

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. KUSIA 41 TAHUN  
P2A1 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DISERTAI SYOK  
HIPOVOLEMIA DI PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

**INTAN NURUL AULIA  
KHGB22038**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA  
GARUT PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN**

**2025**

## **PERNYATAAN**

1. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Amd.Keb), baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, April 2025  
Yang membuat pernyataan

( Intan Nurul Aulia )  
NIM : KHGB22038

**LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL** : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. K  
USIA 41 TAHUN P2A1 KALA III DENGAN RETENSIO  
PLASENTA DISERTAI SYOK HIPOVOLEMIC DI  
PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT

**NAMA MAHASISWA** : INTAN NURUL AULIA

**NIM** : KHGB22038

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui untuk Disidangkan Dihadapan Tim  
Penela'ah Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni, 2025

**Menyetujui,**

**Pembimbing**



**(Titi Purwitasari Handayani ,SST.,Bd.,M.Keb)**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL** : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. K  
USIA 41 TAHUN P2A1 KALA III DENGAN RETENSIO  
PLASENTA DISERTAI SYOK HIPOVOLEMİK DI  
PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT

**NAMA MAHASISWA** : INTAN NURUL AULIA

**NIM** : KHGB22038

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Pembimbing dan  
Tim Penela'ah Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni, 2025

Mengesahkan,

Pembimbing

(Titi Purwitasari H, SST., Bd., M.Keb)

Penela'ah I

(Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.Keb)

Penela'ah II

(Bdn. Dian Fitriyani, S.ST., M.Keb)

Mengesahkan,

Ketua Program Studi D3 Kebidanan

(Lina Humaeroh, SST., M.Kes)

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas segala limpahan rahmat, karunia serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul “ **ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. K USIA 41 TAHUN P2A1 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DI PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT**”. Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan program studi DIII Kebidanan.

Dalam penyusunan Laporan Tugas 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. Lina Humaeroh SST,M.Kes selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut
5. Titi Purwitasari H, SST., Bd.,M.Keb selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya

6. Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.Keb selaku penguji I Sidang Laporan Tugas Akhir yang telah menguji dan membimbing.
7. Bdn. Dian F, SST.,M.Keb selaku penguji II Sidang Laporan Tugas Akhir yang telah menguji dan membimbing.
8. Seluruh dosen beserta staff Program Studi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
9. selaku pembimbing lapangan yang telah memberikan bimbingan, arahan serta kesempatan pada penulis dengan penuh kesabaran.
10. Teristimewa kepada orang tua saya, yaitu Ibu saya Aam Marhamah, Nenek yaitu ibu Hj.Siti Mariah, kakek yaitu Bapak H.Damas (alm) dan teruntuk Uwa saya yaitu H.Dadan Hamdani serta keluarga yang tak pernah lelah memberi dukungan, semangat, do'a restu, kasih sayang serta pengorbanan dari awal hingga tersusunnya Laporan Tugas Akhir ini.
11. Untuk sahabat seperjuangan yang selalu memberikan dukungan dan do'a sehingga penyusunan Laporan Tugas Akhir ini bisa selesai.
12. Rekan- rekan Mahasiswi Program Studi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah berjuang bersama dengan saling memberikan semangat dan motivasi untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
13. Ny. K beserta keluarga yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini, terimakasih atas keramahan, kebaikan serta kerjasamanya selama melakukan asuhan.

14. Seluruh pihak yang terkait dan ikut serta membantu dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir 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 Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin Yarrabbal Aalamiin.

Garut, April 2025

Penulis

## DAFTAR ISI

|   |     |
|---|-----|
| <b>LEMBAR PERNYATAAN</b> .....                    | i   |
| <b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....                   | ii  |
| <b>KATA PENGANTAR</b> .....                       | iii |
| <b>DAFTAR ISI</b> .....                           | vi  |
| <b>DAFTAR TABEL</b> .....                         | ix  |
| <b>DAFTAR GAMBAR</b> .....                        | x   |
| <b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....                    | 1   |
| 1.1 Latar Belakang.....                           | 1   |
| 1.2 Tujuan.....                                   | 6   |
| 1.3 Metode Pengumpulan Data.....                  | 7   |
| 1.4 Waktu dan Tempat Pengkajian.....              | 7   |
| 1.5 Manfaat.....                                  | 7   |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....              | 9   |
| 2.1 Konsep Dasar Persalinan.....                  | 9   |
| 2.2 Retensio Plasenta.....                        | 18  |
| 2.3 Penanganan Retensio Plasenta Secara Umum..... | 33  |
| 2.4 Manual Plasenta.....                          | 36  |
| 2.5 Pendokumentasian.....                         | 43  |
| <b>BAB III TINJAUAN KASUS</b> .....               | 48  |
| <b>BAB IV PEMBAHASAN</b> .....                    | 83  |
| <b>BAB V PENUTUP</b> .....                        | 91  |

**DAFTAR PUSTAKA.....93**

**LAMPIRAN**

## **DAFTAR TABEL**

|  |    |
|--|----|
| Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu..... | 50 |
| Tabel 3.2 Lembar Observasi Kala IV.....                          | 67 |
| Tabel 3.3 Matriks Hubungan antara Teori dan Kasus.....           | 76 |

## DAFTAR GAMBAR

|   |    |
|---|----|
| Gambar 2.1 Penatalaksanaan retensio plasenta..... | 39 |
|---|----|

## **DAFTAR SINGKATAN**

|       |  |
|-------|--|
| WHO   | : WORLD HEALTH ORGANIZATIONS                   |
| ASEAN | : ASSOCIATION OF SOUTHEAST ASIAN NATIONS       |
| AJOG  | : AMERICAN JOURNAL of OBSTETRIC and GYNECOLOGY |
| AKI   | : ANGKA KEMATIAN IBU                           |
| AKB   | : ANGKA KEMATIAN BAYI                          |
| PPH   | : POST PARTUM HEMORHAGIE                       |
| HPP   | : HEMORARGIC POSTPARTUM                        |
| PPT   | : PEREGANGAN TALI PUSAT TERKENDALI             |
| TTV   | : TANDA TANDA VITAL                            |
| VBAC  | : VAGINAL BIRTH AFTER CESARIA                  |
| IBI   | : IKATAN BIDAN INDONESIA                       |
| APD   | : ALAT PELINDUNG DIRI                          |
| RL    | : RINGER LAKTAT                                |
| IV    | : INTRA VENA                                   |
| IM    | : INTRA MUSCULAR                               |
| UGD   | : UNIT GAWAT DARURAT                           |

## DAFTAR ISTILAH

1. Asuhan Kebidanan – Serangkaian tindakan profesional yang dilakukan bidan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi bagi ibu dan bayi.
2. Kala III – Tahap persalinan setelah bayi lahir, di mana terjadi pengeluaran plasenta.
3. Retensio Plasenta – Keadaan tertahannya plasenta di dalam rahim lebih dari 30 menit setelah bayi lahir.
4. Syok Hipovolemik – Kondisi kegawatdaruratan akibat kehilangan volume darah yang signifikan, menyebabkan turunnya tekanan darah dan perfusi jaringan.
5. Persalinan Normal – Proses kelahiran secara alami tanpa intervensi medis besar, biasanya berlangsung antara minggu ke-37 hingga ke-42 kehamilan.
6. Uterotonika – Obat-obatan yang merangsang kontraksi uterus untuk mencegah atau menghentikan perdarahan postpartum.
7. Manual Plasenta – Tindakan mengeluarkan plasenta secara manual dengan tangan yang dimasukkan ke dalam rahim.
8. Peregangan Tali Pusat Terkendali (PTT) – Teknik untuk membantu pelepasan plasenta dengan menarik tali pusat secara terkontrol.
9. Kontraksi Uterus – Gerakan otot rahim yang membantu dalam proses persalinan dan penghentian perdarahan setelah melahirkan.
10. Fundus Uteri – Bagian atas rahim yang sering menjadi titik evaluasi kontraksi setelah persalinan.
11. Plasenta Akreta/Inkreta/Perkreta – Tipe-tipe perlekatan plasenta abnormal ke dinding rahim dengan tingkat invasi yang berbeda.

12. Partus – Proses melahirkan.
13. Perdarahan Postpartum – Kehilangan darah dalam jumlah besar setelah melahirkan, dapat mengancam jiwa.
14. Infus Ringer Laktat (RL) – Cairan intravena yang sering digunakan dalam penanganan dehidrasi atau syok.
15. Kala IV – Periode dua jam pertama setelah kelahiran plasenta, masa kritis untuk observasi perdarahan.
16. Inspeksi, Palpasi, Auskultasi, Perkusi – Metode pemeriksaan fisik.
17. Subinvolusi Uteri – Ketidakmampuan rahim kembali ke ukuran normal setelah melahirkan.
18. Mekanisme Pelepasan Plasenta – Proses fisiologis di mana plasenta lepas dari dinding rahim setelah bayi lahir.
19. Maneuver Brandt-Andrews – Teknik untuk membantu pengeluaran plasenta dengan traksi tali pusat sambil menahan fundus uterus.
20. Anemia Kehamilan – Kondisi rendahnya kadar hemoglobin pada ibu hamil yang dapat menyebabkan komplikasi obstetri.
21. Hypoperfusi Plasenta – Aliran darah ke plasenta yang tidak optimal, mengganggu nutrisi janin dan pelepasan plasenta.
22. Pemeriksaan Vaginal – Pemeriksaan untuk menilai kondisi jalan lahir, posisi plasenta, dan perdarahan.
23. Kavum Uteri – Ruang dalam rahim tempat janin berkembang.
24. Inversio Uteri – Komplikasi obstetri di mana rahim terbalik ke luar akibat penanganan yang salah.

25. Perdarahan Antepartum – Perdarahan yang terjadi sebelum bayi lahir.
26. Evaluasi Syok – Penilaian klinis terhadap kondisi syok berdasarkan tanda vital dan gejala fisik.
27. Histerektomi – Prosedur operasi pengangkatan rahim.
28. Plasenta Trapped – Plasenta sudah lepas namun tidak keluar karena tersangkut di serviks.
29. Infeksi Puerperium – Infeksi yang terjadi setelah persalinan.
30. Standar Pelayanan Kebidanan – Pedoman nasional untuk tindakan dan layanan bidan dalam kondisi normal maupun gawat darurat.

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Plasenta yang tertahan setelah persalinan per vaginam, yang terjadi sekitar 1-3% persalinan, merupakan penyebab morbiditas obstetri yang relatif umum. Kondisi ini biasanya didiagnosis ketika plasenta gagal lepas secara spontan selama kala tiga persalinan ketika pasien mengalami perdarahan berlebih tanpa adanya pelepasan plasenta atau jika ada konfirmasi jaringan plasenta yang tersisa setelah sebagian besar plasenta keluar secara spontan. Plasenta yang tertahan dan tidak ditangani dengan benar dianggap sebagai penyebab *Post Partum Hemorrhage* (PPH) terbanyak kedua (AJOG, 2020).

Setiap hari pada tahun 2023, lebih dari 700 wanita meninggal karena penyebab yang dapat dicegah terkait kehamilan dan persalinan. Kematian ibu terjadi hampir setiap 2 menit pada tahun 2023. Antara tahun 2000 dan 2023, rasio kematian ibu (MMR, jumlah kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup) turun sekitar 40% di seluruh dunia (WHO, 2024).

Perawatan oleh profesional kesehatan yang terampil sebelum, selama, dan sesudah melahirkan dapat menyelamatkan nyawa wanita dan bayi baru lahir. Sekitar 92% dari semua kematian ibu terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah pada tahun 2023, dan sebagian besar sebenarnya dapat dicegah. Penyebab kematian ibu pada tahun 2024 didominasi oleh Komplikasi Non Obstetrik 29,11%, Hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan

nifas 28,17%, Perdarahan Obstetrik 25,37%, Komplikasi Obstetrik lain 10,15% (WHO, 2024).

Afrika Sub-Sahara dan Asia Selatan menyumbang sekitar 87% (225.000) dari perkiraan kematian ibu global pada tahun 2023. Afrika Sub-Sahara sendiri menyumbang sekitar 70% dari kematian ibu (182.000), sementara Asia Selatan menyumbang sekitar 17% (43.000) (WHO, 2024). Di Indonesia, berdasarkan data sistem pencatatan kematian ibu Kementerian Kesehatan, angka kematian ibu pada tahun 2023 mencapai 4.129. Kematian Ibu adalah semua kematian selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh pengelolaannya tetapi bukan karena sebab lain seperti kecelakaan atau insidental. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah semua kematian dalam ruang lingkup tersebut di setiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2023).

Prevalensi retensio plasenta di negara-negara dengan sumber daya tinggi adalah 2,7% dari persalinan per vaginam. Berdasarkan data angka kematian ibu melahirkan mencapai 189 per 100 ribu kelahiran hidup. Membuat Indonesia menempati peringkat kedua tertinggi di ASEAN dalam hal kematian ibu, jauh lebih tinggi daripada Malaysia, Brunei, Thailand dan Vietnam yang sudah di bawah 100 per 100 ribu kelahiran. Hal ini menunjukkan kasus kematian ibu lebih banyak pada wilayah dengan jumlah penduduk yang besar, sebaliknya lebih sedikit jumlahnya pada wilayah dengan penduduk yang sedikit. Upaya penurunan AKI pada daerah dengan populasi yang besar menjadi lokus prioritas untuk mempercepat penurunan AKI karena difokuskan pada daerah-daerah tersebut.

Jumlah kematian Ibu tahun 2024 berdasarkan pelaporan profil kesehatan

kabupaten/kota sebanyak 749 kasus atau 98,60 per 100.000 KH, turun 43 kasus dibandingkan tahun 2023, yaitu 792 kasus. Penyebab kematian ibu pada tahun 2024 didominasi oleh Komplikasi Non Obstetrik 29,11%, Hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas 28,17%, Perdarahan Obstetrik 25,37%, Komplikasi Obstetrik lain 10,15%, dan yang lainnya 0,53% (Profil Kesehatan Jawa Barat 2024).

Kasus Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Garut pada tahun 2024 tercatat mencapai 50 kasus per tahun, sementara Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 332 kasus per tahun. Yang mana salah satu penyebabnya perdarahan dengan jumlah 13 kasus penyebabnya eklampsia, syok, perdarahan post partum termasuk retensio plasenta (Dinkes, 2024)

Beberapa penyebab tingginya kasus kematian ibu dan bayi di Kabupaten Garut, disebabkan oleh 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, 2023).

Menurut laporan bulanan PONED di UPT Puskesmas Karangpawitan, tidak ada kematian ibu yang tercatat antara bulan Februari dan Maret 2025, namun masih ada kasus ibu bersalin dengan retensio plasenta. Pada tahun 2024 data PONED antara bulan Januari-Desember tercatat kasus retensio plasenta sebanyak 20 kasus penyebabnya yaitu faktor usia, paritas, anemia, riwayat kuretase dan masih banyaknya persalinan yang dilakukan di rumah yang dibantu oleh dukun dengan alasan jauh ke fasilitas kesehatan dan mahal nya 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 Karangpawitan Garut, 2024).

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).

Syok hipovolemik sampai saat ini merupakan salah satu penyebab kematian di Negara-negara dengan mobilitas penduduk yang tinggi (Baderuddin, 2019). Syok hipovolemik adalah hilangnya volume dapat menurunkan *preload* yang menyebabkan penurunan curah jantung, tekanan darah serta gangguan perfusi jaringan (Saputra, 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, 2020).

Upaya penurunan AKI dan AKB dengan mendorong setiap persalinan

dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih. Hal ini tidak lepas dari penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkelanjutan mulai dari kehamilan, persalinan, pasca melahirkan, dan neonatus (Safitri, 2023).

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 Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. K USIA 41 TAHUN P2A1 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DISERTAI SYOK HIPOVOLEMİK DI PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT”**.

## **1.2 Tujuan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Melakukan asuhan kebidanan pada Ny. K usia 41 tahun P2A1 Kala III dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik di Puskesmas Karangpawitan Garut dengan varney dan SOAP.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

- 1) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. K usia 41 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik di Puskesmas Karangpawitan Garut.
- 2) Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. K usia 41 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik di Puskesmas

Karangpawitan Garut..

- 3) Menetapkan analisa asuhan kebidanan pada Ny. K usia 41 tahun P2A1 kala III dengan dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik di Puskesmas Karangpawitan Garut.
- 4) Melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. K usia 41 tahun P2A1 kala III dengan dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik di Puskesmas Karangpawitan Garut.
- 5) Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. K usia 41 tahun P2A1 kala III dengan dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik di Puskesmas Karangpawitan 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 23.00 WIB, tanggal 15 Februari 2025 di Puskesmas Karangpawitan Garut.

#### **1.5 Manfaat**

##### **1.5.1 Bagi Penulis**

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

##### **1.5.2 Bagi Institusi Pendidikan**

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

##### **1.5.3 Bagi Lahan Praktik**

Diharapkan Puskesmas dapat menjaga pelayanan dan tindakan kegawatdaruratan, termasuk penanganan yang intensif pada syok hipovolemik dan 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 dan kelahiran 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 (Prajayanti, 2023).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Ayudita, 2023).

##### **2.1.2 Tahapan Persalinan**

Tahapan Persalinan Menurut (Noviyani & Ruliyah, 2023) yaitu :

###### **1. Kala I**

Persalinan di mulai sejak terjadinya kontraks uterus dan pembukaan servik hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu:

- 1) Fase laten, dimulai sejak awal kontraksi hyang menyebabkan penipisan dan pembukaan servik secara bertahap. Pembukaan servik kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung selama 8 jam.
- 2) Fase Aktif, Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi 3 kali dalam 10 menit dan

lamanya 40 detik atau lebih, servik membuka dari 4-10 cm, terjadi penurunan bagian terbawah janin.

## 2. Kala II

Dimulai dari pembukaan servik 10 cm (lengkap) sampai dengan lahirnya bayi. Gejala kala II atau kala pengeluaran adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dan durasi 50-100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus Frankenhauser.
- 4) Kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka vagina dan tampak suboksiput sebagai hipomoklion.
- 5) Lamanya kala II pada primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

## 3. Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan Nitabusch. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda.

- 1) Uterus menjadi bundar.
- 2) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke bawah segmen bawah Rahim.

3) Tali pusat bertambah panjang.

#### 4. Kala IV

Dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan meliputi:

- 1) Tingkat kesadaran pasien
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadinya perdarahan.

### **2.1.3 Mekanisme Pelepasan Plasenta Kala III**

- a. Plasenta harus dimatikan 30 menit setelah kelahiran bayi. Otot-otot Rahim berkontraksi dalam kala persalinan ketiga. setelah bayi lahir, menyusul penurunan volume rongga rahim. Karena pengosongan rongga rahim dan dilanjutkan dengan adanya saluran, plasenta terlepas dari perlekatannya dan darah berkumpul di uteroplacenta. Penyusutan menyebabkan ukuran tempat implan membesar saat plasenta dilepaskan, tetapi hanya jika ukuran plasenta tidak berubah atau tetap sama. Plasenta akan jatuh, menebal, dan kemudian ditarik menjauhi rahim pada tahap selanjutnya sehingga menyebabkan terlepas dari rahim. Plasenta akan berbelok ke samping rahim dan menuju vagina di bagian atas rahim. Setelah kala II persalinan berlalu, plasenta terlepas dari dinding rahim, menyebabkan kontraksi rahim (secara spontan atau dengan rangsangan). Berat plasenta dapat memudahkan selaput ketuban terlepas dan dapat dikeluarkan lebih

mudah. Lokasi perlekatan plasenta mempengaruhi kecepatan pemisahan plasenta dan mekanisme pelepasan plasenta.

b. Tanda dan gejala pelepasan plasenta

Setelah proses persalinan kala II selesai, dilanjutkan dengan kala III persalinan, tahapan yang sangat penting untuk dipahami karena dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban, yang biasa dikenal sebagai kala III persalinan atau pengeluaran plasenta. Dalam waktu sekitar 5-10 menit, kontraksi rahim akan berhenti. Karena retraksi otot rahim, plasenta mulai terpisah pada lapisan Nitabusch dengan lahirnya bayi. Peregangan tali pusat terkendali (PTT) akan dilakukan pada kala III persalinan, kemudian 10 IU oksitosin akan diberikan secara intramuskular (IM) untuk membantu kontraksi uterus dan meminimalkan terjadinya perdarahan postpartum

Lepasnya plasenta ditandai dengan:

- 1) Bentuk fundus dan tinggi fundus
- 2) Tali pusat memanjang
- 3) Semburan darah yang muncul secara tiba-tiba

c. Teknik untuk pengeluaran plasenta

- 1) Teknik ekspulsi schulze Sekitar 80% saat plasenta terlepas dari uterus, mirip seperti menutup payung. Bagian tengah plasenta adalah bagian pertama yang dipisahkan, diikuti oleh hematoma retroplasenta yang menolak plasenta, dimulai dari bagian tengah dan berlanjut ke seluruh plasenta. Sebelum plasenta lahir, biasanya terjadi pengeluaran darah,

dan setelah plasenta lahir, ada banyak pengeluaran darah.

- 2) Teknik ekspulsi matthew duncan, Darah akan merembes keluar di antara selaput ketuban saat plasenta terlepas, oleh karena itu perdarahan akan terjadi sejak sebagian plasenta terlepas sampai seluruh plasenta terlepas. Plasenta letak rendah lebih rentan terhadap pelepasan plasenta seperti ini. Otototot rahim akan berkontraksi. pembuluh darah akan terjepit. dan pendarahan akan berhenti setelah plasenta terlepas. Plasenta akan lahir spontan kurang dari enam menit setelah bayi lahir dalam keadaan normal.

d. Prasad untuk melihat apakah placenta sudah terlepas

- 1) Kutsner Regangkan tali pusat dengan tangan di atas simphisis/memberikan penekanan pada simphisis, plasenta belum terlepas apabila tali pusat masuk kedalam dan plasenta sudah terlepas apabila tali pusat diam dan memanjang (ke depan)
- 2) Klein Lakukan sedikit dorongan pada rahim saat uterus mengalami kontraksi, jika plasenta belum terlepas maka tali pusat akan kembali dan apabila plasenta sudah terlepas maka tali pusat diam/turun.
- 3) Strassman Dimana plasenta belum terlepas apabila pada saat tangan sebelah kanan penolong melakukan peregangan 43 pada tali pusat dan kemudian tangan kiri mengetuk bagian dari fundus uteri dan terjadi getaran. Jika tidak bergetar, plasenta sudah terlepas.
- 4) Manuaba Memegang uterus di segmen rahim dengan tangan kiri, sedangkan tali pusat dikencangkan dengan menggunakan tangan

kanan, terlepasnya plasenta apabila tarikan terasa berat disertai dengan tali pusat tidak memanjang dan apabila plasenta terlepas maka tarikan terasa ringan disertai dengan memanjangnya tali pusat.

- 5) Crede Melakukan pemijatan pada bagian uterus sama seperti memeras jeruk untuk melepaskan plasenta dari dinding rahim. Kemudian pijat rahim dengan memberikan penekanan sedikit ke bawah dengan empat jari berada di dinding rahim bagian belakang kemudian ibu jari di fundus bagian depan tengah. Pijat rahim saat berkontraksi dan jangan

e. Faktor plasenta Ada tiga faktor yang memengaruhi lepasnya plasenta yaitu:

- 1) Pemberian oksitosin Satu menit setelah bayi lahir, oksitosin diberikan untuk mendorong agar rahim (uterus) berkontraksi. Adanya kontraksi pada uterus akan menyebabkan penyempitan pada area plasenta, karena uterus mengalami pengecilan bentuknya dan dinding rahim menebal beberapa centimeter. Kontraksi uterus akan menekan plasenta, kontraksi yang terjadi secara terus menerus menyebabkan plasenta terlepas sebagian dan kemudian terlepas sepenuhnya karena ruang longgar yang berada di fascies maternal

- 2) Peregangan Tali Pusat Terkendali (PTT) Memberikan tindakan peregangan tali pusat terkendali secara terstruktur dan benar akan dapat mendeteksi dini dan mengontrol terjadinya perdarahan Post Partum. Masase uterus Untuk menjaga agar rahim tetap keras dan berkontraksi dengan baik, dan untuk mendorong pengeluaran bekuan

darah, maka dilakukan massage pada fundus uteri segera setelah plasenta dilahirkan

f. Pengeluaran plasenta Plasenta yang terlepas akan terdorong ke Segmen Bawah Uterus (SBR) karena adanya kontraksi uterus, kemudian plasenta menuju ke serviks, vagina, dan terakhir menuju ke introitus vagina. Plasenta akan terdorong keluar dengan tenaga mengejan. Pengeluaran plasenta secara spontan terjadi pada 20% kasus, sedangkan sisanya memerlukan tindakan pertolongan. Plasenta akan dilakukan pengeluaran dengan tindakan secara manual apabila terjadi:

- 1) Jika mengalami perdarahan lebih dari 400 hingga 500 cc
- 2) Keadaan dimana plasenta belum dapat dilahirkan setelah bayi lahir dalam waktu 30 menit yang disebut dengan retensio plasenta yang disebabkan oleh perlekatan abnormal plasenta ke dinding rahim, yang menyebabkan tertundanya pengeluaran plasenta
- 3) Adanya tindakan secara bersamaan yang disertai dengan narkosa
- 4) Adanya perdarahan yang berulang berdasarkan hasil anamnesa

#### **2.1.4 Tanda Bahaya Persalinan**

##### **1. Perdarahan lewat jalan lahir**

Perdarahan yang terjadi saat hamil disebabkan oleh beberapa hal, antara lain keguguran (abortus), kehamilan di luar kandungan (Kehamilan Ektopik Terganggu), ataupun “hamil anggur”. Untuk mengetahui kondisi apa yang sebenarnya sedang dialami ibu hamil, segera

bawa ibu hamil ke fasilitas kesehatan untuk segera ditangani oleh bidan atau dokter.

## 2. Tali pusar atau tangan bayi keluar dari jalan lahir

Pada persalinan normal, posisi bayi adalah terbalik dengan kepala berada di bawah. Jika posisi bayi tidak normal, yaitu berbaring menyamping, saat persalinan bisa saja tali pusar atau tangan bayi yang keluar dari jalan lahir. Ketika ini terjadi, jangan sekali-sekali mencoba untuk mengubah posisi bayi karena bisa mengakibatkan robeknya rahim, terpisahnya plasenta dari dinding rahim, dan implikasi lainnya. Jika terlihat darah segar berwarna merah terang, itu bisa berarti plasenta telah terpisah dari dinding rahim atau juga pembukaan rahim, dan kondisi ini sangat berbahaya.

## 3. Ibu mengalami kejang

Jika ibu mulai memiliki kejang dan Anda tahu dia tidak memiliki epilepsi, kejang bisa merupakan akibat dari pre-eklampsia. Ibu hamil dengan epilepsi juga bisa mendapatkan toksemia (keracunan kehamilan).

## 4. Ibu tidak kuat mengejan

Mengejan adalah cara alami ibu dalam membantu otot rahim mendorong bayi menuju jalan lahir. Jika ibu tidak kuat mengejan, maka bayi akan terlalu lama berada di jalan lahir (dasar panggul). Ini akan membahayakan keadaan calon bayiyang mengakibatkan kondisi bayi setelah lahir lemah, mengalami gangguan pernafasan, tidak bisa menangis, dan bayi tampak

pucat. Untuk itu, sudah merupakan prosedur standar bahwa bidan akan merujuk Ibu hamil ke rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan medis dari dokter dengan melakukan operasi ataupun tindakan lainnya.

#### 5. Air ketuban keruh dan berbau

Pada persalinan normal, air ketuban yang berwarna merah muda akan pecah menjelang persalinan. Jika air ketuban berwarna coklat atau hijau dan berbau tidak sedap bisa berarti bahwa janin telah terinfeksi dengan virus atau bakteri dan itu sangat berbahaya. Ini yang biasa disebut dengan “minum ketuban” atau “keracunan ketuban”. Jika masih pada tahap awal persalinan, atau jika ibu belum mulai mengejan untuk mendorong bayi keluar, jalan terbaik adalah segera ke bidan untuk dirujuk ke rumah sakit terdekat.

#### 6. Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat

Keadaan emosional ibu yang gelisah dan kesakitan hebat biasa mengganggu proses persalinan, dan itu harus diwaspadai karena berbahaya. Karena ibu adalah subjek utama yang mempengaruhi berlangsungnya persalinan normal dan yang lain, termasuk tenaga medis hanya membantu ibu dalam melakukan persalinan. Jika ibu merasa gelisah dan mengalami kesakitan, ibu harus mencoba untuk rileks dan tidak gelisah berlebihan. Sehingga pada persalinan ibu dan janin hanya memerlukan sedikit medikasi dan bahkan sedikit intervensi dalam proses bersalin. Jika ibu tetap gelisah dan mengalami kesakitan, sebaiknya bidan merujuknya ke rumah sakit untuk lebih mendapat bantuan persalinan yang

dibutuhkan (Yulianti, Astuti, and Putri 2023)

## **2.2 Retensio Plasenta**

### **2.2.1 Pengertian**

Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta tertahan di dalam uterus dan belum keluar selama 30 menit setelah bersalin disebabkan uterus tidak berkontraksi dengan baik. Retensio plasenta bisa terjadi karena plasenta belum lepas dari dinding uterus (Yatiningsih, dkk, 2023).

### **2.2.2 Etiologi**

Ada beberapa penyebab terjadinya retensio plasenta, yaitu :

1. Faktor uterus
  - a. 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).
  - b. Riwayat kuretase sebelumnya, riwayat kuretase trauma karena abortus, dalam hal ini biasanya perkembangan decidua pada uterus hipoplastik sehingga perlekatan *vili choralis* pada myometrium dan bahkan sampai menembus endometrium dan peritoneum.

c. Kehamilan ganda, pada kehamilan ganda memerlukan implantasi plasenta yang luas

d. 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 manual plasenta adalah retensio plasenta.

2. Faktor maternal

a. Usia

Usia Semua wanita dalam usia reproduksi, terutama yang berisiko, lebih rentan mengalami perdarahan postpartum, yaitu wanita dibawah usia 20 tahun dan wanita lebih dari 35 tahun yang sedang hamil. Sebelum umur 20 tahun, fungsi organ reproduksi wanita belum sepenuhnya berkembang. Sedangkan wanita yang usianya lebih dari 35 tahun memiliki fungsi reproduksi yang lebih rendah dari biasanya, dan lebih rentan mengalami komplikasi saat persalinan, salah satunya disebabkan oleh retensio plasenta.

b. Pendidikan

Ibu yang mengalami pendidikan rendah berisiko enam kali lebih besar dibandingkan ibu dengan pendidikan yang tinggi. Tingkat Pendidikan seseorang ikut menentukan tinggi rendahnya

pengetahuan yang dimiliki seseorang. Ibu yang mempunyai Pendidikan tinggi, lebih aktif menentukan sikap dan lebih mandiri mengambil tindakan perawatan. Rendahnya pendidikan ibu, akan mengakibatkan rendahnya pengetahuan ibu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

c. Paritas

Jumlah Paritas Seorang ibu dengan paritas yang tinggi dapat mempengaruhi kondisi rahim ibu, karena semakin banyak ibu melahirkan maka fungsi reproduksi akan semakin menurun. Ibu yang telah melahirkan lebih dari dua kali memiliki risiko perlekatan plasenta karena jaringan fibrosa menggantikan serot otot dalam rahim, mengurangi kontraksi, mempersulit pembuluh darah untuk mengompres, dan perlekatan ditempat implantasi.

d. Jarak antar kelahiran

Resiko bisa terjadi kepada ibu dan janin ketika seseorang ibu hamil dengan jarak yang terlalu dekat dengan kehamilan sebelumnya. Rahim yang belum pulih akibat persalinan sebelumnya belum bisa memaksimalkan pembentukan cadangan makanan bagi janin dan untuk ibu sendiri, akibatnya akan berdampak tidak baik pada ibu maupun bayi.

e. Riwayat Persalinan

Ibu yang memiliki riwayat komplikasi pada persalinan lalu memiliki kecenderungan untuk mengalami komplikasi pada persalinan

selanjutnya. Riwayat tersebut dapat berupa abortus, section caesarea, vakum, kematian janin, eklamsi, dan preeklamsia, infeksi ataupun perdarahan antepartum lainnya, apabila ini terjadi pada ibu dipersalinan sebelumnya maka berisiko untuk mengalami kejadian retensio plasenta.

f. Anemia

Anemia selama kehamilan adalah masalah kesehatan yang berdampak besar pada kesejahteraan ibu dan janin. Kondisi ini terjadi ketika jumlah sel darah merah atau konsentrasi hemoglobin dalam darah menurun. Anemia pada ibu hamil didefinisikan sebagai kadar hemoglobin yang kurang dari 11 gr/dl pada trimester pertama dan ketiga, atau kurang dari 10,5 gr/dl pada trimester kedua, karena produksi sel darah merah tidak cukup untuk mempertahankan kadar hemoglobin normal (WHO, 2023). Wanita yang mengalami anemia berisiko lebih besar mengalami retensio plasenta dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami anemia. Semakin rendah kadar HB, semakin besar risiko untuk mengalami perdarahan postpartum khususnya retensio plasenta (Novidha, 2023).

Anemia yaitu kondisi dimana total sel darah merah yang beroperasi membawa oksigen mengalami penurunan untuk memenuhi kebutuhan fisiologi tubuh. Keinginan fisiologi spesifik beragam pada manusia dan bergantung pada usia, gender dan dikatakan anemia apabila hemoglobin (Hb) berada dibawah normal,

presentase hemoglobin (Hb) normal umumnya berbeda pada pria dan wanita. Untuk pria anemia didefinisikan seperti ketentuan hemoglobin (Hb) kurang dari 13,5g/dL dan pada wanita 12g/dL (Depati, 2025).

## **1. Klasifikasi Anemia**

Menurut (Chasanah, Basuki, and Dewi 2023)

### **1) Anemia Defisiensi Besi**

Anemia defisiensi besi merupakan jenis anemia terbanyak di dunia, anemia defisiensi besi merupakan keadaan konsentrasi hemoglobin kurang, mikrositik yang disebabkan oleh suplai besi kurang dalam tubuh. Kurangnya besi berpengaruh dalam pembentukan hemoglobin sehingga konsentrasinya dalam sel darah merah berkurang, hal ini akan mengakibatkan tidak adekuatnya pengangkutan oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Pada keadaan normal kebutuhan besi orang dewasa 2-4 gr besi, absorpsi besi terjadi di lambung, duodenum dan jejunum bagian atas.

### **2) Anemia Megaloblastik**

Anemia yang disebabkan karena kerusakan sintesis DNA yang mengakibatkan tidak sempurnanya sel darah merah. Keadaan ini disebabkan karena defisiensi vitamin B12 dan asam folat. Karakteristik sel darah merah adalah megaloblast (besar, abnormal, premature sel darah merah) dalam darah dan sumsum tulang. Tanda dan gejala dari anemia megaloblastic yaitu anemia yang kadar

disertai dengan ikterik, adanya glossitis, gangguan neuropati, Vitamin B12 < 100 pg/ml, asam folat < 3 ng/ml.

### 3) Anemia Aplastik

Terjadi akibat ketidakmampuan sumsum tulang membentuk sel-sel darah. Kegagalan tersebut disebabkan mengakibatkan kerusakan anemia, primer system leukolania sel dan thrombositopenia (pansitopenia). Zat yang dapat merusak susmsum tulang disebut Mielotoksin.

## 2. Etiologi

### 1) Umur

Wanita yang hamil di usia kurang dari 20 tahun beresiko terhadap anemia karena pada usia ini sering terjadi kekurangan gizi. Hal ini muncul biasanya karena usia remaja menginginkan tubuh yang ideal sehingga mendorong untuk melakukan diet yang ketat tanpa memperhatikan keseimbangan gizi sehingga pada saat memasuki kehamilan dengan status gizi kurang.

### 2) Kunjungan ANC

Kunjungan ANC dengan kejadian anemia. Menurut (Nurmasari & Sumarmi, 2019) pelayanan ANC yang baik dan teratur akan mempermudah ibu hamil untuk memperoleh tablet Fe . Melalui pemberian tablet Fe dapat meningkatkan kadar hemoglobin darah selama masa kehamilan sehingga apabila dilakukan ANC secara teratur dengan ketaatan konsumsi tablet Fe pada akhirnya akan

mencegah terjadinya anemia.

### 3) Paritas

Menurut (Wahyu, 2016) paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi kematian maternal. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana.

### 4) Dukungan Suami

Menurut (Hardaniyati & Ariendha, 2018) peran serta suami, keluarga, dan semua pihak, sangat membantu keberhasilan ibu hamil mengkonsumsi suplementasi tablet Fe. Dukungan keluarga khususnya suami mempunyai peranan yang sangat penting bagi seseorang khususnya ibu hamil, karena individu memerlukan keberadaan orang lain untuk saling memberikan perhatian, membantu, mendukung, dan menghadapi permasalahan.

## **3. Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala yang timbul pada ibu hamil dengan anemia ringan antara lain seperti, pucat pada mata, kekuningan pada mata, cepat lelah, sering pusing atau sakit kepala, sering terjadi kram kaki, terjadi sariawan, peradangan gusi, peradangan pada lidah, peradangan pada sudut mulut, pemeriksaan hemoglobin < 11 g/dl,

dan tekanan darah turun (Devi 2024)

#### **4. Komplikasi Anemia**

Dampak yang terjadi pada ibu hamil yang mengalami anemia dapat mengakibatkan terjadinya abortus, persalinan pre maturitas, hambatan tubuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD) saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan His, kala pertama dapat berlangsung lama, terjadi partus terlantar, pada kala nifas terjadi subinvolusi uteri menimbulkan perdarahan postpartum dan memudahkan infeksi puerperium dan pengeluaran ASI berkurang (Desty, 2019).

#### **5. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan Anemia menurut (Dewi et al. 2023)

##### **1) Pemberian Fe Tunggal**

Ferrous Sulfate Pemberian 600 Mg Ferrous Sulfate dikonsumsi setiap hari dan dipantau dalam 4 minggu terbukti efektif untuk mengatasi anemia defisiensi zat besi. Dalam 4 minggu pemantauan hematokrit ibu hamil di usia kehamilan 31-35 minggu dapat menaikkan kadar Hb rata rata 0,7 g/dL, Hct 3,2%. Pemberian 150 mg Ferrous Sulfate. Penelitian lain menerapkan terapi Ferrous Sulfate 150 Mg 4 kali sehari di konsumsi dalam 8 minggu dapat meningkatkan kadar Hb sekitar  $1,11 \pm 0,22$  g/dL.

## 2) Lactoferin

Laktoferin (sebelumnya dikenal sebagai Laktoferin) adalah glikoprotein, laktoferin merupakan anggota keluarga transferin, sehingga mampu mengikat dan mentransfer rantai besi. Pemberian lactoferin 250 Mg kapsul satu kali sehari dalam 8 minggu dengan ibu hamil Hb kurang dari 11 dapat meningkatkan kadar Hb sekitar  $2.26 \pm 0.51$  g/dL. Menurut penelitian juga pemberian laktoferin lebih sedikit memiliki efek samping dibanding pemberian Ferrous Sulfate 160 Mg 4 kali sehari dalam 8 minggu.

## 3) FCM (Ferric Carboxymaltosa)

FCM merupakan dextran bebas tipe 1 Fe. Pemberian maksimal intra vena FCM per setting adalah 100vmg yang dilarutkan dalam 200 ml 0,9 cairan normal saline dalam 30 menit. Pemberian ini efektif untuk meningkatkan Hb > 110 g/L. Penggunaan FCM lebih aman karena dosisnya rendah dan pemberian bisa satu kali duduk atau durasi pengobatan yang singkat sehingga me

## 4) Pemberian Fe dan Zat Tambahan.

Ferrous Sulfate dan Recombinant human erythropoietin (rHuEPO) Eritropoietin adalah peptida glikosidase dari 166 gram asam amino. Diproduksi di sel interstisial peritubular dan mempertahankan viabilitas dan sel stimulus proliferasi eritroid. Pemberian tablet Fe dengan jenis Ferrous Sulfate 600 mg setiap hari dalam 4 minggu ditambah 50U/Kg rHuEPO subkutan tiga kali dalam seminggu

selama 4 minggu memiliki efek yang lebih cepat dan baik terhadap hematopoietic dibandingkan dengan hanya menggunakan terapi Ferrious Sulfate. Hasil perbedaan hematokrit menggunakan rHuEPO dan FS tunggal tidak terlalu signifikan. Terapi tambahan rHuEPO subkutan mengubah Hb awal

4) Ferrious Furmonate dan Folic Acid

Ferrious Furmarate 200 mg perhari dan dikonsumsi selama 4 minggu dan asam folat 5 mg setiap hari oleh ibu hamil usia 14-34 minggu dengan Hb awal 70-110 g/L dapat meningkatkan kadar Hb sebesar 12 sampai 9,1 g/L. Namun penggunaan ini memiliki efek samping berupa mual dan muntah.

5) Intravenous Iron Sucrose (IS) dan Folic Acid

Pemberian IS sesuai dosis kebutuhan 200 mg dilarutkan dalam 100 ml 0,9% sodium klorida dalam waktu 20 sampai 30 menit dengan tambahan 5 mg asam folat setiap hari dapat meningkatkan Hb 22 sampai 11,5 g/L. Terapi ini menimbulkan efek samping ringan berupa nyeri, berkeringat pada saat disuntik.

6) Makanan Tambahan (Food Supplement)

Penelitian mencoba menerapkan pemberian makanan tambahan setiap bulan pada ibu hamil berupa nasi, pasta, ayam beku, ikan tuna, kacang kedelai, keju, minyak, madu dan gula. Diberikan minimal 1500 kkal per hari diterapkan dan dipantau selama 10 minggu. Pemberian terapi ini tidak menurunkan tingkat anemia ibu namun

dapat menurunkan risiko anemia dengan peningkatan Hb 4-7 g. Terapi ini dapat mengurangi angka berat badan kurang pada ibu hamil.

7) Pemberian Vitamin D, Vitamin D3

Pemberian vitamin D dirasa menjadi salah satu faktor risiko terjadinya anemia pada ibu hamil namun hasil penelitian pemberian Vitamin D dan Vitamin D3 diberikan 400 IU per hari tidak memberikan pengaruh pada kadar FE dan anemia pada ibu hamil.

3. 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 (Siantar &

Rostianingsih, 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

(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 beretraksi dengan 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 masa nifas (Siantar, dkk, 2022).

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

Jenis-jenis perlekatan plasenta yang abnormal, antara lain sebagai berikut:

##### **1) Plasenta adhesive**

Implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.

#### 2) Plasenta akreta

Implantasi jonjot korion plasenta sehingga memasuki Sebagian lapisan myometrium.

#### 3) Plasenta inkerta

Implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai atau memasuki myometrium.

#### 4) Plasenta perkreta

Implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.

#### 5) Plasenta inkarserata

Tertahannya plasenta di dalam kavum uteri yang disebabkan oleh kontraksi ostium uteri (Wahyuni & Aditia, 2023).

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

Menurut (Siantar & Rostianingsih, 2020), ada beberapa tanda dan gejala dari retensio plasenta antara lain:

1. Tanda dan gejala yang selalu ada
  - a. Plasenta belum lahir 30 menit setelah bayi lahir
  - b. Perdarahan
  - c. Kontraksi uterus baik
  - d. Pada eksplorasi jalan lahir tidak ada robekan
2. Tanda dan gejala yang kadang terjadi
  - a. Tali pusat putus akibat traksi berlebihan
  - b. Inverio uteri akibat tarikan

c. Perdarahan lanjutan.

### **2.2.6 Kegawatdaruratan**

Kegawatdaruratan obstetri dan neonatal merupakan suatu kondisi yang dapat mengancam jiwa seseorang, hal ini dapat terjadi selama 29 kehamilan ketika kelahiran bahkan saat hamil. Banyak sekali penyakit serta gangguan selama kehamilan yang bisa mengancam ibu maupun bayi yang akan di lahirkan. Kegawatan tersebut harus segera di tangani, karena jika lambat dalam menangani akan menyebabkan kematian ibu dan bayi baru lahir (Walyani & Purwoasturi, 2018).

### **2.2.7 Diagnosis**

Diagnosis retensio plasenta dapat ditegakkan jika plasenta belum lahir atau tidak keluar 30 menit setelah bayi lahir. Plasenta yang tidak lahir adalah tanda yang sangat penting untuk membedakan antara diagnosis plasenta inkerta dan plasenta adherens atau akreta (Siantar & Rostianingsih, 2020).

#### **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

Syok hipovolemik adalah hilangnya volume dapat menurunkan *preload* yang menyebabkan penurunan curah jantung, tekanan darah serta gangguan perfusi jaringan (Saputra, 2021).

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.

Penyebab terjadinya syok hipovolemik pendarahan yang berlebihan setelah persalinan, baik karena masalah pada uterus (seperti atonia uteri atau retensio plasenta) atau luka pada saluran reproduksi, dapat menyebabkan penurunan volume darah yang signifikan.

Tanda dan gejala syok hipovolemik menurut (Saputra, 2021):

- Tubuh terasa lemas
- Tekanan darah menurun (hipotensi)
- Keringat dingin, terutama pada telapak tangan dan kaki

- Jarang buang air kecil atau tidak buang air kecil sama sekali
- Denyut nadi cepat, tetapi terasa lemah
- Jantung berdebar
- Napas cepat
- Kulit terlihat pucat
- Suhu tubuh menurun
- Cemas atau gelisah
- Linglung
- Pingsan atau penurunan kesadaran

Penatalaksanaan syok hipovolemik

- a) Sedikitnya ada dua jalur IV yang terpasang pada pasien untuk memberikan cairan, obat, dan/atau darah
- b) Larutan Ringer Laktat, koloid, atau natrium klorida 0,9% (saline normal) diberikan untuk mengembalikan volume intravaskuler.
- c) Produk darah digunakan hanya jika tidak ada alternative lain atau perdarahan banyak dan cepat

## 2) Redistribusi Cairan

Mengatur posisi pasien dengan tepat akan membantu upayaredistribusi cairan modifikasi. Posisi Trendelenburg dan dimodifikasi menjadi posisi PLR direkomendasikan pada kasus

syok hipovolemik. Meninggikan tungkai akan mendorong pengembalian darah vena.

### 3) Terapi Farmakologis

Jika cairan yang diberikan tidak berhasil mengatasi syok hipovolemik, medikasi vasoaktif dapat diberikan untuk mencegah gagal jantung. Medikasi juga diberikan untuk mengatasi penyebab dehidrasi. Berikan obat khusus yang telah diresepkan (misalnya inotropik seperti dopamine) untuk meningkatkan kerja kardiovaskuler (Saputra, 2021).

### 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 berhasil dilahirkan (Puteri, 2021).

## 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 dilakukan manual plasenta menurut (Siantar, dkk, 2022) adalah :

1. Adanya perdarahan sekitar 400 – 500 cc
2. Riwayat perdarahan postpartum berulang-ulang
3. Post operasi
4. Terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta berupa semburan darah.

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

Tindakan manual plasenta dapat menimbulkan komplikasi, diantaranya yaitu:

1. Terjadinya infeksi : terdapat sisa plasenta atau membrane dan bakteri terdorong masuk kedalam rongga rahim.
2. Terjadi perdarahan karena atonia uteri.

3. Subinvolusi uteri, yaitu kondisi dimana rahim tidak kembali ke ukuran normal 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**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 BAB III Tentang Standar Profesi Bidan

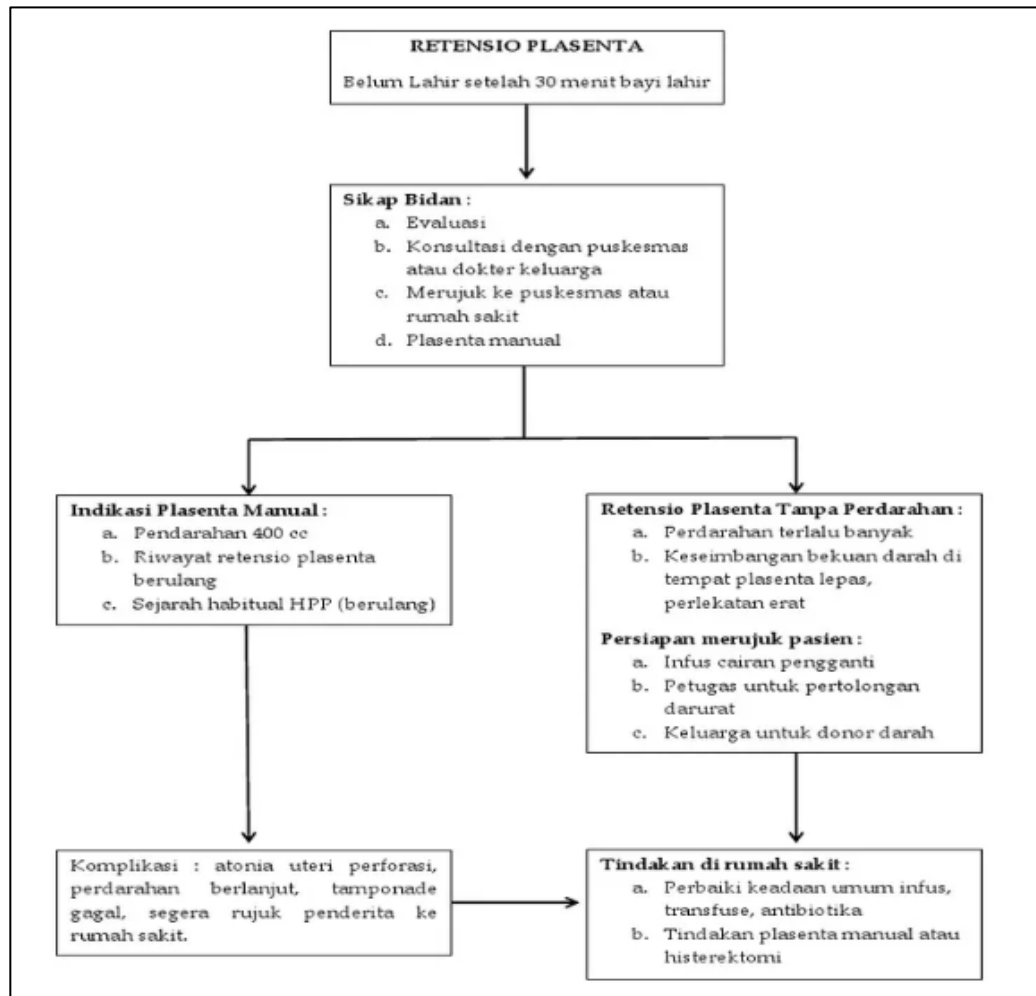
- a. Pada point B kompetensi 5, yang berbunyi kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu bersalin, kondisi gawat darurat dan rujukan.
- b. Pada point B kompetensi 4, yang berbunyi Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan penanganan situasi kegawatdaruratan dan sistem rujukan. Bidan memiliki pengetahuan dan mampu melakukan asuhan kebidanan yang tepat ketika terjadi kegawatdaruratan, salah satunya yaitu retensio plasenta.

Menurut IBI yang lingkup standar kebidanan meliputi 24 standar yang meliputi standar pelayanan umum, standar pelayanan antenatal, standar pertolongan persalinan, standar pelayanan nifas dan standar penanganan kegawatdaruratan. Standar pelayanan kebidanan tersebut yang berhubungan

dengan retensio plasenta antara lain: (17)

- 1). Standar 11: penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga Membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian pasca persalinan, memperpendek kala III, mencegah atonia uteri dan retensio plasenta.
- 2). Standar 20: penanganan kegawat daruratan Retensio Plasenta Standar 20 tentang penanganan retensio plasenta yang berbunyi, “Bidan mampu mengenali dan melakukan tindakan yang tepat ketika terjadi retensio plasenta total/parsial”. (Wewenang bidan dalam menangani kegawatdaruratan khususnya pada kasus retensio plasenta adalah bidan harus mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama termasuk manual plasenta dan penanganan perdarahan sesuai dengan kebutuhan).

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, 2018).



**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) Medikamenta
    - a) Uterotonika (oksitosin, ergometrin, prostaglandin)
    - b) Infuse set, abocath no. 16/18
    - c) Cairan infus RL 500ml atau Asering
    - d) S spuit 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 bawah tali pusat
13. Setelah tangan mencapai pembukaan serviks, meminta asisten untuk memegang klem, kemudian 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 di atas, 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 tanganm 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 padajam 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 ke samping 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**

Berdasarkan riwayat kesehatan dan wawancara yang diperoleh untuk memperoleh informasi yang akurat dan lengkap mengenai kondisi dan permasalahan klien. Informasi objektif terdiri dari data diri pasien, alasan masuk rumah sakit, data kebidanan (riwayat menstruasi, pernikahan, kehamilan sebelumnya, riwayat kelahiran dan persalinan, riwayat kehamilan saat ini, riwayat keluarga berencana, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan dan pekerjaan, kebiasaan sehari-hari. dan informasi psikososial) (Syaputra, 2022).

#### **2. Data Objektif**

Data Objektif Berupa pemeriksaan fisik seperti pemeriksaan kesehatan umum, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang (Syaputra, 2022).

#### **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 dikumpulkan 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, 2022).

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

**3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny. K Usia 41 Tahun G3P1A1 40-41 Minggu Kala I Fase Aktif di Puskesmas Karangpawitan Garut**

Tanggal pengkajian : 15 Februari 2025  
Waktu pengkajian : 23.00 WIB  
Tempat pengkajian : PONED Puskesmas Karangpawitan  
Pengkaji : Intan Nurul Aulia

**A. Data Subjektif**

1. Identitas

|            |                 |            |            |
|------------|-----------------|------------|------------|
| Nama Ibu   | : Ny. K         | Nama suami | : Tn. J    |
| Umur       | : 41 Tahun      | Umur       | : 45 Tahun |
| Agama      | : Islam         | Agama      | : Islam    |
| Suku       | : Sunda         | Suku       | : Sunda    |
| Pendidikan | : SD            | Pendidikan | : SD       |
| Pekerjaan  | : IRT           | Pekerjaan  | : Supir    |
| Alamat     | : Karangpawitan |            |            |

2. Alasan Datang

Pasien datang ke puskesmas diantar keluarga pukul 23.00 ingin bersalin karena merasa sudah ada tanda-tanda persalinan.

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan merasa mules kuat sejak pukul 21.00 sudah keluar lendir

darah dan sekitar pukul 22.00 keluar air ketuban dari jalan lahir tidak berbau dan jernih tidak bisa ditahan. Gerakan janin masih bisa dirasakan.

#### 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 Sekarang

Kehamilan ini merupakan kehamilan yang ke-3 dan direncanakan, diketahui kehamilannya dari tes urine mandiri (+). HPHT 5 Mei 2024 dan Taksiran Persalinannya tanggal 12 Februari 2025, ibu melakukan pemeriksaan ANC sebanyak 5 kali di posyandu, 2x di puskesmas, ibu mengatakan sudah mendapatkan imunisasi TT2. Ibu mengatakan gerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan  $\pm 4$  bulan dan gerakan yang dirasakan aktif sehari  $\pm 10$  x gerakan. Selama hamil ini ibu hanya mengkonsumsi obat-obatan yang diberikan oleh bidan, yaitu multivitamin dan tablet FE. Kehamilan sebelumnya ibu juga mengalami abortus inkomplit pada saat usia kehamilan 8 minggu dikarenakan ada perdarahan dan ibu harus dilakukan kuretase di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2015.

Keluhan selama hamil :

Trimester I : Mual tidak disertai muntah

Trimester II: Tidak ada keluhan

Trimester III : Sering kesemutan

c. 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                | 2009         | Dukun           | Rumah         | Aterm                | Spontan                 | Lupa         | Tidak ada         |
| 2                | 2015         | Abortus         | RS            | 8 minggu             | Kuretase                | -            |                   |
| 3                | 2025         | Hamil Ini       |               |                      |                         |              |                   |

#### 5. Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu tidak memiliki riwayat penyakit berat yang menurun maupun menular, tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti yang berhubungan dengan alat reproduksi lainnya. Hasil lab terakhir tanggal 10 Februari 2025 10,5 g/DL ibu memiliki anemia ringan. Di keluarganya tidak memiliki penyakit menular seperti HIV/AIDS.

#### 6. Riwayat Pernikahan

Ibu mengatakan ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suami, ibu menikah pada usia 24 tahun, dan suami usia 26 tahun, lama pernikahan 13 tahun.

#### 7. Riwayat KB

Ibu mengatakan sebelumnya menggunakan KB suntik 3 bulan selama 7 tahun, dan berhenti ber kb pada tahun 2022 dengan alasan ingin

merencanakan kehamilan lagi. Rencana KB selanjutnya menggunakan KB suntik 3 bulan lagi.

8. Pola Kebutuhan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 3x sehari, menu bervariasi jarang makan daging merah, lebih sering makan sayuran hijau dan buah-buahan, tidak ada pantangan makanan, nafsu makan baik, dan minum air mineral  $\pm 8$  gelas/ hari. Ibu terakhir makan nasi dengan lauk tempe dan sayur sop pukul 20.00 WIB dan terakhir minum air teh pada pukul 22.30 WIB.

b. Eliminasi

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

BAB terakhir pukul 19.00 dan BAK terakhir pukul 22.40 WIB.

Selama hamil BAB dan BAK tidak ada keluhan.

c. Istirahat

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

d. Aktivitas

Ibu sehari hari mengerjakan pekerjaan rumah

e. Personal Hygiene

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

Terakhir mandi pukul 16.30 WIB.

#### 9. Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan tinggal bersama suami, pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami, ibu mengatakan senang atas kehamilan ini setelah kehamilan yang pertama, kehamilan sangat dinantikan oleh ibu dan keluarga. Suami selalu mendampingi dan selalu mensupport. Adapun keluarga dan tetangga terjalin baik.

### **B. Data Objektif**

#### 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik  
Kesadaran : Compos mentis  
Status emosional : Stabil

#### 2. Antropometri

BB sebelum hamil : 59 kg  
BB sekarang : 71 kg  
Kenaikan BB : 11 kg  
TB : 155 cm  
IMT : 29.2 cm

#### 3. Tanda-tanda Vital

TD : 130/90  
mmHg

Nadi : 80x/m  
Respirasi : 20x/m  
Suhu : 36,6 °c

#### 4. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala :Warna rambut Hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak nyeri tekan

b. Muka : Bersih, tidak oedema, tidak pucat.

c. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda

d. Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik

e. Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik.

f. Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat.

g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak nyeri tekan.

h. Dada/payudara : Payudara simetris, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, Kolostrum sudah ada

Abdomen Inspeksi : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum.

Palpasi : TFU 32 cm

Leopold I : Di fundus teraba bagian lunak, bulat, tidak melenting.

Leopold II : Dibagian kanan ibu teraba bagian keras memanjang seperti papan dan dibagian kiri ibu terdapat bagian-bagian terkecil janin.

Leopold III : Dibagian terbawah janin teraba bagian keras, bulat dan melenting

Leopold IV : Sudah masuk PAP  
Divergen 3/5 (perlimaan)

Auskultasi : DJJ 149x/menit Regular

Mc. Donald :

LP : 105 cm

TBBJ : (TFU-11) x 155

(32-11) x 155

21 x 155 = 3255 gr

His : 5x10'45"

j. Ekstremitas atas : Tangan simetris, kuku bersih, tidak pucat, tidak oedema, jari lengkap

k. Ekstremitas bawah : Kaki simetris, tidak oedema, kuku bersih dan tidak pucat, jari lengkap, tidak varices.

l. Genetalia : Dilakukan pemeriksaan dalam :  
Vulva/vagina: t.a.k

Portio : Tipis lunak

Pembukaan : 7 cm

Ketuban : negatif (cek lakmus +) selaput

ketuban masih ada

Presentasi : Belakang Kepala

Penurunan: Hodge III

Moulase : Tidak ada

#### 5. Pemeriksaan penunjang

Cek lakmus : Positif ( biru berubah menjadi keunguan)

Protein urine : Negatif

Glukosa urine : Negatif

HIV/AIDS : Negatif

Sypillis : Negatif

HBsAg : Negatif

#### C. Analisa

G3P1A1 parturient 40-41 Minggu Inpartu Kala 1 Fase Aktif Janin Tunggal

Hidup Intrauterin

#### D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi: Ibu mengetahui.

2. Memberitahu bahwa ibu sudah memasuki masa persalinan yakni dengan adanya pembukaan dan sudah keluar lendir campur darah dari jalan lahir.

Evaluasi : Ibu dan keluarga tahu ibu sudah memasuki masa persalinan.

3. Menghadirkan suami untuk menemani ibu bersalin

Evaluasi : Suami akan ikut mendampingi ibu dalam proses persalinan.

4. Memberikan ibu asupan hidrasi seperti teh manis dan air putih

Evaluasi : ibu diberikan asupan hidrasi seperti teh manis dan air putih

5. Memberikan dukungan emosional

Evaluasi : Ibu merasa nyaman

6. Menganjurkan ibu untuk miring kiri

Evaluasi : Ibu mengerti

7. Melakukan observasi secara berkala djj, his, dan kemajuan persalinan.

Evaluasi : ibu diobservasi secara berkala berdasarkan partograf

8. Mencatat hasil observasi

Evaluasi : Hasil observasi dalam partograf dan SOAP

### **3.2 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. K Usia 41 Tahun G3P1A1 40-**

#### **41 Inpartu Kala II**

Tanggal pengkajian : 16 Februari 2025

Waktu pengkajian : 00.00 WIB

Tempat pengkajian : PONEP Puskesmas Karangpawitan

Pengkaji : Intan Nurul Aulia

#### **A. Data Subjektif**

Ibu mengeluh mules yang semakin sering dan terus menerus dan juga ibu mengeluh ingin mendedan.

**B. Data Objektif**

## 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik  
Kesadaran : Compos mentis  
Emosional : Stabil

## 2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg  
Nadi : 84 x/menit  
Pernapasan : 22 x/menit  
Suhu : 36,4°C

## 3. Pemeriksaan Fisik

Abdomen

Palpasi

Leopold I : Di fundus teraba bagian  
lunak, bulat, tidak melenting.

Leopold II : Dibagian kanan ibu teraba  
bagian keras memanjang  
seperti papan dan dibagian  
kiri ibu terdapat bagian-  
bagian terkecil janin.

Leopold III : Dibagian terbawah janin teraba  
bagian keras, bulat dan  
melenting

Leopold IV : Sudah masuk PAP

Divergen 0/5 (Perlindungan)

Auskultasi : DJJ 147x/menit Regular

His : 5x10'50"

Vulva/vagina : t.a.k

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : Lengkap

Ketuban : pecah spontan jam

Presentasi : Belakang Kepala

Penurunan : Hodge IV

Moulase : Tidak ada

### **C. Analisa**

G3P1A1 Parturient 40-41 Minggu Kala II Janin Tunggal Hidup Intrauterine

### **D. Penatalaksanaan**

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi: ibu paham dan mengerti.

2. Memposisikan ibu nyaman mungkin

Evaluasi : Ibu sudah diposisi nyaman

3. Menyiapkan Diri dan Alat

Evaluasi : alat sudah siap

4. Melakukan Pertolongan Persalinan Normal

Evaluasi : Pukul 00.15 WIB Bayi lahir spontan lahir dengan kondisi langsung menangis, gerak aktif, warna kulit kemerahan, tonus otot kuat

JK: Laki- laki

5. Menjepit dan potong tali pusat

Evaluasi : dilakukan

### **KALA III**

#### **A. Data Subjektif**

Ibu mengatakan masih merasa mules

#### **B. Data Objektif**

Keadaan Umum : Baik

Kontraksi : Baik

Kandung Kemih : Kosong

TFU : Sepusat

Genitalia : V/V tidak ada kelainan, terdapat tanda – tanda pelepasan tali pusat, perdarahan normal

#### **C. Analisa**

P2A1 Kala III

#### **D. Penatalaksanaan**

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu

Evaluasi: Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Melakukan cek janin kedua

Evaluasi: Tidak ada janin kedua

3. *Inform consent* pemberian oxy 10 IU

Evaluasi: Ibu setuju

4. Menyuntikkan oxytocyn 1 10 IU secara IM dipaha ibu

Evaluasi: Ibu bersedia disuntikkan oxytocin

5. Melakukan PTT

Evaluasi : Plasenta tidak lahir dalam 15 menit

6. Menyuntikan Oxytocin ke 2 10 IU secara IM

Evaluasi: ibu telah diberikan Oxytocin

7. Melakukan PTT

Evaluasi: Terdapat semburan darah secara tiba tiba

**3.3 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny. K Usia 41 Tahun  
G3P1A1 40-41 Minggu Kala III Dengan Retensio Plasenta Disertai Syok  
Hipovolemik di Puskesmas Karangpawitan Garut**

Tanggal pengkajian : 16 Februari 2025

Waktu pengkajian : 00.45 WIB

Tempat pengkajian : Poned Puskesmas Karangpawitan

Pengkaji : Intan Nurul Aulia

**A. Data Subjektif**

Ibu mengeluh lemas dan mulai merasa ngantuk

**B. Data Objektif**

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Lemah

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 80/60 mmHg

Nadi : 100x/menit  
Suhu : 35,4°C  
Respirasi : 20x/menit  
SpO2 : 85%

## 2. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Tampak pucat, tidak terdapat oedema
- b. Mata : Conjunctiva pucat
- c. Mulut : Tampak pucat
- d. Abdomen  
TFU : Sepusat  
Kontraksi : Lembek  
Kandung kemih : Kosong
- e. Genitalia : Vulva/vagina tidak ada kelainan, terdapat pengeluaran darah ±400 cc, terdapat tali pusat menjulur dan di klem.
- f. Ekstermitas :  
Atas : Kuku berwarna kebiruan, jari kaku, keringat dingin  
Bawah : Tidak oedema, tidak varises

## C. Analisa

P2A1 kala III dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik.

## D. Penatalaksanaan

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

Evaluasi: Ibu dan keluarga mengetahui

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

Evaluasi : Ibu dan keluarga setuju

3. Melakukan pemasangan oksigen

Evaluasi : Oksigen diberikan 5L, KU sedikit membaik

4. Melakukan pemasangan infus 2 jalur, RL polos untuk mengatasi syok diguyur 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.

5. Melakukan pengecekan kandung kemih

Evaluasi : Kandung kemih kosong

6. Mwmakai sarung tangan ginekology

Evaluasi: telah dipakai

7. Melakukan manual plasenta

Evaluasi : Plasenta lahir di manual jam 00.15 WIB

8. Melakukan massase fundus uteri sampai kontraksi baik

Evaluasi : Kontraksi uterus baik

9. Melakukan massase uterus 15x dalam 15 detik

Evaluasi : Uterus berkontraksi dengan baik

10. Melakukan pengecekan kelengkapan plasenta

Evaluasi : Plasenta belum lengkap

11. Melakukan eksplorasi pada rahim ibu untuk memastikan kembali tidak ada sisa

Evaluasi : Tidak ada sisa plasenta, bersih.

12. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikkan methylergometrine untuk mencegah perdarahan.

Evaluasi : Ibu setuju

13. Menyuntikkan methylergometrine 0,2 mg secara IV

Evaluasi : Diberikan secara IV

14. 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  $\pm 100$  cc.

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

Evaluasi : Keluarga mengerti dan bersedia melakukannya.

### **Perkembangan Kala IV**

Waktu : 01.05 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 : 100/70 mmHg
  - Nadi : 81x/menit
  - Suhu : 36,5 °C
  - Respirasi : 21x/menit
  - SpO2 : 95%

### 2. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Tampak pucat
- 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  $\pm$ 100 cc
- f. Ekstermitas : Atas : Terpasang infus 2 jalur

### **C. Analisa**

P2A1 Kala IV

### **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, anti nyeri dan hentikan perdarahan

Cefadroxil 500gr/oral 2x1, antibiotic

Tablet fe 1x1, Tambah darah

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> |
|--------------|----------------|-------------|-------------|-------------------------------|------------------|--------------|----------------|
| 01.05        | 100/70<br>MmHg | 81x/<br>m   | 36°C        | 2 jari<br>dibawah<br>pusat    | Baik             | ±50cc        | Kosong         |
| 01.20        | 100/80<br>MmHg | 80x/<br>m   | 36,2°C      | 2 jari<br>dibawah<br>pusat    | Baik             | ±50cc        | Kosong         |
| 01.35        | 110/80<br>MmHg | 81x/<br>m   | 36,2°C      | 2 jari<br>dibawah<br>pusat    | Baik             | ±40cc        | Kosong         |
| 01.50        | 110/70<br>MmHg | 81x/<br>m   | 36,5°C      | 2<br>jari<br>dibawah<br>pusat | Baik             | ±30cc        | Kosong         |
| 02.20        | 110/70<br>MmHg | 82x/<br>m   | 36,5°C      | 2<br>jari<br>dibawah<br>pusat | Baik             | ±20cc        | Kosong         |
| 02.50        | 110/80<br>MmHg | 82x/<br>m   | 36,5°C      | 2 jari<br>dibawah<br>pusat    | Baik             | ±10cc        | Kosong         |

### **3.4 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Ny. K Usia 41 Tahun P2A1 Post Partum 6 Jam**

Tanggal pengkajian : 16 Februari 2025  
Waktu pengkajian : 06.50 WIB  
Tempat pengkajian : PONED Puskesmas Karangpawitan  
Pengkaji : Intan Nurul Aulia

#### **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 : 21x/menit
  - SpO2 : 96%

##### 2. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Pucat, tidak terdapat oedema
- b. Mata : Conjunctiva Pucat, sklera putih
- c. Mulut : 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.

#### **D. Analisa**

P2A1 post partum 6 jam

#### **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. Mengajukan ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif dan on the man pada bayinya.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

6. Mengajukan 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 berdiskusi dengan suami dan keluarga kemudian menyetujuinya

10. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Asuhan telah didokumentasikan

### **3.5 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Ny. K Usia 41 Tahun P2A1**

#### **Post Partum 12 Jam**

Tanggal pengkajian : 16 Februari 2025

Waktu pengkajian : 12.50 WIB

Tempat pengkajian : PONEP Puskesmas Karangpawitan

Pengkaji : Intan Nurul Aulia

### 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. Ekstermitas : Sudah tidak infus, menghabiskan 4 labu RL.

### **C. Analisa**

P2A1 post partum 12 jam

### **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 pasang IUD Post Plasenta
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. K P2A1  | Tanda/Gejala  | Penatalaksanaan   |   | Evidence Based  |
|----|-------------------|---|--|---|---|---|---|---|
|    |                   |   |  |   |   | Teori   | Praktik   |   |
| 1  | Retensio plasenta | Retensio plasenta adalah keadaan tidak lahirnya plasenta dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. (Yatiningsih dkk, 2023). | a. Faktor maternal: Usia, jarak persalinan, paritas, anemia<br>b. Faktor uterus: Riwayat S C, Riwayat kuretase, Kehamilan ganda, Riwayat manual (Novidhat, al., 2023). | a. Faktor Usia >30 tahun<br>b. Faktor Anemia<br>c. Faktor uterus (epitoketase)<br>d. Uterus tidak berkontraksi<br>e. Jumlah paritas<br>f. Perlekatan plasenta pada uterus | a. gejala yang selalu ada: Plasenta belum lahir setelah 30 menit, Perdarahan segera, Kontraksi uterus baik<br>b. Tanda dan gejala yang kadang terjadi : Tali pusat putus akibat tarikan berlebihan, Inversio uterus akibat tarikan, Perdarahan. (Siantar dan Rostianingsih, 2022) | 1. Persiapan alat<br>2. Menjelaskan eptik yang akan dilakukan<br>3. Mendengarkan keluhan pasien<br>4. Memakai APD lengkap<br>5. Memasang infus RL 500CC+10 IU Oksitosin (20 tpm)<br>6. Mengecek kandungan kemih<br>7. Melakukan vulva hygiene<br>8. Memakai sarung tangan eptik pada tangan sebelah kanan sampai siku<br>9. Meregangkan tali pusat sejajar dengan lantai<br>10. Memasukkan tangan kanan secara obstetric dengan menelusuri bagian bawah tali pusat. Setelah tangan mencapai pembukaan serviks meminta asisten untuk | 1. Persiapan alat<br>2. Menjelaskan eptik yang akan dilakukan<br>3. Mendengarkan keluhan pasien<br>4. Memakai APD lengkap<br>5. Memasang infus RL 500CC+10 IU Oksitosin(20 tpm)<br>6. Memakai sarung tangan eptik<br>7. Memakai sarung tangan eptik pada tangan | 1. Temukan retensio plasenta<br>2. Re gangkan tali pusat<br>3. Pasang infus RL 500cc dengan drip 10 IU Oksitosin dengan seban yak 20 tetes/ menit<br>4. Lakukan transfuse indikasi syok<br>5. Pemberian medikasi mentosa (Siantar, dkk, 2022) |

|  |  |  |  |  |  |   |   |  |
|--|--|--|--|--|--|---|---|--|
|  |  |  |  |  |  | <p>memegang klem kemudian tangan penolong yang lain menahan fundus, sambil menahan fundus uteri, masukkan 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 asiste</p> | <p>Sebelah kanan sampai siku</p> <p>9. Melakukan manual plasenta</p> <p>10. Melakukan eksplorasi</p> <p>11. Melakukan massase</p> <p>12. Melakukan eksplorasi eptic</p> <p>13. Periksa kelengkapan plasenta</p> <p>14. Suntik methylergometrin 0,2 mg secara IM</p> <p>15. Dekontaminasi alat, membersihkan dan merapikan ibu, mencuci tangan,</p> <p>16. Melakukan Observasi kala IV</p> <p>4. Melakukan pendokumentasian.</p> |  |
|--|--|--|--|--|--|---|---|--|

|  |  |  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
|  |  |  |  |  |  | <p>n untuk menarik klem, keluarkan plasenta hindari percikan darah, lakukan dorsokranial lalu masase fundus uteri.</p> <p>11. Periksa kelengkapan plasenta</p> <p>12. Suntik epticometrine 0,2 mg/IM</p> <p>13. Dekontaminasi alat,</p> <p>Membersihkan dan merapihkan</p> <p>ibu, mencuci tangan,observasi kala IV, memberitahu Tindakan telah selesai dilakuk an,pendokumentasi.</p> <p>(Siantar,2022 )</p> |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|

|   |                  |   |   |  |  |   |  |  |
|---|------------------|---|---|--|--|---|--|--|
| 2 | Syok Hipovolemik | Syok hipovolemik adalah hilangnya volume dapat menurun <i>preload</i> yang menyebabkan penurunan curah jantung, tekanan darah serta gangguan perfusi jaringan. (Saputra, 2021). | Syok hemoragik traumatic dikarenakan adanya perdarahan akut yang disertai cedera pada jaringan lunak ditambah dengan adanya pelepasan aktivasi system imun (Standl, 2018) | ✓ P<br>l<br>a<br>s<br>e<br>n<br>t<br>a<br>b<br>e<br>l<br>u<br>m<br>l<br>a<br>h<br>i<br>r<br>l<br>e<br>b<br>i<br>h<br>d<br>a<br>r<br>i<br>3<br>0<br>m<br>e<br>n<br>i<br>t<br>U<br>t<br>e<br>r<br>u<br>s<br>t<br>d<br>a<br>k<br>b<br>e<br>r<br>k<br>o<br>n<br>t<br>r<br>a<br>k<br>s<br>i<br>d<br>e<br>n<br>g<br>a<br>n<br>b<br>a<br>i<br>k | Syok hipovolemik ditandai dengan penurunan suhu tubuh, detak jantung cepat, bibir dan kuku membiru, serta kehilangan kesadaran (Saputra, 2021) | a) Sedikitnya ada dua jalur IV yang terpasang pada pasien untuk memberikan cairan, obat, dan/atau darah<br>b) Larutan Ringer Laktat, koloid, atau natrium klorida 0,9% (saline normal) diberikan untuk mengembalikan volume intraskuler.<br>c) Produk darah digunakan hanya jika tidak ada alternatif lain atau | 1. Melakukan pemasangan oksigen<br>2. Mela kukan pemasangan infus 2 jalur, RL polos untuk mengatasi syok diguyur dan RL drip oxytocin 10 IU agar kontraksi membaik. Infus sudah terpasang, menghabiskan 1 labu RL polos dalam waktu 25 menit, lalu di pasang RL polos labu | Penatalaksanaan Syok Hipovolemik:<br><br>Airway:<br>Pastikan jalan napas terbuka dan jika perlu bantu napas dengan oksigen.<br>Breathing:<br>Pantau frekuensi napas dan saturasi oksigen.<br>Circulation:<br>Pantau tekanan darah, denyut nadi, dan warna kulit.<br>Disability:<br>Periksa status neurologis pasien.<br>Exposure:<br>Periksa semua bagian tubuh untuk mencari tanda-tanda trauma atau penyebab syok. |
|---|------------------|---|---|--|--|---|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  | <p>perdarahan banyak dan cepat<br/>2) Redistribusi Cairan Mengatur posisi pasien dengan tepat akan membantu upaya redistribusi cairan modifikasi. Posisi Trendelenburg dan dimodifikasi menjadi posisi PLR direkomendasikan pada kasus syok hipovolemik. Meninggikan tungkai akan mendorong pengembalian darah vena.<br/>3) Terapi</p> | <p>kedua, RL drip oxytocin dengan tetesan 20 tpm habis dalam waktu kurang lebih 4 jam, kontraksi ; baik.</p> | <p>Tentukan eptic cairan:<br/>Kalkulasi volume cairan yang hilang berdasarkan tanda klinis dan anamnesa.<br/>Resusitasi cairan:<br/>Kristaloid (RL atau NaCl 0,9%):<br/>Pemberian awal 20 ml/kg BB secara cepat.<br/>Koloid (misalnya albumin):<br/>Bisa diberikan jika diperlukan dan tersedia.<br/>Terapi cairan dilanjutkan:<br/>Pantau respon cairan dan sesuaikan dosis pemberian:<br/>Menghentikan perdarahan:<br/>Jika ada perdarahan, hentikan</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  | <p>Farmakologis<br/>         Jika cairan yang diberikan tidak berhasil mengatasi syok hipovolemik, medikasi vasoaktif dapat diberikan untuk mencegah gagal jantung. Medikasi juga diberikan untuk mengatasi penyebab dehidrasi. Berikan obat khusus yang telah diresepkan (misalnya inotropik seperti dopamin) untuk</p> | <p>segera dengan epinephrine yang tepat. Transfusi darah: Jika ada kehilangan darah yang signifikan. Terapi khusus: Terapi khusus akan diberikan sesuai penyebab syok (misalnya syok anafilaksis, syok septik).<br/>         4. Evaluasi dan Pemantauan: Evaluasi respon: Pantau tanda-tanda vital, produksi urin, dan status neurologis. Pemantauan berkelanjutan: Lakukan pemantauan secara berkala untuk memastikan respon terhadap penanganan. (PNPK)</p> |
|--|--|--|--|--|--|---|

|   |        |  |   |   |  |  |   |  |
|---|--------|--|---|---|--|--|---|--|
|   |        |  |   |   |  | meningkatkan kerja kardiovaskuler. (Saputra et al., 2021).                   |   |  |
| 3 | Anemia | Anemia yaitu kondisi dimana total sel darah merah yang beroperasi membawa oksigen mengalami penurunan untuk memenuhi kebutuhan fisiologi tubuh. Keinginan fisiologi spesifik beragama pada manus | <p>a. Unsur</p> <p>b. Parameter</p> <p>c. Dukungan</p> <p>d. Keunikan</p> <p>e. Pener</p> | <p>a. I</p> <p>b. U</p> <p>c. R</p> <p>d. A</p> <p>e. N</p> | Tanda dan gejala yang timbul pada ibu hamil dengan anemia lain seperti, pucat, mata, keunguan, patah, cepat lela | <p>a. Tabilitas</p> <p>b. Latihan</p> <p>c. Ferrik</p> <p>d. Fertilisasi</p> | <p>a. F</p> <p>b. E</p> <p>c. S</p> <p>d. E</p> <p>e. L</p> <p>f. A</p> <p>g. N</p> <p>h. A</p> <p>i. K</p> <p>j. E</p> <p>k. H</p> <p>l. A</p> <p>m. R</p> <p>n. I</p> <p>o. L</p> <p>p. A</p> |  |

|  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  | <p>ia dan bergantung pada usia, gender dan dikatakan anemia apabila hemoglobin (Hb) berada dibawah normal, persentase hemoglobin (Hb) normal umumnya berbeda pada pria dan wanita . Untuk pria anemia didefinisikan seperti ketentuan hemoglobin (Hb) kurang dari 13,5g/dL dan</p> | <p>d<br/>a<br/>r<br/>a<br/>h<br/>a<br/>n</p> | <p>t<br/>h<br/>e<br/>h<br/>a<br/>n<br/>g<br/>a<br/>t<br/>a<br/>t<br/>b.<br/>P<br/>a<br/>d<br/>a<br/>s<br/>a<br/>a<br/>t<br/>n<br/>i<br/>f<br/>a<br/>s<br/>i<br/>b<br/>u<br/>n<br/>e<br/>n<br/>g<br/>a<br/>l<br/>a<br/>n<br/>i<br/>p<br/>e<br/>r<br/>d<br/>a<br/>r<br/>a<br/>h<br/>a<br/>n</p> | <p>h, sering pusing atau sakit kepala, sering terjadi kram kaki, terjadi sariawan, peradangan gusi, peradangan pada lidah, peradangan pada sudut mulut, pemeriksaan hemoglobin &lt; 11 g/dl, dan tekanan darah</p> | <p>d<br/>a<br/>n<br/>z<br/>a<br/>t<br/>t<br/>a<br/>m<br/>b<br/>a<br/>h<br/>a<br/>n</p> |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |            |  |  |  |
|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|
|  |  | pada<br>wanita<br>12g/d<br>L<br>(Depa<br>ti et<br>al.,<br>2025). |  |  | turu<br>n. |  |  |  |
|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Data Subjektif**

Berdasarkan pengkajian pada Ny. K usia 41 tahun G3P1A1 40-41 minggu kala I fase aktif datang ke Puskesmas diantar oleh keluarga pada tanggal 15 Februari 2025 pukul 23.00 WIB karena sudah merasa mules kuat sejak pukul 21.00 sudah keluar lendir darah dan sekitar pukul 22.00 keluar air ketuban dari jalan lahir tidak berbau dan jernih tidak bisa ditahan. Selanjutnya dilakukan observasi kemajuan persalinan bayi lahir spontan pukul 00.15 WIB dengan kondisi langsung menangis. Saat memasuki kala III ibu mengeluh lemas dan merasa ngantuk, merasa tubuhnya mengeluarkan keringat dingin, dan juga merasa mengeluarkan darah yang sangat banyak dari jalan lahir.

Keluhan yang dirasakan klien mengindikasikan adanya ke arah tanda gejala syok hipovolemik. Hal ini terdapat kesesuaian antara kasus dengan teori (Saputra, 2021) yang menyebutkan bahwa Syok hipovolemik adalah hilangnya volume dapat menurunkan *preload* yang menyebabkan penurunan curah jantung, tekanan darah darah serta gangguan perfusi jaringan, yang ditandai dengan tanda gejala,

Pada saat dilakukan anamnesa, Ny. K usia 41 tahun, hal ini menunjukkan bahwa usia ibu merupakan faktor penyebab terjadinya retensio plasenta, hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan (Novidha, 2023), Usia Semua wanita dalam usia reproduksi, terutama yang berisiko, lebih rentan mengalami perdarahan postpartum, yaitu wanita dibawah usia 20 tahun dan wanita lebih dari 35 tahun yang

sedang hamil. Sebelum umur 20 tahun, fungsi organ reproduksi wanita belum sepenuhnya berkembang. Sedangkan wanita yang usianya lebih dari 35 tahun memiliki fungsi reproduksi yang lebih rendah dari biasanya, dan lebih rentan mengalami komplikasi saat persalinan, salah satunya disebabkan oleh retensio plasenta.

Dari riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu didapatkan bahwa ini merupakan persalinan ke 2 dan pernah mengalami keguguran sehingga ibu pernah mengalami tindakan kuretase, kondisi ini merupakan faktor resiko yang dapat menyebabkan terjadinya retensio plasenta dan hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Manuaba, 2018), 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. 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.

Pada Riwayat kehamilan ibu mengalami anemia ringan yaitu 10,5 gr/dl, dimana hal tersebut dapat menyebabkan komplikasi persalinan termasuk perdaraha postpartum seperti dalam teori (Desty, 2019) dampak yang terjadi pada ibu hamil yang mengalamai anemia dapat mengakibatkan terjadinya abortus, persalinan pre maturitas, hambatan tubuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD) saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan His, kala pertama dapat berlangsung lama, terjadi partus

terlantar, pada kala nifas terjadi subinvolusi uteri menimbulkan perdarahan postpartum dan memudahkan infeksi puerperium dan pengeluaran ASI berkurang.

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).

Ketika memasuki kala IV ibu mengeluh lemas dan nyeri pada bagian perutnya karena sudah dilakukan manual plasenta dan terjadi syok sehingga ibu memerlukan istirahat.

#### **4.2 Data Objektif**

Dari data objektif diperoleh pada saat ibu kala I tanggal 15 Februari 2025 pukul 23.00 WIB, keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit suhu 36,6 C, v/v tidak ada keluhan, vt : portio tipis lunak, pembukaan 7 cm, ketuban negative (cek lakmus +) selaput ketuban masih ada, presentasi belakang kepala, penurunan hodge III, moulase tidak ada, djf 149x/m regular, his 5x10'45".

Pada tanggal 16 Februari 2025 pukul 00.00 ibu sudah berada di ruang bersalin dan memasuki kala II keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 84x/m, respirasi 22x/m, suhu 36, 4 C, pembukaan lengkap, penurunan kepala hodge IV, djf 147x/m, his 5x10''50". Bayi lahir spontan

pada pukul 00.15 WIB berjenis kelamin laki-laki, langsung menangis, gerak aktif, warna kulit kemerahan, tonus otot kuat.

Pukul 00.16 WIB ibu memasuki kala III keadaan umum BAIK, kesadaran composmentis, kontraksi baik, kandung kemih kosong, TFU sepusat, terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta, dan pengeluaran darah normal. Pada pukul 00.45 plasenta belum.

Pada kala III pukul 00.45 WIB keadaan ibu lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah 80/60 mmHg, Nadi 100x/menit, suhu 35,5 C, serta pernafasan 20x/menit, SpO2 80%, TFU sepusat, kontraksi lembek, terdapat pengeluaran darah dari jalan lahir kurang lebih 400 cc dan tali pusat di klem. Berdasarkan keadaan umum dan TTV pada Ny.K terdapat pasien mengalami syok hipovolemik, Menurut (Saputra, 2021), Tanda dan gejala syok hipovolemik adalah Tubuh terasa lemas, Tekanan darah menurun (hipotensi), Keringat dingin, terutama pada telapak tangan dan kaki, Jarang buang air kecil atau tidak buang air kecil sama sekali, Denyut nadi cepat, tetapi terasa lemah, Jantung berdebar, Napas cepat, Kulit terlihat pucat, Suhu tubuh menurun, Cemas atau gelisah, Linglung, Pingsan atau penurunan kesadaran.

Proses kala III Plasenta tidak lahir sudah lebih dari 30 menit. Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta tertahan di dalam uterus dan belum keluar selama 30 menit setelah bersalin disebabkan uterus tidak berkontraksi dengan baik. Retensio plasenta bisa terjadi karena plasenta belum lepas dari dinding uterus. (Yatiningsih, 2023).

Pelepasan didahului dengan tahap 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 (Prawirohardjo, 2020).

### **4.3 Analisa**

Dari hasil pengkajian data subjektif pada Ny. K usia 41 tahun P2A1 kala III. Saat memasuki kala III pukul 00.45 WIB ibu mengeluh lemas masih mules dan terdapat pengeluaran darah  $\pm 400$  cc dari jalan lahir sehingga ibu mengalami syok hipovolemik. Hasil anamnesa usia 41 tahun dan ibu pernah mengalami kuretase pada kehamilan sebelumnya, hal ini menunjukkan bahwa usia ibu dan riwayat kuretase merupakan faktor penyebab terjadinya plasenta belum lahir lebih dari 30 menit dan data objektif diperoleh pada saat ibu memasuki kala III keadaan ibu lemah dan merasa mengantuk, kesadaran composmentis, tekanan darah 80/60 mmHg, Nadi 100x/menit, suhu 35,5 C, serta pernafasan 20x/menit, SpO2 85%, TFU sepusat, kontraksi lembek, pemeriksaan genitalia ditemukan adanya pengeluaran darah kurang lebih 400 cc, tali pusat menjulur diklem. Maka analisa yang didapatkan pada Ny. K adalah “ P2A1 kala III dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik” karena ibu mengalami perdarahan dan 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. K penulis memberitahu asuhan yang akan diberikan kepada ibu dan keluarga. Karena ibu mengalami syok hipovolemik pada saat kala III maka setelah itu ibu diberikan penanganan yang pertama dilakukan 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. Sesuai dengan teori yang dikemukakan (Saputra, 2021), penanganan syok hipovolemik adalah untuk mengembalikan volume intravaskuler, mendistribusikan kembali volume cairan, dan mengatasi penyebab utama syok. Jika pasien mengalami hemoragi, perdarahan dihentikan dengan cara penekanan atau operasi, penggantian cairan tubuh Sedikitnya ada dua jalur IV yang terpasang pada pasien untuk memberikan cairan, obat, dan/atau darah.

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 (Siantar & Rostianingsih, 2020). 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, 2020).

Pukul 00.55 WIB plasenta lahir lengkap Setelah dilakukan manual plasenta Ny. K melakukan massase 15 kali dalam 15 detik, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, tidak ada laserasi pada perineum. Selanjutnya diberikan methylergometrine secara IV sebagai uterotonika untuk mencegah perdarahan pasca manual plasenta.

Mengobservasi keadaan umum masih lemas. Tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 81x/menit, suhu 36,5°C, respirasi 21x/menit, perdarahan normal  $\pm 100$  cc. Hasil observasi ini dicatat di partograf

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).

Selanjutnya menganjurkan keluarga untuk memberi makan dan minum kepada ibu untuk memenuhi asupan nutrisi, memberi KIE mengenai ASI eksklusif dan proses laktasi, memberitahu dan menjelaskan metode KB, 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. Terdapat kesenjangan anatar teori dan prakteknya karena pada saat nifas tidak dilakukan pemeriksaan HB ulang.

#### **4.5 Pendokumentasian**

Asuhan pada Ny. K 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. K usia 41 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik.

Penatalaksaan 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. K usia 41 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik di Puskesmas Karangpawitan, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif ibu sudah melahirkan bayi lahir pada pukul 00.15 WIB berjenis kelamin laki-laki, plasenta belum lahir  $\pm$  30 menit setelah bayi lahir dan ibu mengalami syok hipovolemik, usia ibu 41 tahun, dan ibu mengatakan ini merupakan kehamilan ke-3 dan pernah mengalami keguguran.
2. Berdasarkan hasil pengkajian data objektif didapatkan Ny. K keadaan umumnya lemah dan merasa ngantuk tekanan darah 80/60 mmHg, Nadi 100x/menit, suhu 35,7°C, respirasi 21x/menit, SpO<sub>2</sub> 85%. Pemeriksaan fisik muka tampak pucat, conjungtiva pucat, dan mulut pucat. Pemeriksaan abdomen TFU sepusat, kontraksi lembek dan pemeriksaan genitalia tampak pengeluaran darah kurang lebih 400 cc dan tali pusat menjulur di klem.
3. Berdasarkan data subjektif dan data objektif analisa yang dapat ditegaskan adalah Ny. K umur 41 tahun P3A1 kala III dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik.

4. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. K adalah melakukan penanganan syok dan tindakan manual plasenta. Terdapat kesenjangan antara teori dan praktik karena saat masa nifas tidak dilakukan pemeriksaan HB ulang.
5. Pendokumentasian yang dilakukan adalah metode SOAP

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Penulis**

Dengan disusunnya Laporan Tugas Akhir ini diharapkan penulis dapat menambah teori atau sumber-sumber terbaru dari materi yang berkaitan dengan kasus yang dibahas yaitu asuhan kebidanan pada Ny. K usia 41 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik

### **5.2.2 Bagi Institusi**

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

### **5.2.3 Bagi Instansi Kesehatan**

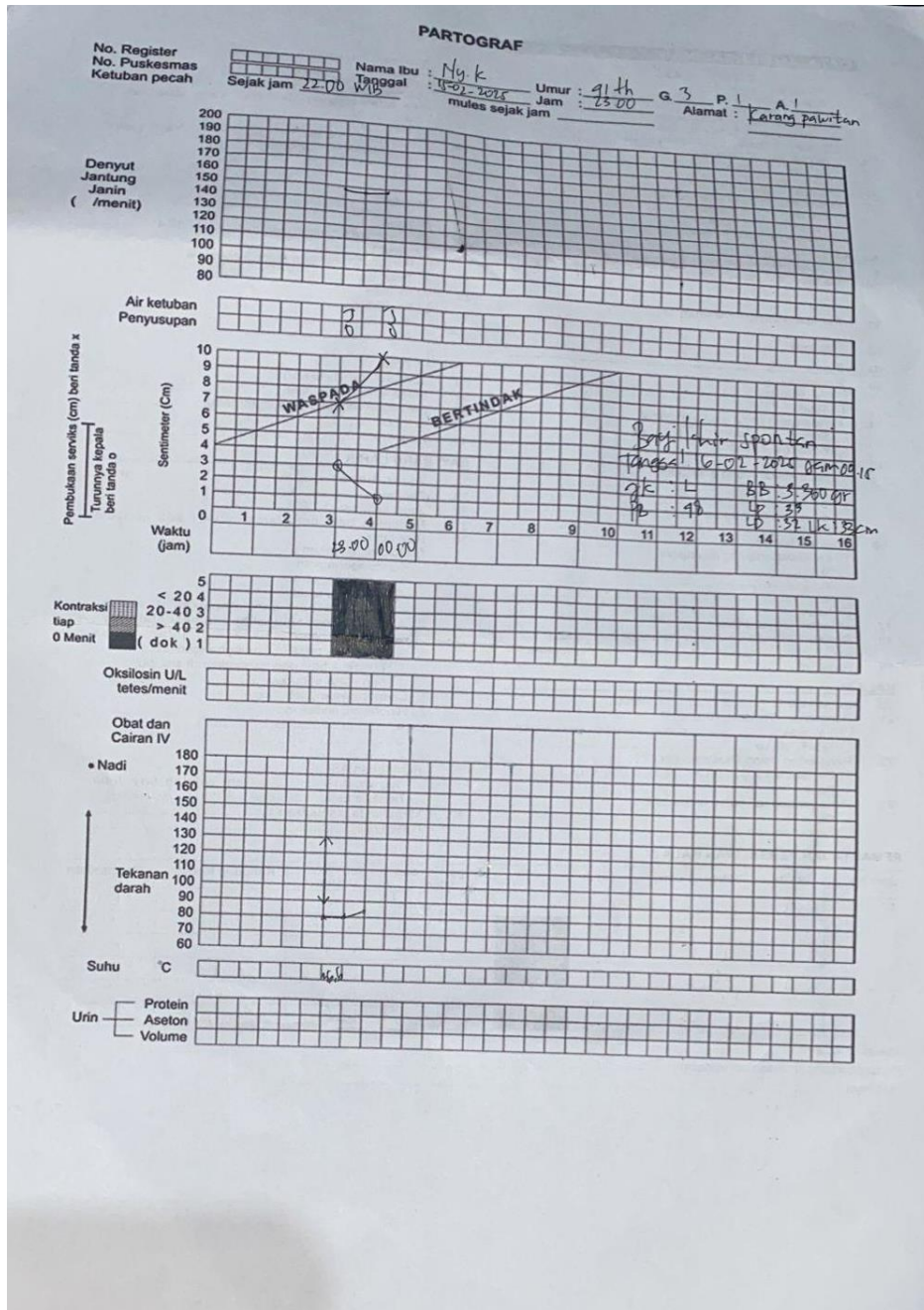
Diharapkan lebih meningkatkan kualitas pelayanan, sarana dan prasarana kesehatan terutama pelayanan yang berhubungan dengan asuhan kebidanan dengan retensio plasenta disertai syok hipovolemik.

### **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.

LAMPIRAN



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : 15-02-2025
2. Nama bidan : S.I
3. Tempat Persalinan :
  - Rumah Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya
4. Alamat tempat persalinan : RSVP dr. Slamet
5. Catatan :  rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk : .....
7. Tempat rujukan : .....
8. Pendamping pada saat merujuk :
  - Bidan  Teman
  - Suami  Dukun
  - Keluarga  Tidak ada

**KALA I**

9. Partogram melewati garis waspada : Y / (T)
10. Masalah lain, sebutkan : .....
11. Penatalaksanaan masalah Tab : .....
12. Hasilnya : .....

**KALA II**

13. Episiotomi :
  - Ya, Indikasi
  - Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
  - Suami  Teman  Tidak ada
  - Keluarga  Dukun
15. Gawat Janin :
  - Ya, tindakan yang dilakukan
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
  - Tidak
16. Distosia bahu :
  - Ya, tindakan yang dilakukan
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
  - Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : .....
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
19. Hasilnya : .....

**KALA III**

20. Lama kala III : 730 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
  - Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan : pucat, sakit lahir
  - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
  - Ya
  - Tidak, alasan .....

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

| Jam Ke | Waktu | Tekanan darah | Nadi  | Tinggi Fundus Uteri | Kontraksi Uterus | Kandung Kemih | Perdarahan |
|--------|-------|---------------|-------|---------------------|------------------|---------------|------------|
| 1      | 01.05 | 100/80        | 87x/m | 26°C                | 2 jari pusat     | Baik          | kosong     |
|        | 01.20 | 100/80        | 81x/m |                     | 2 jari pusat     | Baik          | kosong     |
|        | 01.35 | 110/80        | 81x/m |                     | 2 jari pusat     | Baik          | kosong     |
|        | 01.50 | 110/80        | 81x/m |                     | 2 jari pusat     | Baik          | kosong     |
| 2      | 02.20 | 110/80        | 81x/m | 36°C                | 2 jari pusat     | Baik          | kosong     |
|        | 02.50 | 110/80        | 81x/m |                     | 2 jari pusat     | Baik          | kosong     |

- Masalah kala IV : .....
- Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
- Hasilnya : .....

24. Masase fundus uteri ?
    - Ya
    - Tidak, alasan .....
  25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
    - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan : .....
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : (Ya) / Tidak
    - Ya, tindakan : .....
    - a. manual plasenta
    - b. ....
    - c. ....
    - Tidak
  27. Laserasi :
    - Ya, dimana .....
    - Tidak
  28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
    - Tindakan : .....
    - Penjahitan, dengan anastesi
    - Tidak dijahit, alasan : patah aak laserasi
  29. Atoni uteri :
    - Ya, tindakan
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
    - Tidak
  30. Jumlah perdarahan : 500 ml
  31. Masalah lain, sebutkan : syok hipovolemik
  32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
    - Infus RL 500 ml
    - Hasilnya : ibu dan anak baik
- BAYI BARU LAHIR :**
34. Berat badan : 3.300 gram
  35. Panjang : 48 cm
  36. Jenis kelamin : D / P
  37. Penilaian bayi baru lahir : (Baik) / ada penyulit
  38. Bayi lahir :
    - Normal, tindakan :
      - mengeringkan
      - menghangatkan
      - rangsang taktil
      - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    - Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
      - mengeringkan  bebaskan jalan napas
      - rangsang taktil  menghangatkan
      - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
      - lain - lain sebutkan .....
    - Cacat bawaan, sebutkan : .....
    - Hipotermi, tindakan : .....
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  39. Pemberian ASI
    - Ya, waktu : .....
    - Tidak, alasan : keadaan ibu masih lemah
  40. Masalah lain, sebutkan : .....
  - Hasilnya : .....

**LEMBAR BIMBINGAN KTI**





Nama Mahasiswa : Intan Nurul Anisa

Nama Pembimbing : Titi Permatasari, SS.T.

NIM : 1110122030

NIDN : Bl., M. Kebo

Judul KTI : Asuhan kebidanan ibu bersalin pada Nf. K  
usia 40 tahun PA 1 dan indikasi Retensio Placentae.

| No | Hari/ Tanggal        | Bimbingan    | Saran Pembimbing                  | Paraf Mahasiswa  | Paraf Pembimbing  |
|----|----------------------|--------------|-----------------------------------|--|---|
| 1. | Senin<br>14/04/2025  | Judul        | Acc judul +<br>Bikin Bab II       |    |    |
| 2. | Minggu<br>20/04/2025 | BAB III      | Revisi Bab III<br>Revisi Bab I-II |    |    |
| 3. | Senin<br>20/04/2025  | BAB<br>III   | Revisi<br>Bab III                 |    |    |
| 4. | Selasa<br>6/05/2025  | BAB<br>I-III | Revisi Bab<br>I-III               |  |  |
| 5. | Rabu<br>14/05/2025   | BAB<br>I-III | Revisi Bab<br>I-III               |  |  |
| 6. | Selasa<br>20/05/2025 | BAB<br>I-IV  | Revisi Bab<br>I-IV                |  |  |
| 7. | Senin<br>26/05/2025  | BAB<br>I-V   | Revisi Bab<br>I-V                 |  |  |



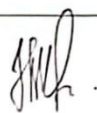





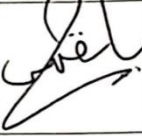
|     |            |              |                     |      |    |
|-----|------------|--------------|---------------------|------|----|
| 8.  | 10/05 2025 | BAB I-V      | Revisi Bab<br>1-5   | Juh  | P. |
| 9.  | 29/05 2025 | BAB<br>IV-V  | Revisi Bab<br>IV-V  | Juh  | P. |
| 10. | 31/05 2025 | BAB<br>III-V | Revisi Bab<br>III-V | Juh. | P. |
| 11. | 02/06      | Acc          | Acc                 | Juh. | P. |

## LEMBAR BIMBINGAN REVISI KTI

Nama Mahasiswa : Intan Nurul A  
 NIM : 1416020038

Nama Pembimbing : Titi Purwitasari Handayani  
 SST, B.d., M. Kes  
 Nama Penguji I : Bilqis Ar-Rohman, M.  
 Tr. Kes  
 Nama Penguji II : Bdn. Dian Fitriyani, S.S.  
 M. Kes

Judul KTI :

| No | Hari/Tanggal  | Dosen Penguji | Saran Penguji  | Paraf Mahasiswa  | Paraf Penguji   |
|----|---------------|---------------|----------------|--|---|
| 1. | 20 Juni       | Ibu Dian      | Paparkan       |   |    |
| 2. | 7 Juli        | Ibu Dian      | Acc            |    |    |
| 3. | 21 Juni       | Ibu Bilqis    | Bab IV & Bab V |   |   |
| 4. | 25 Juli       | Ibu Bilqis    | Bab IV - subti |  |  |
| 5. | 28/2025<br>/7 | Ibu Bilqis    | Acc            |  |  |
| 6. |               |               |                |  |   |
| 7. |               |               |                |  |   |

## DAFTAR PUSTAKA

- Ayudita. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Managemen Nyeri dan Persalinan Kala 1-4*. Mahakarya Citra Utama
- 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.
- 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>
- G.H. Wiknjosastro (eds.); Keempat). PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Harismayanti, Retni, dan Kohongia.(2023). *Hubungan Paritas Dengan Lama Persalinan Kala II*.
- International Jurnal Gynecology and Obstetrics*. (2023). *Faktor Risiko Retensio Plasenta Pada Kehamilan Pertama*.
- Kemenkes. (2023). *Retensio plasenta*.
- Kemenkes RI. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. 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
- Mutmainnah Anisa, Herni Johan, (2021). *Asuhan Persalinan Normal Dan Bayi Baru Lahir*.
- Noviyani EP, Ruliyah S. *Perbedaan Posisi Miring dan Setengah Duduk pada Ibu Bersalin terhadap Kelancaran Persalinan Kala II di RB Puskesmas Kecamatan Matraman Tahun 2021*. *Media of Health Research*. 2023 Apr 15;1(1):16–21.

- Novidha et al., (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan dan BBL Fisologis*.
- Permenkes Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 BAB III Tentang Standar Profesi Bidan
- 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.
- Prajayanti, (2023). *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*.
- Prawirohardjo. (2020). *Ilmu Kebidanan*
- 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*.
- Sab'ngatun, & Ropitasari. (2022). *Dokumentasi Kebidanan* (Sekaringtyas (ed.)).
- Saputra, D. N., Rahman, A., & Sutanto, B. (2021). Tatalaksana syok hipovolemik pada perdarahan intraabdominal. *Proceeding Book National Symposium and Workshop Continuing Medical EducationXIV*. <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/xmlui/handle/11617/12785>
- 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.
- Wahyuni and Aditia. (2023). *Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Salemba, 2023.
- Walyani, E (2021). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : Pustaka Baru Pres, 2021.
- World Health Organization (WHO). (2025) Maternal Mortality*.