2.2.7 Jurnal Penelitian Faktor Penyebab Retensio Plasenta**

### **1. Jurnal Penelitian oleh Puput Pramesti Hubungan Umur dengan Kejadian Retensio Plasenta di PMB Sari Surabaya**

Hubungan umur dengan kejadian retensio plasenta penelitian ini dilakukan di PMB Sari Surabaya. Sebagian ibu bersalin di PMB Sari Surabaya bulan Oktober 2019 – Februari tahun 2020 sebesar 58 orang. Variabel penelitian adalah kejadian retensio plasenta serta umur dan paritas ibu bersalin. Data dikumpulkan dari buku register persalinan PMB Sari Surabaya Bulan Oktober 2019 – Februari tahun 2020.

Disimpulkan bahwa umur  $< 20$  dan  $> 35$  tahun mayoritas mengalami retensio plasenta yaitu sebanyak 12 orang (66,7%). Sedangkan umur 20-35 tahun mayoritas tidak mengalami retensio plasenta yaitu sebanyak 33 orang (82,5%).

### **2. Jurnal Penelitian Oleh Noviyanti Hafizah Hubungan Paritas dengan Kejadian Retensio Plasenta di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang**

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang pada 94 responden, dimana paritas dibagi menjadi dua kategori yaitu yaitu paritas tinggi: jika anak  $> 3$  dan paritas rendah : jika anak  $\leq 3$ .

Hubungan Paritas dengan Kejadian Retensio Plasenta pada ibu Bersalin di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2022 dapat dilihat bahwa dari 45 responden yang mempunyai paritas tinggi dan mengalami kejadian retensio plasenta sebanyak 6 responden (13.3%), lebih

kecil jika dibandingkan dengan responden yang tidak mengalami retensio plasenta yaitu 39 responden (86.7%). Artinya ada hubungan yang antara paritas dengan kejadian retensio plasenta pada ibu bersalin di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2022.

Berdasarkan observasi yang dilakukan di UPT Puskesmas Tarogong bahwa umur <20 tahun dan >30 tahun dan paritas multipara dan grandemultipara ada hubungannya dan menjadi penyebab terjadinya retensio plasenta. Oleh sebab itu diperlukan perencanaan kehamilan dan persalinan. Dalam hal ini peran bidan dalam menangani kehamilan resiko tinggi hendaknya pertolongan persalinan dilakukan di rumah sakit. Untuk pencegahan terjadinya komplikasi retensio plasenta dilakukan Ante Natal Care (ANC) yang komprehensif dan berkualitas dan pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar Asuhan Persalinan Normal (APN) dengan harapan angka kematian ibu diminimalkan.

### **2.3 Penanganan Retensio Plasenta Secara Umum**

Menurut Albertus (2022), penanganan retensio plasenta secara umum:

#### **1. Penanganan awal**

Pada pasien retensio plasenta yang mengalami perdarahan hebat atau dengan gangguan hemodinamik, harus dilakukan stabilisasi hemodinamik. Tindakan resusitasi cairan harus dilakukan dengan cepat pada pasien dengan hemodinamik tidak stabil atau jika diperkirakan mengalami perdarahan lebih dari 1000 mL.

Berikan oksigen sebesar 5–10 L/menit menggunakan facemask, tanpa mempertimbangkan saturasi oksigen maternal. Pasang 2 akses vena, dengan jarum berukuran 14-gauge. Lakukan infus cairan hingga 3,5 L, diawali dengan 2L cairan kristaloid isotonis yang dihangatkan, misalnya ringer laktat. Selanjutnya resusitasi cairan dapat dilakukan menggunakan kristaloid isotonis, maupun koloid, seperti gelatin suksinat.

## **2. Penegangan Tali Pusat Terkendali**

Dapat digunakan untuk melahirkan plasenta trapped atau inkarserata, serta menstimulasi terjadinya pelepasan pada plasenta adherens. Traksi tali pusat terkendali umumnya menggunakan maneuver Brandt-Andrews, yaitu dengan meletakkan satu tangan pada abdomen untuk menahan fundus uteri dan mencegah inversio uteri, serta satu tangan lainnya melakukan regangan tali pusat dengan menahan tali pusat pada klem.

## **3. Intervensi Farmakologis**

Beberapa intervensi farmakologis, seperti oxytocin, carboprost tromethamine, dan nitrogliserin. Pemberian obat-obatan terutama ditujukan untuk memperbaiki kontraksi uterus dan mengontrol perdarahan.

Penggunaan oxytocin intravena dapat diberikan pada pasien retensio plasenta, terutama dengan perdarahan hebat atau atonia uteri. Penggunaan oxytocin diharapkan akan membantu separasi plasenta, meningkatkan kontraksi uterus, dan menurunkan perdarahan. Oxytocin dapat diberikan

secara intravena atau intramuskular dengan dosis 10 IU untuk mencegah perdarahan postpartum.

#### **4. Manual Plasenta**

Manual plasenta adalah prosedur pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding uterus dan mengeluarkannya dari cavum uteri secara manual, artinya dengan melakukan tindakan inflasi dan manipulasi tangan penolong persalinan yang dimasukkan langsung ke dalam cavum uteri.

#### **5. Ekstraksi Instrumen**

Apabila tindakan manual plasenta tidak berhasil, maka penggunaan forseps kepala besar, seperti forseps Bierer dan forseps cincin, dapat dilakukan. Tindakan dapat dilakukan dengan cara forseps menggenggam dan melepaskan plasenta dari dinding uterus. Ultrasonografi dapat dimanfaatkan untuk membantu saat melakukan tindakan ini..

#### **6. Histerektomi**

Histerektomi merupakan tindakan terakhir yang dapat dilakukan pada pasien retensio plasenta. Tindakan histerektomi ini dilakukan jika plasenta tetap tidak dapat dilahirkan, meskipun telah dilakukan manual plasenta maupun ekstraksi instrumen. Biasanya histerektomi diindikasikan pada retensio akibat plasenta akreta.

## **2.4 Manual Plasenta**

### **2.4.1 Pengertian**

Manual plasenta adalah prosedur pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding uterus dan mengeluarkannya dari cavum uteri secara manual, artinya dengan melakukan tindakan inflasi dan manipulasi tangan penolong persalinan yang dimasukkan langsung ke dalam cavum uteri (Prawirohardjo, 2020).

Manual plasenta merupakan Tindakan operasi kebidanan untuk melahirkan plasenta. Teknik operasi manual plasenta tidaklah sukar, tetapi harus dipikirkan bagaimana persiapan agar tindakan tersebut dapat menyelamatkan jiwa penderita (Manuaba, 2018).

### **2.4.2 Indikasi Manual Plasenta**

Indikasi pelepasan plasenta secara manual adalah

1. Perdarahan pada kala III persalinan kurang lebih 400 cc
2. Plasenta tidak lahir 30 menit setelah bayi lahir
3. Setelah persalinan buatan yang sulit seperti forcep tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir, dan
4. Tali pusat terputus (Manuaba, 2018)

### **2.4.3 Komplikasi Tindakan Manual Plasenta**

Tindakan manual plasenta dapat menimbulkan komplikasi, diantaranya yaitu:

1. Terjadinya infeksi : terdapat sisa plasenta atau membrane dan bakteriaterdorong masuk kedalam rongga rahim.

2. Terjadi perdarahan karena atonia uteri.
3. Subinvolusi uteri, yaitu kondisi dimana rahim tidak kembali ke ukurannormal setelah melahirkan.
4. Polip plasenta atau tumbuhnya jaringan tidak normal pada plasenta.

Untuk memperkecil komplikasi dapat dilakukan Tindakan profilaksis dengan memberikan uterotonika intravena dan intramuscular misalnya dengan memasang tampon vagina, memberikan antibiotik, memasang infus dan persiapan transfusi darah (Kemenkes, 2023).

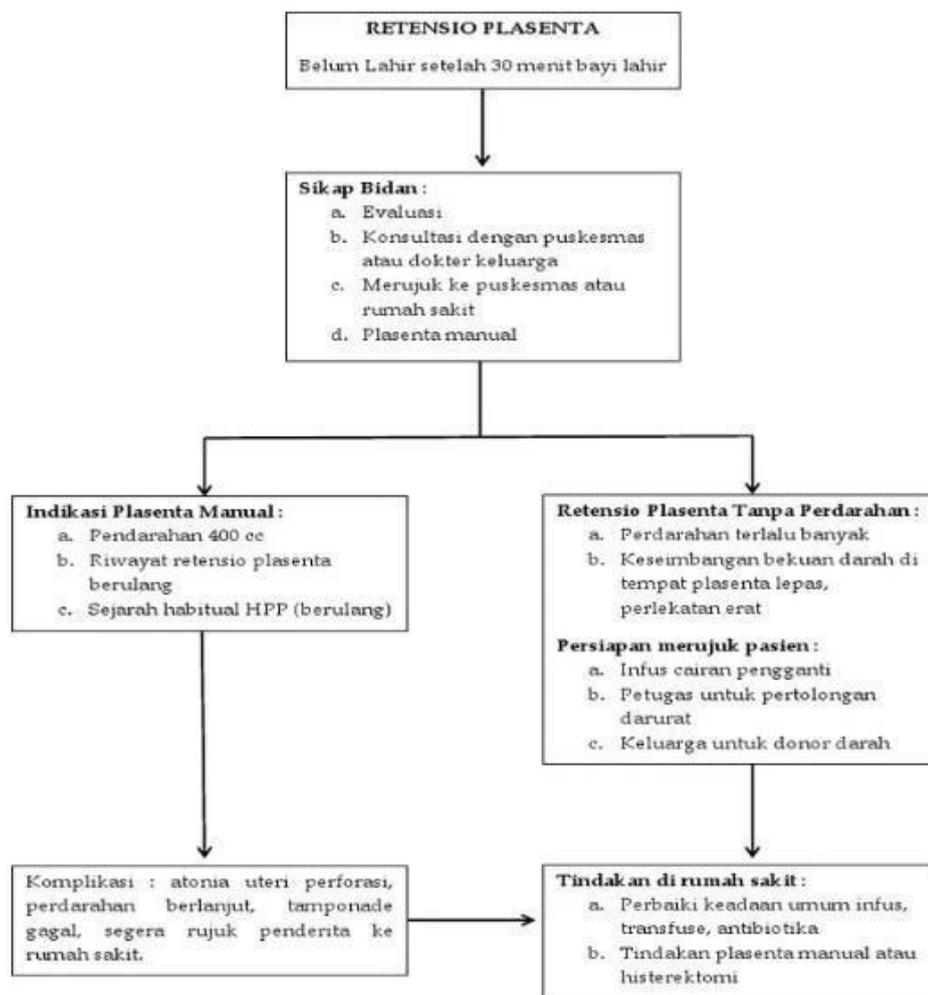
#### **2.4.4 Kewenangan dan Standar Pelayanan Bidan Serta Alur Dalam Penanganan Retensio Plasenta**

Dalam prakteknya bidan ahli madya mempunyai kewenangan dan kompetensi untuk melakukan prosedur manual plasenta, terdapat dalam 24 standar pelayanan kebidanan yaitu standar 20 yang menyatakan bidan mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama termasuk manual plasenta dan penanganan perdarahan sesuai kebutuhan. (Permenkes:28, 2020).

Alur rujukan di Kabupaten Garut sudah diatur didalam Perbup no 81 pasal 18 (2) , tugas Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan menyiapkan bahan dan melaksanakan pembinaan, pengelolaan serta evaluasi pelayanan kesehatan rujukan, menyiapkan bahan dan melaksanakan pembinaan serta koordinasi lintas program dan lintas sektor dalam menyusun dan melaksanakan program pelayanan kesehatan rujukan agar tercipta sinkronisasi dan keterpaduan, melaksanakan fasilitasi serta membangun kemitraan dalam pengelolaan pelayanan kesehatan

rujukan dengan lintas sektor dan lintas program pemerintah/swasta, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi kesehatan, asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan dan organisasi lainnya; menyiapkan bahan dan melaksanakan pengelolaan sistem penanganan gawat darurat terpadu.( Perbup, 2021:81)

**Gambar 2.1 Penatalaksanaan Retensio Plasenta**



*Sumber : Kemenkes, 2021*

### **2.4.5 Prosedur Manual Plasenta**

Hal penting yang harus diperhatikan dalam penatalaksanaan manual plasenta adalah ada tidaknya tanda perdarahan. Retensio tanpa perdarahan segera lakukan rujukan sedangkan retensio dengan tanda perdarahan segera lakukan evakuasi manual plasenta (Siantar, dkk. 2022).

1. Persiapan alat
  - 1) Uji fungsi kelengkapan resusitasi Oksigen dan regulator
  - 2) Peralatan steril (klem tali pusat, sarung tangan pendek 2 pasang, sarung tangan panjang sebelah kanan, kateter nelaton)
  - 3) Kom berisi air DTT
  - 4) APD lengkap
  - 5) Tempat plasenta, klorin dan tempat sampah
  - 6) Kain alas bokong dan penutup perut bawah
  - 7) Medikamentosa
    - a) Uterotonika (oksitosin, ergometrin, prostaglandin)
    - b) Infuse set, abocath no. 16/18
    - c) Cairan infus RL 500ml atau Asering
    - d) Sputit 3cc
2. Menjelaskan kepada klien tentang prosedur yang akan dilakukan
3. Mendengar keluhan klien
4. Memberikan dukungan emosional kepada klien
5. Memakai APD lengkap, mencuci tangan 7 langkah hingga siku dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk

bersih

6. Memasang infus RL+ 10 IU Oksitosin
7. Mengecek kandung kemih, jika penuh lakukan kateterisasi
8. Melakukan vulva hygiene
9. Memberikan anestesi verbal
10. Memakai sarung tangan Panjang sebelah kanan
11. Regangkan tali pusat sejajar dengan lantai
12. Memasukkan tangan secara obstetri dengan menelusuri bagian bawahtali pusat
13. Setelah tangan mencapai pembukaan serviks, meminta asisten untuk memegang klem, kemudia tangan penolong yang lain menahan fundus uteri
14. Sambil menahan fundus uteri, memasukkan tangan ke dalam cavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta.
15. Membuka tangan secara obstetric seperti membuka salam (ibu jari merapat ke pangkal jari telunjuk)
16. Menentukan tempat implantasi plasenta, temukan tepi plasenta paling bawah
  - 1) Bila berada di belakang, tali pusat tetap berada diatas, bila dibagian depan, pindahkan tangan ke bagian depan tali pusat dengan punggung tangan menghadap ke atas.
  - 2) Bila plasenta dibagian belakang, lepaskan plasenta dari tempat implantasinya dengan jalan menyelipkan ujung jari di antara

plasenta dan dinding uterus, dengan punggung tangan menghadap ke dinding dalam uterus.

3) Bila plasenta dibagian depan lakukan hal yang sama (punggung tangan pada dinding cavum uteri) tetapi tali pusat berada di bawah telapak tangan.

17. Menggerakkan tangan kanan ke kiri dan ke kanan sambil bergeser ke kranial sehingga semua pembukaan maternal plasenta dapat dilepaskan. Sambil melakukan Tindakan, perhatikan keadaan ibu, lakukan penanganan yang sesuai bila terjadi penyulit.
18. Sementara satu tangan masih di dalam cavum uteri, lakukan eksplorasi ulang untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus.
19. Pindahkan tangan luar ke symfisis untuk menahan uterus saat plasenta dikeluarkan.
20. Instruksikan asisten untuk memegang klem dan menarik tali pusat sambil tangan dalam menarik plasenta keluar (hindari peercikan darah).
21. Letakkan plasenta ke dalam tempat yang telah di sediakan.
22. Lakukan sedikit pendorongan uterus (dengan tangan luar) ke arah dorso kranial setelah plasenta lahir. Perhatikan kontraksi uterus dan jumlah perdarahan yang keluar.
23. Memeriksa kelengkapan plasenta.
24. Berikan suntikan ergometrin 0,2 mg/IM
25. Dekontaminasi alat bekas pakai kedalam larutan klorin 0,5% dan

membuka sarung tangan rendam dalam larutan klorin.

26. Membersihkan dan merapihkan ibu.
27. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
28. Memonitor perdarahan per vaginam dan memeriksa tanda-tanda vital setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
29. Pastikan uterus tetap berkontraksi.
30. Catat kondisi pasien dan buat laporan Tindakan.
31. Beritahu ibu dan keluarga bahwa Tindakan telah selesai tetapi ibu masih memerlukan perawatan.

## **2.5 Pendokumentasian**

### **2.5.1 Pengertian**

Dokumentasi kebidanan yaitu sebuah proses mencatat dan melaporkan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan secara tertulis untuk kepentingan pasien, bidan maupun tenaga kesehatan berdasarkan komunikasi yang sah dan lengkap sebagai bentuk tanggung jawab bidan. Selain itu, dokumentasi merupakan suatu bentuk kegiatan mengumpulkan, menyimpan dan menyebarluaskan informasi untuk mempertahankan sebuah fakta penting secara berkelanjutan terhadap suatu peristiwa. Dengan bahasa lain, dokumentasi merupakan sebuah keterangan yang tertulis maupun terekam tentang data subjektif pasien melalui wawancara dan anamnesa, serta data objektif pasien melalui pemeriksaan fisik dan laboratorium, penegakan diagnosa, perencanaan asuhan, pelaksanaan asuhan, evaluasi asuhan, tindakan medis yang diberikan kepada pasien baik rawat jalan, rawat inap maupun pelayanan gawat darurat

(Roza, 2022).

SK Menkes RI no 749 a, menyatakan bahwa dokumentasi kebidanan merupakan proses berkas catatan dan dokumen pasien yang meliputi anamnesa, pemeriksaan, tindakan medis maupun pelayanan lain yang dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan selama pasien dirawat di Rumah Sakit termasuk UGD dan unit rawat inap. Dokumentasi bersifat terbuka jika dokumen selalu berinteraksi dengan lingkungan yang menerima dan mengumpulkan informasi. Sedangkan dokumentasi bersifat tertutup jika dokumen mengandung rahasia pasien yang tidak layak diperlihatkan, diungkapkan maupun disebarluaskan kepada masyarakat. (Kemenkes,2019).

### **2.5.2 Fungsi dan Tujuan Dokumentasi**

Tujuan dokumentasi kebidanan yaitu sebagai sarana komunikasi. Komunikasi itu sendiri terjadi dalam 3 arah yaitu: kebawah untuk memberikan intruksi, keatas dalam menyampaikan laporan, serta kesamping saat memberikan saran antar tim tenaga kesehatan. Komunikasi yang disampaikan secara sah dan lengkap mempunyai kegunaan sebagai berikut :

1. Membantu koordinasi asuhan kebidanan : dalam hal ini mencegah informasi yang berulang terhadap pasien dan meningkatkan kecermatan dalam pemberian asuhan: serta dapat membantu tim bidan memanfaatkan waktu sebaik mungkin karena melalui dokumentasi, bidan tidak membuang waktu untuk melakukan komunikasi. Misalnya asuhan kebidanan oleh bidan A yang telah didokumentasikan catatan-catatan pendokumentasian.

2. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat : bidan harus mencatat asuhan maupun pelayanan yang diberikan sebagai upaya perlindungan pasien terhadap kualitas asuhan yang diterima dan perlindungan bidan dalam melaksanakan tugasnya sesuai kewenangan.
3. Sebagai informasi statistik : data statistik dokumentasi kebidanan dapat membantu perencanaan kebutuhan di masa mendatang terkait SDM, sarana prasarana maupun teknis. Pemberian informasi kepada seseorang terkait apa yang telah, sedang dan akan dilakukan, serta perubahan yang terjadi merupakan hal penting untuk diketahui dan menjadi bahan pertimbangan selanjutnya.
4. Sebagai sarana pendidikan : dapat digunakan untuk memperoleh pengetahuan lalu mengkaji dan menganalisis perbandingan antara teori maupun praktik.
5. Sebagai sumber data penelitian : dapat digunakan sebagai data penelitian untuk meningkatkan pelayanan kebidanan yang aman, efektif dan sesuai kode etik serta *evidence based*.
6. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan : jaminan kualitas merupakan bagian program pengembangan pelayanan kesehatan dan sebagai dasar dalam menetapkan akreditasi pelayanan kebidanan sesuai standar.
7. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkesinambungan : dokumentasi dapat memberikan data yang aktual dan konsisten tentang asuhan kebidanan yang diberikan.

8. Sebagai cara menetapkan standar dan prosedur : standar menentukan aturan yang akan dipakai dalam menjalankan serangkaian kegiatan/prosedur.
9. Sebagai catatan : dapat memantau kinerja peralatan, sistem dan sumber daya manusia
10. Sebagai alat dalam memberikan intruksi.

Selanjutnya, tujuan dokumentasi kebidanan meliputi dua hal, yaitu mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka pencatatan kebutuhan pasien, perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi asuhan, serta dokumentasi untuk penelitian, keterangan hukum, dan etika. (Sab'ngatun & Ropitasari, 2022)

### **2.5.3 Metode Dokumentasi SOAP**

#### **1. Data Subjektif**

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada pasien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibelakang huruf "S", diberikan tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang disusun (Anggraeni dkk, 2022).

## 2. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pasien, hasil pemeriksaann laboratorium. Catatan medik dan informasi dan keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

## 3. Analisa

Langkah selanjutnya adalah analisis, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi ( kesimpulan ) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif. Maka proses pengkajian data akan menjadi dinamis.

Di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkam mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

#### 4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan aspiratif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya (Anggraeni dkk, 2022).

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

**3.1 Asuhan Kebidanan pada Ny. S Usia 40 Tahun P4A0 Kala III dengan Retensio Plasenta di Puskesmas Tarogong Garut**

Tanggal pengkajian : 22 Februari 2024  
Waktu pengkajian : 05.40 WIB  
Tempat pengkajian : Poned Puskesmas Tarogong  
Pengkaji : Euis Aisyah

**A. DATA SUBJEKTIF**

1. Identitas

Nama Ibu	: Ny. S	Nama suami	: Tn. H
Umur	: 40 Tahun	Umur	: 47 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Kp. Areng Panarikan Rt.01 Rw.07 Ds. Tarogong Kec. Tarogong Kab.Garut		

2. Alasan Datang

Pasien datang ke puskesmas diantar oleh dukun dan keluarga, berdasarkan pengakuan keluarga pasien sudah melahirkan di rumah dibantu oleh dukun, bayi lahir pukul 03.00 WIB berjenis kelamin laki-

laki. Setelah  $\pm 3$  jam plasenta belum lahir dan mengatakan terjadi perdarahan sedikit selama di rumah.

### 3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan merasa lemas dan nyeri pada perutnya akibat didorong oleh dukun, dan tidak merasa mules.

### 4. Riwayat Obstetri

#### a. Riwayat menstruasi

Ibu mengatakan menarche pada usia 13 tahun, siklus 30 hari, lama menstruasi 4-5 hari banyaknya 1-2x ganti pembalut/hari, tidak ada keluhan saat menstruasi.

#### b. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

**Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu**

<b>Kehamilan</b>	<b>Tahun</b>	<b>Penolong</b>	<b>Tempat</b>	<b>Aterm/ Preterm</b>	<b>Jenis Persalinan</b>	<b>BB/PB</b>	<b>Komplikasi</b>
1	2003	Dukun	Rumah	Aterm	Spontan	Lupa	Tidak ada
2	2008	Dukun	Rumah	Aterm	Spontan	Lupa	Tidak ada
3	2015	Dukun	Rumah	Aterm	Spontan	Lupa	Tidak ada
4	2024	Dukun	Rumah	Aterm	Spontan	2800	Tidak ada

#### c. Riwayat Kehamilan Sekarang

Kehamilan ini merupakan kehamilan yang ke-4, HPHT : 12 Juni 2023, ibu melakukan pemeriksaan ANC sebanyak 1 kali di posyandu, karena jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan jauh, ibu mengatakan tidak pernah melakukan imunisasi TT karena merasa tidak tahu manfaatnya. Ibu mengatakan pergerakan janin

dirasakan pada usia kehamilan 4 bulan, selama kehamilan ibu tidak mengonsumsi tablet fe yang pernah diberikan di posyandu 1x dikarenakan merasa tidak penting.

d. Riwayat persalinan sekarang

Ibu bersalin di rumah ditolong oleh dukun pada pukul 02.40 WIB, pukul 03.00 WIB bayi lahir jenis kelamin laki-laki, keadaan hidup.

5. Riwayat Kesehatan

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit berat yang menurun maupun menular, tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti yang berhubungan dengan alat reproduksi lainnya. Di keluarganya tidak memiliki penyakit menular seperti HIV/AIDS.

6. Riwayat KB

Ibu mengatakan sebelumnya tidak menggunakan KB jenis apapun, karena tidak disetujui oleh suaminya dengan alasan ingin mempunyai anak lagi.

7. Pola Kebutuhan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 3x sehari, menu bervariasi, tidak ada pantangan makanan, nafsu makan baik, dan minum  $\pm 8$  gelas/ hari. Ibu terakhir makan nasi pukul 01.00 WIB dan terakhir minum air teh pada pukul 05.00 WIB.

b. Eliminasi

Ibu mengatakan BAB  $\pm 1$ x sehari dan BAK  $\pm 5$ x sehari.

BAB terakhir pukul 21.00 dan BAK terakhir pukul 00.00 WIB.

c. Istirahat

Tidur malam 6-7 jam, siang 1-2 jam. Terakhir tidur pukul 18.00 WIB.

d. Aktivitas

Ibu hanya mengerjakan pekerjaan rumah

e. Personal Hygiene

Ibu mengatakan biasanya mandi 1x sehari, mengganti celana dalam jika terasa basah, keramas 2 hari sekali, ganti pakaian 2x sehari.

Terakhir mandi pukul 16.30 WIB.

8. Riwayat Psikososial

Suami dan keluarga mendukung atas kehamilannya, tetapi kehamilan ini tidak rencanakan. Pengambil keputusan dalam keluarga oleh suami.

## **B. DATA OBJEKTIF**

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Lemah

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 70/50 mmHg

Nadi : 100x/menit

Suhu : 35,7 °C

Respirasi : 20x/menit

SpO2 : 80%

## 2. Pemeriksaan Fisik

a. Muka : Tampak pucat, tidak terdapat oedema

b. Mata : Conjunctiva pucat, sklera putih

c. Mulut : Tampak pucat

d. Abdomen

TFU : Sepusat Kontraksi : Lembek

Kandung kemih : Kosong

e. Genitalia : Vulva/vagina tidak ada kelainan, terdapat pengeluaran darah  $\pm 30$  cc, terdapat tali pusat menjulur dibungkus menggunakan kain tidak diklem.

f. Ekstermitas : Atas : Kuku berwarna kebiruan, jari kaku

Bawah : Tidak oedema, tidak varises

## C. ANALISA

P4A0 kala III dengan syok hipovolemik atas indikasi retensio plasenta.

## D. PENATALAKSANAAN

1. Memakai APD lengkap

Evaluasi : Sudah

terpasang

2. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi: Ibu dan keluarga mengetahui

3. Melakukan inform consent kepada ibu dan keluarga tindakan yang akan dilakukan

Evaluasi : Ibu dan keluarga setuju

4. Melakukan pemasangan oksigen  
Evaluasi : Oksigen diberikan 5L, KU sedikit membaik
5. Melakukan pemasangan infus 2 jalur, RL polos diguyur untuk mengatasi syok dan RL drip oxytocin 10 IU agar kontraksi membaik.  
Evaluasi : Infus sudah terpasang, menghabiskan 1 labu RL polos dalam waktu 25 menit, lalu di pasang RL polos labu kedua, RL drip oxytocin dengan tetesan 20 tpm habis dalam waktu kurang lebih 4 jam, kontraksi ; baik.
6. Melakukan pengecekan kandung kemih  
Evaluasi : Kandung kemih kosong
7. Melakukan manual plasenta
  - a) Memasukkan tangan kanan secara obstetric ke dalam vagina dengan menelusuri bagian bawah tali pusat.
  - b) Sambil menahan fundus uteri masukkan tangan dalam cavum uteri hingga mencapai tempat implantasi plasenta.
  - c) Membuka tangan obstetric menjadi seperti membuka salam(ibu jari merapat ke pangkal jari telunjuk)
  - d) Menentukan tempat implantasi plasenta, plasenta dibagian belakang
  - e) Menyelipkan ujung jari diantara plasenta dan dinding uterus, kemudian menggerakkan tangan kanan ke kiri dan kanan sambil bergeser ke cranial sehingga semua permukaan maternal dapat dilepaskan. Sambil melakukan tindakan perhatikan keadaan ibu.
  - f) Sementara satu tangan masih di dalam cavum uteri, lakukan

eksplorasi ulang untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus

- g) Pindahkan tangan luar dari fundus ke supra symfisis untuk menahan segmen bawah uterus menarik tali pusat sambil tangan dalam mengeluarkan plasenta (hindari terjadinya percikdarah).
- h) Menyimpan plasenta ke tempat yang telah disediakan
- i) Melakukan sedikit pendorongan uterus (dengan tangan yang menahan supra symfisis) ke arah dorsokranial setelah plasenta dilahirkan.

Plasenta lahir pukul 05.50 WIB.

- 8. Melakukan massase fundus uteri sampai kontraksi baik  
Evaluasi : Kontraksi uterus baik
- 9. Melakukan pengecekan kelengkapan plasenta  
Evaluasi : Plasenta belum lengkap
- 10. Melakukan eksplorasi untuk memastikan kembali tidak ada sisa plasenta.  
Evaluasi : Tidak ada sisa plasenta, bersih.
- 11. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikkan methylergometrine untuk mencegah perdarahan.  
Evaluasi : Ibu setuju
- 12. Menyuntikkan methylergometrine 0,2 mg secara IV  
IV Evaluasi : Diberikan secara IV
- 13. Mengobservasi keadaan umum, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan perdarahan.  
Evaluasi : Hasil observasi didapatkan keadaan umum baik, kontraksi

uterus baik, teraba keras bundar (globuler), tinggi fundus uteri 2 jari  
dibawah pusat dan perdarahan  $\pm 150$  cc.

14. Menganjurkan keluarga untuk memberi makan dan minum kepada ibu  
untuk memenuhi asupan nutrisinya

Evaluasi : Keluarga mengerti dan bersedia melakukannya.

## **Perkembangan Kala IV**

Waktu : 06.10 WIB

### **A. DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan merasa lemas dan nyeri pada bagian perutnya

### **B. DATA OBJEKTIF**

#### 1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Lemas
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-tanda Vital
  - Tekanan Darah : 100/80 mmHg
  - Nadi : 80x/menit
  - Suhu : 36,5 °C
  - Respirasi : 20x/menit
  - SpO2 : 94%

#### 2. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Tampak pucat, tidak terdapat oedema
- b. Mata : Conjunctiva pucat, sklera putih
- c. Mulut : Tampak pucat
- d. Abdomen
  - TFU : 2 jari di bawah pusat
  - Kontraksi : Baik
  - Kandung kemih :  
Kosong

e. Genitalia : Tidak terdapat laserasi, pengeluaran darah  
±150cc

f. Ekstermitas : Atas : Terpasang infus 2 jalur

### **C. ANALISA**

P4A0 Kala IV dengan retensio plasenta.

### **D. PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan  
Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui hasil pemeriksaan
2. Melakukan observasi kala IV (Tekanan darah, Nadi, Suhu, Fundus, Kontraksi, dan perdarahan)  
Evaluasi : Hasil observasi dalam batas normal
3. Membereskan alat dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit  
Evaluasi : Alat sudah direndam
4. Membersihkan ibu dengan air DTT dan membantu mengganti pakaiannya  
Evaluasi : Ibu sudah bersih dan terlihat nyaman
5. Membersihkan tempat tidur dengan larutan klorin 0,5%  
Evaluasi : Tempat tidur sudah bersih
6. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk melakukan massase uterus untuk mencegah perdarahan  
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti serta bersedia melakukannya
7. Memberikan KIE mengenai tanda-tanda bahaya nifas

Evaluasi : Ibu mengerti

8. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini seperti duduk dari tempat

tidur Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

9. Pemberian terapi sesuai advis dokter yaitu Asam Mefanamat 500gr/oral

3x1, Cefadroxil 500gr/oral 2x1, Tablet fe 1x1

Evaluasi : Sudah diberikan

**Tabel 3.2 Lembar Observasi Kala IV**

<b>Waktu</b>	<b>Tensi</b>	<b>Nadi</b>	<b>Suhu</b>	<b>Fundus</b>	<b>Kontraksi</b>	<b>Darah</b>	<b>K.Kemih</b>
06.25	100/80 MmHg	80x/m	36°C	2 jari dibawa h pusat	Baik	±50cc	Kosong
06.45	100/80 MmHg	80x/m	36,2°C	2 jari dibawa h pusat	Baik	±50cc	Kosong
07.00	100/80 MmHg	81x/m	36,2°C	2 jari dibawa h pusat	Baik	±40cc	Kosong
07.15	110/80 MmHg	81x/m	36,5°C	2 jari dibawa h Pusat	Baik	±30cc	Kosong
07.45	110/80 MmHg	82x/m	36,5°C	2 jari dibawa h Pusat	Baik	±20cc	Kosong
08.15	110/80 MmHg	82x/m	36,5°C	2 jari dibawa h pusat	Baik	±10cc	Kosong

### **3.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Ny. S Usia 40 Tahun P4A0 Post**

#### **Partum 6 Jam dengan Retensio Plasenta**

Tanggal pengkajian : 22 Februari 2024

Waktu pengkajian : 12.00 WIB

Tempat pengkajian : PONED Puskesmas Tarogong

Pengkaji : Euis Aisyah

#### **A. DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan masih merasa mules dan merasa lemas

#### **B. DATA OBJEKTIF**

##### 1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

##### c. Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

Nadi : 84x/menit

Suhu : 36,5 °C

Respirasi : 23x/menit

SpO2 : 95%

##### 2. Pemeriksaan Fisik

a. Muka: Tidak pucat, tidak terdapat oedema

b. Mata : Conjunctiva merah muda, sklera putih

c. Mulut: Tidak pucat

d. Payudara : Simetris, puting menonjol, terdapat pengeluaran

ASI, colostrum +

e. Abdomen

TFU : 2 jari di bawah pusat

Kontraksi : Baik

Kandung kemih : Kosong

f. Genitalia : pengeluaran darah  $\pm$  10cc, lochea rubra.

g. Ekstermitas : Atas : Masih terpasang infus labu ke 3

Bawah : Tidak oedema, tidak ada varises.

### **C. ANALISA**

P4A0 post partum 6 jam dengan retensio plasenta.

### **D. PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui hasil pemeriksaan

2. Mengobservasi keadaan umum, tekanan darah, kontraksi, dan perdarahan.

Evaluasi : Hasil observasi didapatkan keadaan umum baik, kontraksi baik, perdarahan dalam batas normal

3. Mengobservasi pengeluaran ASI involusi uteri, dan kandung kemih

Evaluasi : Pengeluaran ASI ada, involusi uteri baik, kandung kemih tidak penuh

4. Menganjurkan kepada ibu untuk melakukan mobilisasi

dini Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

5. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif dan on the man pada bayinya.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

6. Menganjurkan ibu untuk memenuhi asupan nutrisinya serta istirahat yang cukup.

- Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya
7. KIE tanda bahaya masa nifas  
Evaluasi : ibu mengetahui
  8. KIE personal hygiene  
Evaluasi : Ibu mengetahui
  9. KIE mengenai KB, dan menyarankan ibu untuk menggunakan KB IUD  
Evaluasi : Ibu menolak karena suami tidak mengizinkan dan berencana akan menggunakan KB suntik 3 bulan
  10. Melakukan pendokumentasian  
Evaluasi : Asuhan telah didokumentasikan

### **3.3 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Ny. S Usia 40 Tahun P4A0 Post**

#### **Partum 12 Jam dengan Retensio Plasenta**

- Tanggal pengkajian : 22 Februari 2024
- Waktu pengkajian : 18. 00 WIB
- Tempat pengkajian : PONEP Puskesmas Tarogong
- Pengkaji : Euis Aisyah

#### **A. DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan keadaannya semakin membaik, tidak ada keluhan

## B. DATA OBJEKTIF

### 1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-tanda Vital
  - Tekanan Darah : 110/80 mmHg
  - Nadi : 80x/menit
  - Suhu : 36,5 °C
  - Respirasi : 20x/menit
  - SPO2 : 95%

### 2. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka: Tidak pucat, tidak terdapat oedema
- b. Mata : Conjunctiva merah muda, sklera putih
- c. Mulut: Tidak pucat
- d. Payudara: Simetris, puting menonjol, colostrum +, terdapat pengeluaran ASI
- e. Abdomen
  - TFU : 2 jari di bawah pusat
  - Kontraksi : Baik
  - Kandung kemih : Kosong
- f. Genitalia: Tidak ada kelainan, pengeluaran darah 10cc, lochea rubra
- g. Esktermitas : Sudah tidak infus, menghabiskan 4 labu RL.

### 3. Pemeriksaan Penunjang

a. Haemoglobin : 11g/dL

### **C. ANALISA**

P4A0 post partum 12 jam dengan retensio plasenta.

### **D. PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui hasil pemeriksaan

2. KIE perawatan masa nifas dan bayi di rumah

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui

3. KIE personal hygiene

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui

4. KIE asi eksklusif

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui

5. KIE mengenai KB

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan segera ber kb menggunakan kb suntik 3 bulan

6. Menganjurkan ibu untuk memenuhi asupan nutrisinya serta istirahat yang cukup.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

7. Menjadwalkan kunjungan ulang 7 hari kedepan atau jika ibu ada keluhan

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia

8. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Asuhan telah didokumentasikan

**Tabel 3.3 Matriks Hubungan antara Teori dan Kasus**

No	Kasus	Pengertian	Penyebab	Penyebab Pada Ny. S P4A0	Tanda/Gejala	Penatalaksanaan		Evidence Based
						Teori	Praktik	
1	Retensio plasenta	a. Retensio plasenta adalah keadaan tidak lahirnya plasenta dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir.	a. Faktor maternal: Usia, jarak persalinan, paritas, anemia b. Faktor uterus: Riwayat SC, Riwayat kuretase, Kehamilan ganda, Riwayat manual d. Faktor plasenta: plasenta previa	a. Faktor Usia >30 tahun b. Faktor Paritas Multipara	a. Tanda dan gejala yang selalu ada: Plasenta belum lahir setelah 30 menit, Perdarahan segera, Kontraksi uterus baik b. Tanda dan gejala yang kadang terjadi : Tali pusat putus akibat tarikan berlebihan, Inversio uterus akibat tarikan , Perdarahan	1. Persiapan alat 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Mendengarkan keluhan pasien 4. Memakai APD lengkap 5. Memasang infus RL 500CC+10IU Oksitosin (20 tpm) 6. Mengecek kandung kemih 7. Melakukan vulva hygiene 8. Memakai sarung tangan panjang pada tangan sebelah kanan sampai siku 9. Meregangkan tali pusat sejajar dengan lantai 10. Memasukkan tangan kanan secara obstetric dengan menelusuri bagian bawah tali pusat. Setelah tangan mencapai pembukaan serviks	1. Persiapan alat 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Mendengarkan keluhan pasien 4. Memakai APD lengkap 5. Memasang infus RL 500CC+10IU Oksitosin (20 tpm) 6. Mengecek kandung kemih 7. Memakai sarung tangan panjang pada tangan sebelah kanan	1. Temukan retensio plasenta 2. Regangkan tali pusat 3. Pasang infus RL 500cc dengan drip 10 IU Oksitosin dengan sebanyak 20 tetes/menit 4. Lakukan transfuse indikasi syok 5. Pemberian medika mentosa (Siantar, dkk, 2022)

				lanjutan.	<p>meminta asisten untuk memegang klem kemudiantangan penolong yang lain menahan fundus, sambal menahan fundus uteri, masukka tangan dalam cavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta, membuka tangan obstetric menjadi seperti membuka salam (ibu jari merapat ke pangkal jari telunjuk), lakukan pelepasan plasenta dari tempat implantasinya dengan menggerakkan tangan ke kiri dan kanan ke arah cranial sehingga semua permukaan maternal plasenta dapat dilepaskan, lakukan eksplorasi ulang, pindahkan tangan kiri dari fundus ke symfisis, meminta asisten</p>	<p>sampai siku</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Melakukan manual plasenta</li> <li>10. Melakukan eksplorasi</li> <li>11. Melakukan massase</li> <li>12. Melakukan eksplorasi kembali</li> <li>13. Periksa kelengkapan plasenta</li> <li>14. Suntik methylergometri n 0,2 mg secara IM</li> <li>15. Dekontaminasi alat, membersih kan dan merapihkan ibu, mencuci tangan,</li> <li>16. Melakukan observasi kala IV</li> </ol>	
--	--	--	--	-----------	--	---	--

					<p>untuk menarik klem, keluarkan plasenta hindari percikan darah, lakukan dorsokranial lalu masase fundus uteri.</p> <p>11. Periksa kelengkapan plasenta</p> <p>12. Suntik methylergometrin 0,2 mg/IM</p> <p>13. Dekontaminasi alat, Membersihkan dan merapihkan ibu, mencuci tangan,observasikalaIV, memberitahu Tindakan telah selesaidilakukan,pendokumentasian.</p>	16. Melakukan pendokumentasian.	
--	--	--	--	--	---	---------------------------------	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Data Subjektif**

Berdasarkan pengkajian pada Ny. S usia 40 tahun P4A0 kala III datang ke Puskesmas diantar oleh keluarga dan dukun pada tanggal 22 Februari 2024 pukul 05.40 WIB dengan keluar darah  $\pm 30$  cc dari jalan lahir, ibu mengatakan merasa lemas dan nyeri perutnya akibat ditekan oleh paraji. Menurut pengakuan keluarga ibu bersalin di rumah ditolong oleh dukun pada pukul 02.40 WIB, bayi lahir pukul 03.00 WIB dan plasenta belum lahir  $\pm 3$  jam. Berdasarkan data subektif ibu mengalami retensio plasenta. Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. (Albertus, 2022)

Pada saat dilakukan anamnesa, Ny. S usia 40 tahun, hal ini menunjukkan bahwa usia ibu merupakan faktor penyebab terjadinya retensio plasenta, hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Hardiana (2019), pada usia lebih dari 35 tahun berkaitan dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit daya tahan tubuh serta berbagai penyakit yang sering menimpa di usia ini. Usia yang terlalu tua dapat menjadi predisposisi terjadinya retensio plasenta. Hal ini dikarenakan umur ibu yang terlalu tua mempengaruhi kerja rahim dimana sering terjadi kekakuan jaringan yang berakibat myometrium tidak dapat berkontraksi dan retraksi dengan maksimal (Hardiana, 2019).

Dari riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu didapatkan bahwa ini merupakan persalinan ke-4 dan tidak pernah mengalami keguguran, kondisi ini merupakan faktor resiko yang dapat menyebabkan terjadinya retensio plasenta dan hal ini sejalan dengan hasil penelitian Ulya (2021), Ibu bersalin dengan paritas yang tinggi berisiko terjadi kesakitan dan kematian maternal. Kejadian retensio plasenta sering terjadi pada ibu multipara dan grandemultipara dengan implantasi plasenta dalam bentuk plasenta adhesiva, plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta. Retensio plasenta akan mengganggu kontraksi otot rahim dan akan menimbulkan perdarahan. Retensio plasenta tanpa perdarahan dapat diperkirakan bahwa darah penderita terlalu banyak hilang, keseimbangan baru berbentuk bekuan darah, sehingga perdarahan tidak terjadi, kemungkinan implantasi plasenta terlalu dalam.

Riwayat persalinan saat ini ibu melahirkan di rumah ditolong oleh dukun, persentase tempat ibu melahirkan menurut karakteristik tempat tinggal dan status ekonomi di pedesaan umumnya persalinan dilakukan dirumah/lainnya, sedangkan dipertanian melahirkan di fasilitas kesehatan lebih banyak. Semakin tinggi status ekonomi lebih memilih tempat persalinan di fasilitas kesehatan, sebaliknya untuk makin rendah status ekonomi, persentase persalinan di rumah makin besar (Profil Kesehatan Jabar, 2023).

Sehingga ibu tidak mendapatkan asuhan manajemen aktif kala III yang cenderung menyebabkan ibu mengalami retensio plasenta, menurut hasil penelitian Prawirohardjo (2020), tidak dilakukannya manajemen aktif kala III dapat meningkatkan risiko perdarahan selama proses persalinan dan kesalahan

manajemen kala III persalinan seperti manipulasi dari uterus yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak ritmik, pemberian uterotonika yang tidak tepat waktunya yang juga dapat menyebabkan serviks kontraksi dan menahan plasenta, serta pemberian anestesi yang melemahkan kontraksi uterus. Manajemen aktif kala III persalinan mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan postpartum terutama retensio plasenta. Waktu yang paling kritis untuk mencegah postpartum yang disebabkan oleh retensio plasenta adalah ketika plasenta lahir dan segera setelah itu. Ketika plasenta terlepas atau sepenuhnya terlepas tetapi tidak keluar, maka perdarahan terjadi dibelakang plasenta sehingga uterus tidak dapat sepenuhnya berkontraksi karena plasenta masih di dalam. (Prawirohardjo, 2020).

#### **4.2 Data Objektif**

Dari data objektif diperoleh pada saat ibu datang ke puskesmas Tarogong keadaan ibu lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah 70/50 mmHg, Nadi 50x/menit, suhu 35,7 C, serta pernafasan 20x/menit, SpO<sub>2</sub> 80%. Menurut Prawirohardjo (2020), penyebab terjadinya syok dalam kebidanan yang terbanyak adalah perdarahan dengan gejala klinik tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah akibat perdarahan. Kemudian dilakukan pemeriksaan palpasi abdomen didapatkan TFU sepusat, kontraksi lembek, pemeriksaan genitalia ditemukan adanya pengeluaran darah kurang lebih 30 cc, tali pusat menjulur tidak diklem. Data objektif yang didapatkan tersebut sesuai dengan teori (Manuaba, 2018) bahwa plasenta belum lahir setelah 30 menit bayi lahir, perdarahan segera, dan

kontraksi uterus kurang baik merupakan tanda dan gejala dari retensio plasenta.

Proses kala III didahului dengan tahap pelepasan/separasi plasenta akan ditandai oleh perdarahan pervaginam (cara pelepasan *Duncan*) atau plasenta sudah sebagian lepas tetapi tidak keluar pervaginam (cara pelepasan *Schultze*), sampai akhirnya tahap ekspulsi, plasenta lahir. Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala III) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan manual plasenta (Prawirohardjo, 2020).

### **4.3 Analisa**

Dari hasil pengkajian data subjektif yang diperoleh dari klien, dukun, dan keluarga pada Ny. S usia 40 tahun P4A0 kala III datang ke Puskesmas diantar oleh keluarga dan dukun pada tanggal 22 Februari 2024 pukul 05.40 WIB dengan keluar darah  $\pm 30$  cc dari jalan lahir, ibu mengatakan merasa lemas dan nyeri perutnya. Menurut pengakuan keluarga ibu bersalin di rumah ditolong oleh dukun pada pukul 02.40 WIB, bayi lahir pukul 03.00 WIB dan plasenta belum lahir  $\pm 3$  jam dan data objektif diperoleh pada saat ibu datang ke puskesmas Tarogong keadaan ibu lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah 70/50 mmHg, Nadi 50x/menit, suhu 35,7 C, serta pernafasan 20x/menit, SpO<sub>2</sub> 80%, TFU sepusat, kontraksi lembek, pemeriksaan genitalia ditemukan adanya pengeluaran darah kurang lebih 30 cc, tali pusat menjulur tidak diklem. Maka analisa yang didapatkan pada Ny. S adalah “P4A0 kala III dengan retensio plasenta” karena plasenta yang belum lahir dan masih melekat di dinding rahim oleh karena

kontraksi rahim yang kurang kuat untuk melepaskan plasenta.

#### **4.4 Penatalaksanaan**

Setelah dilakukan pengkajian, pemeriksaan dan analisa dari asuhan kebidanan pada Ny. S penulis memberitahu asuhan yang akan diberikan kepada ibu dan keluarga. Setelah itu ibu diberikan penanganan yang pertama dilakukan pemasangan oksigen 5L untuk mengatasi syok, selanjutnya pemasangan infus 2 jalur (RL polos dan RL drip oxytocin 10 IU), cek kandung kemih, kemudian dilakukan peregangan tali pusat namun tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta. Indikasi pelepasan plasenta secara manual adalah perdarahan pada kala III persalinan kurang lebih 400cc, plasenta tidak lahir 30 menit setelah bayi lahir setelah persalinan buatan yang sulit seperti forcep tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir, dan tali pusat terputus (Manuaba, 2018). Kemudian dilakukan manual plasenta karena ibu mengalami perdarahan dan plasenta belum lahir >30 menit setelah bayi lahir.

Secara teori dan SOP di Puskesmas tentang tindakan manual plasenta yaitu atas advis dokter dengan memberikan sedatif Diazepam 10 mg secara IM/IV, antibiotika dosis tunggal (profilaksis) Ampisilin 2 g secara IV+ metronidazole 500 mg secara IV atau Cefazolin 1 g IV+ metronidazole 500 mg secara IV. Namun pada praktiknya tindakan dilakukan dengan secara langsung dengan melakukan cuci tangan dan pasang sarung tangan panjang steril, selanjutnya menjepit tali pusat dengan klem dan tegangkan sejajar dengan lantai, memasukkan tangan dalam posisi obstetri dengan menelusuri bagian bawah tali pusat, tangan di dalam menelusuri sedangkan tangan diluar menahan fundus uteri untuk mencegah

inversion uteri, menggunakan lateral jari tangan, disusuri dan dicari pinggir perlekatan (insersi) plasenta, tangan obstetri dibuka seperti memberi salam, lalu jari-jari dirapatkan, tentukan tempat implantasi plasenta, temukan tepi plasenta yang paling bawah, gerakkan tangan kanan ke kiri dan kanan sambil bergeser ke arah kranial hingga seluruh permukaan plasenta dapat dilepaskan, memegang plasenta dan keluarkan tangan bersama plasenta, pindahkan tangan luar ke suprasimfisis untuk menahan uterus saat plasenta dikeluarkan, melakukan eksplorasi untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus (Kemenkes RI, 2020). Pukul 05.50 WIB plasenta lahir lengkap.

Setelah dilakukan manual plasenta Ny.S diberikan methylergometrine secara IV sebagai uterotonika untuk mencegah perdarahan pasca manualplasenta. Hal ini sesuai dengan daftar tilik dan pencegah perdarahan pasca manual plasenta (Manuaba, 2018).

Pemberian terapi farmakologi atas advis dokter pada kasus tersebut yaitu Asam Mefenamat 500gr/oral 3x1 sebagai analgetik, Cefadroxil 500gr/oral 2x1 sebagai antibiotik, tablet Fe 1x1 sebagai obat penambah darah. Hal ini berfungsi untuk mencegah infeksi pasca tindakan karena komplikasi dari manual plasenta yaitu salah satunya adalah infeksi (Manuaba, 2018).

Melakukan massase 15 kali dalam 15 detik, kontraksi uterus baik. Mengobservasi keadaan umum ibu baik. Tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5°C, respirasi 20x/menit, perdarahan normal  $\pm$ 150 cc, kandung kemih kosong, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, tidak ada ladserasi pada perineum. Hasil observasi

Selanjutnya menganjurkan keluarga untuk memberi makan dan minum kepada ibu untuk memenuhi asupan nutrisi, memberi KIE mengenai ASI eksklusif dan proses laktasi, memberitahu ibu, menjelaskan, dan menyarankan metode KB IUD Menurut Natalia (2019), IUD post plasenta memiliki efektivitas tinggi sehingga risiko krelatif kecil dibandingkan KB suntik, Pil atau kondom, sekali pemasangan jangka waktu pemakaian hingga 8-10 tahun. Pemasangannya relatif tidak sakit, karena dilakukan 10 menit-48 jam setelah plasenta lahir juga tidak mempengaruhi ASI, risiko perdarahan lebih kecil dibandingkan IUD yang dipasang pada siklus menstruasi. Tetapi suami tidak mengizinkan dengan alasan takut posisi IUD bergeser akibat aktifitas sehari-hari dan akan menggunakan KB suntik 3 bulan, tanda- tanda bahaya setelah melahirkan seperti demam tinggi, menggigil, pusing, dan perdarahan, serta memberitahu kunjungan ulang 6 hari kemudian atau jika ibu ada keluhan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

#### **4.5 Pendokumentasian**

Asuhan pada Ny. S di dokumentasikan dalam bentuk SOAP yang dilakukan dengan tahap pengkajian. Dimana data subjektif didapatkan dari hasil anamnesa terhadap klien dan keluarga. Data yang di peroleh dari data subjektif yaitu mulai dari keluhan yang dirasakan oleh pasien, riwayat obstetri baik yang dahulu maupun yang sekarang, pola kebutuhan atau nutrisi sehari hari, serta riwayat psikososial dan budaya.

Selanjutnya dari data objektif yaitu dilakukan pemeriksaan untuk memperoleh data yang lengkap yang berhubungan dengan permasalahan ibu, yang

akan dijadikan kasus sehingga data yang di dapat lebih akurat. Hasil data yang akurat bisa di dapatkan dari hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan laboratorium kemudian catatan medik milik klien dapat dimasukan kedalam data objektif sebagai data penunjangnya.

Kemudian untuk analisa ini merupakan hasil kesimpulan yang di dapatkan dari data subjektif dan objektif yang dimana setelah mengetahui informasi dan keadaan ibu dengan jelas dan benar, maka bisa dilakukan penegakan analisa atau sebagai diagnosa masalah nya. Pada kasus ini dapat ditegakkan Ny. S usia 40 tahun P4A0 kala III dengan retensio plasenta.

Penatalaksanaan ini mencatat seluruh perencanaan, penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan komprehensif, penyuluhan dan dukungan bagi ibu maupun bayinya. Penatalaksanaan disini yaitu kita sebagai bidan harus memberikan konseling atau penyuluhan sesuai kebutuhan ibu setelah kita melakukan pengkajian mulai dari subjektif dan objektif, yang dimana akhirnya kita mengetahui apa yang dibutuhkan oleh klien.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah pengkaji melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S usia 40 tahun P4A0 kala III dengan retensio plasenta di Puskesmas Tarogong, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif ibu sudah melahirkan di rumah dibantu oleh dukun dan bayi lahir pada pukul 03.00 WIB berjenis kelamin laki-laki, plasenta belum lahir  $\pm$  3 jam setelah bayi lahir, datang ke puskesmas pada pukul 05.40 WIB diantar oleh dukun dan keluarga, keadaan ibu lemah, mengalami perdarahan sedikit selama di rumah dari jalan lahir, usia ibu 40 tahun, dan ibu mengatakan ini merupakan kehamilan ke-4 dan belum pernah mengalami keguguran.
2. Berdasarkan hasil pengkajian data objektif didapatkan Ny. S keadaan umumnya lemah, tekanan darah 70/50 mmHg, Nadi 50x/menit, suhu 35,7°C, respirasi 20x/menit, SpO<sub>2</sub>. Pemeriksaan fisik muka tampak pucat, conjungtiva pucat, dan mulut pucat. Pemeriksaan abdomen TFU sepusat, kontraksi lembek dan pemeriksaan genitalia tampak pengeluaran darah kurang lebih 30 cc dan tali pusat menjulur dibungkus menggunakan kain tidak di klem.
3. Berdasarkan data subjektif dan data objektif analisa yang dapat ditegaskan adalah Ny.S umur 40 tahun P4A0 kala III dengan retensio

plasenta.

4. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. S adalah melakukan tindakan manual plasenta. Terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
5. Pendokumentasian yang dilakukan adalah metode SOAP

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Penulis**

Dengan disusunnya Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan penulis dapat menambah teori atau sumber-sumber terbaru dari materi yang berkaitan dengan kasus yang dibahas yaitu asuhan kebidanan pada Ny. S usia 40 tahun P4A0 kala III dengan retensio plasenta adhesiva.

### **5.2.2 Bagi Institusi**

Diharapkan institusi pendidikan dapat menyiapkan sumber referensi terbaru yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir dan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan terutama pada ibu bersalin dengan retensio plasenta..

### **5.2.3 Bagi Instansi Kesehatan**

Diharapkan lebih meningkatkan kualitas pelayanan, sarana dan prasarana kesehatan terutama pelayanan yang berhubungan dengan asuhan kebidanan dengan retensio plasenta.

### **5.2.4 Bagi Klien dan Masyarakat**

Diharapkan agar klien memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan kehamilannya secara teratur kepada bidan dan adanya kemitraan antara bidan paraji dalam melakukan pertolongan persalinan dan perlunya melakukan

persalinan dengan tenaga kesehatan sehingga apabila ditemukan penyulit persalinan dapat terdeteksi secara dini sehingga penanganan segera dapat dilakukan untuk mencegah angka kesakitan dan kematian ibu.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggareni, dkk. (2022). *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Pres, 2022.
- Desti Widya Astuti. (2020). 1035325 Retensio Plasenta Ditinjau dari Paritas Ibu dan Anemia di RSUD Kota Prabumulih. *Jurnal Kebidanan : Jurnal Medical Science Ilmu Kesehatan Akademi Kebidanan Budi Mulia Palembang*, 10(2), 14–17. <https://doi.org/10.35325/kebidanan.v10i2.233>
- Diana, S. (2019). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Oase Group, 2019.
- Dwi Syalfina, A., Priyanti, S., & Irawati, D. (2021). *Manajemen Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Retensio Plasenta*. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 7(2), 150. <https://doi.org/10.29241/jmk.v7i2.614>
- Fitriana, Y. (2021). *Buku ajar Asuhan Persalinan Konsep Persalinan Secara Komprehensif dalam Asuhan Kebidanan*. Pustaka Mahardika
- G.H. Wiknjosastro (eds.); Keempat). PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Hardiana. (2019). *Hubungan-Umur-Ibu-Dengan-Kejadian-Retens*. 8(1), 169–174. <https://www.neliti.com/publications/286578/hubungan-umur-ibu-dengan-kejadian-retensio-plasenta-di-rsud-raden-mattaher-jambi>
- Kemenkes. (2023). *Retensio plasenta*.
- Kemenkes RI. (2023). Profil Kesehatan Indonesia 2022. In *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*.
- Manuaba, I. B. G. (2018). *Ilmu kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC, 2013.
- Multidisciplinary Indonesian Center Journal (MICJO) Journal page <https://e-jurnal.jurnalcenter.com/index.php/micjo> Diakses pada tanggal 21 Mei 2024
- Puteri, M. D., Hafifah, N. Y., Banjarmasin, U. M., & Banjarmasin, U. M. (2021) Ibu Bersalin dengan Retensio Plasenta. *Initium Variety Journal*, 1(1), 1–6.
- Profil Kesehatan Jabar. (2022). Profil Kesehatan Jawa Barat. *Suparyanto Dan Permenkes RI. (2020). Standar Pelayanan Kebidanan n 28*

- Perbup kabupaten Garut (2021). Alur Rujukan Di Kabupaten Garut n 81
- Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. (2019). *Modul Dokumentasi Kebidanan*. h 52-54.
- Prawirohardjo, S. (2020). *Ilmu Kebidanan* (A. B. Saifuddin, T. Rachimhadhi, & Rosad (2015, 5(3), 248–253.
- Pramesti P. (2021). *Hubungan Paritas dengan Kejadian Retensio Plasenta*.
- Sab'ngatun, & Ropitasari. (2022). *Dokumentasi Kebidanan* (Sekaringtyas (ed.)).
- Seran, dkk. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Normal*.
- Siantar, R. L., & dkk. (2022). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Rena Cipta Mandiri.
- Ulya, Y., Annisa, N. H., & Idyawati, S. (2021). Faktor Umur dan Paritas Terhadap Kejadian Retensio Plasenta. *Indonesian Journal of Midwifery (IJM)*, 4(1), 51. <https://doi.org/10.35473/ijm.v4i1.845>
- Walyani, E (2021). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : Pustaka Baru Pres, 2021.

**LEMBAR BIMBINGAN**  
**KIA (KARYA ILMIAH AKHIR)**

NAMA : Euis Aisyah  
NIM : KHGH23008  
PROGRAM STUDI : Pendidikan Profesi Bidan  
PEMBIMBING : Intan Rina Susilawati, SST., M.Keb

No	Tanggal	Keterangan	Paraf
1.	7 Juni 2024	Konsul Bab I	
2.	13 Juni 2024	Konsul Bab II	
3.	19 Juni 2024	Konsul Bab III	
4.	26 Juni 2024	Konsul Bab IV, V, Daftar Pustaka	
5.	2 Juli 2024	Perbaikan Bab I, II	
6.	5 Juli 2024	Perbaikan Bab III, IV	
7.	11 Juli 2024	Bab I, II ACC	
8.	15 Juli 2024	Bab III, IV ACC	
9.	17 Juli 2024	Bab V, Daftar Pustaka	
10.	23 Juli 2024	ACC	