

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.F USIA 29  
TAHUN P2A1 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA  
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

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

**LEVIANA KHAIRUNNISA**

**KHGB22083**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN  
2025**

## **SURAT PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa

1. Laporan Tugas Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk menyelesaikan program studi D3 Kebidanan (baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan lain.)
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang di tulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas di cantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar Pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila 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, Juni 2025

**LEVIANA KHAIRUNNISA**  
**KHGB22083**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.F USIA  
29 TAHUN P2A1 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA  
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

**NAMA : LEVIANA KHAIRUNNISA**

**NIM : KHGB22083**

### **LAPORAN TUGAS AKHIR**

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk disidangkan dihadapan Tim  
Penguji Program D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui,  
Pembimbing

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

Menyetujui,

**Ketua Prodi D3 Kebidanan**

**Lina Humaeroh, SST., M.Kes**  
**NIK: 043298.1009.064**

## LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.F USIA  
29 TAHUN P2A1 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA  
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

**NAMA : LEVIANA KHAIRUNNISA**

**NIM : KHGB22083**

### LAPORAN TUGAS AKHIR

Laporan Tugas Akhir ini telah disidangkan dihadapan Tim penguji  
Program D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

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

**PENGUJI I : Lina Humaeroh, SST.,M.Kes (.....)  
NIK. 043298.1009.064**

**PENGUJI II : Bdn.Dian Fitriyani, S.ST.,M.Keb (.....)  
NIK.04329.0823.180**

Mengetahui,

**Ketua Prodi Studi D3 Kebidanan**

**Lina Humaeroh, SST.,M.Kes  
NIK. 043298.1009.064**

## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Wr.Wb.*

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Ilahi Robbi yang maha sempurna Allah SWT, karena dengan rahmat, karunia dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan salah satu tugas Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Kebidanan Pada Ibu bersalin Ny.F 29 Tahun P2A1 Kala III dengan Retensio Plasenta di RSUD dr. Slamet Garut".

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini penulis menyadari sepenuhnya akan segala kesalahan dan kekurangan, baik dalam penggalian materi maupun bahasanya, untuk itu penulis mohon kritik dan saran sebagai masukan yang bersifat membangun.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan, pengarahan, dan dukungan dari sebagian pihak, oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Dr H. Hadiat., MA selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, S.E., M.Si., Selaku Ketua Pengurus Yayasan Darma Husada Stikes Karsa Husada Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep. M.Kes., selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

4. Lina Humaeroh, SST, M.Kes selaku Ketua Prodi dan penguji 1 sidang Laporan Tugas Akhir D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Intan Rina susilawati, SST., M.Keb selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
6. Dian Fitriyani., S.ST., M.Keb selaku penguji 2 sidang Laporan Tugas Akhir, yang telah memberikan bimbingan dan arahan baik bagi penulis.
7. RSUD dr.Slamet Garut, sebagai lahan praktik pengkajian kasus laporan tugas akhir.
8. Kepada Ny.F terimakasih yang telah bersedia menjadi klien pada kasus ini.
9. Yang teristimewa yaitu keluarga penulis, teruntuk ayahanda Rudiaman, Ibunda Enok Sulastri yang telah memberikan dukungan serta semangat, terimakasih atas dorongan doa, nasihat, dan pengorbanan yang telah diberikan baik secara materi serta moral, penulis ucapkan terimakasih banyak dan sangat bersyukur menjadi bagian keluarga yang sangat sayang kepada penulis, penulis persembahkan Laporan Tugas Akhir ini dan gelar untuk Baba dan Ibu tercinta.
10. Kepada saudara saya Ilham Husnul Latif dan Daiva Naufaltun Dzakwan terimakasih sudah memberikan dukungan dan semangatnya.
11. Semua rekan-rekan seperjuangan D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan segala dukungan, semangat, motivasi. membantu penulis melalui berbagai tantangan hingga akhirnya Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.

12. Seluruh pihak yang terkait 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. Amiin Yarrabbal Alamin.

Garut, Juni 2025

**Leviana Khairunnisa**

## DAFTAR ISI

<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR DIAGRAM .....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Metode Pengumpulan Data .....	4
1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian .....	5
1.6 Manfaat Bagi Penulis .....	5
1.6.1 Bagi Institusi Pendidikan.....	5
1.6.2 Bagi Lahan Praktik .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Pengertian .....	6
2.1.2 Tujuan Asuhan Persalinan .....	6
2.1.3 Tahapan Persalinan .....	10
2.1.4 Tanda Bahaya Persalinan.....	14
2.2 Retensio Plasenta.....	14
2.2.1.Pengertian retensio .....	14
2.2.2 Etiologi .....	15
2.2.3 Patofisiologi.....	19
2.2.4 Tanda dan gejala retensio plasenta .....	20
2.2.5 Jenis-jenis Retensio Plasenta .....	21
2.2.6 Diagnosis banding .....	21

2.3 Manual Plasenta .....	22
2.3.1 Pengertian.....	22
2.3.2 Indikasi Manual Plasenta .....	22
2.3.4 Komplikasi Tindakan Manual Plasenta.....	23
2.3.5 Kewenangan dan Standar Pelayanan Bidan Serta Alur Dalam Penanganan Retensio Plasenta .....	23
2.4 Penelitian terdahulu tentang Retensio Plasenta .....	26
2.4.1 Hubungan Riwayat Curettage dengan Kejadian Retensio Plasenta di RS Permata Bunda Kota Malang. ....	26
2. 5 Pendokumentasian.....	27
2.5.1 Pengertian.....	27
2.5.2 Fungsi dan Tujuan Dokumentasi .....	28
2.6 Metode Dokumentasi SOAP .....	30
<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>32</b>
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.F USIA 29 TAHUN P2A1 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DI RSUD DR SLAMET GARUT	
A. Data subjektif.....	32
B.Data objektif .....	35
C. Analisa .....	37
D. Penatalaksanaan.....	38
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>58</b>
4.1 Data subjektif .....	58
4.2 Data Objektif.....	59
4.3 Analisa.....	60
4.4 Penatalaksanaan .....	60
4.5 Pendokumentasian.....	62
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>64</b>
5.1 Kesimpulan.....	64
5.2 Saran.....	66
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>66</b>
Lampiran Partograf.....	68

## DAFTAR TABEL

3.1 Lembar observasi kala IV .....	46
3.3 Catatan perkembangan .....	47
4.1 Matriks retensio plasenta .....	50

## DAFTAR GAMBAR

2.3.3 Manual plasenta .....	23
-----------------------------	----

## DAFTAR DIAGRAM

2.3.6 Penatalaksanaan retensio plasenta.....	26
--	----

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2023, perdarahan postpartum (PPH) merupakan penyebab utama kematian ibu di seluruh dunia. Setiap tahunnya, sekitar 14 juta wanita mengalami perdarahan postpartum yang mengakibatkan sekitar 70.000 kematian secara global (WHO, 2023) Faktor utama penyebab kematian ibu yaitu perdarahan (28%), eklamsia (24%) dan infeksi (11%). Kematian maternal diseluruh dunia dengan insiden sebesar 5%-10% dari seluruh persalinan disebabkan oleh perdarahan postpartum (Simanjuntak, 2022)

Penyebab perdarahan postpartum menurut Simanjuntak (2022) ialah atonia uteri, retensio plasenta, laserasi jalan lahir, sisa plasenta dan gangguan pembekuan darah. Estimasi waktu menuju kematian pada perdarahan postpartum diperkirakan hanya berlangsung selama 2 jam, sementara itu perdarahan antepartum membutuhkan waktu kira-kira 12 jam, oleh sebab itu sangat penting untuk mengenali lebih dini dan memberikan penanganan segera.

Angka kematian ibu (AKI) Tahun 2021 meningkat drastis menjadi 7.389 kasus kematian atau mengalami peningkatan sebanyak 37% dari tahun 2019. Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Indonesia salah satu penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan (Kemenkes RI., 2021). Salah satunya yaitu Retensio plasenta menyebabkan komplikasi persalinan di negara berkembang sebesar 2-3% pada persalinan pervagina. Di Indonesia pada tahun 2023. Mencapai 4.129 jiwa penyebab terbanyak adalah preeklamsia dan eklamsia , penyebab lainnya

adalah perdarahan. Penyebab perdarahan yang disebabkan oleh retensio plasenta sebanyak 75% dan sisanya oleh laserasi sebanyak 25%. (Kemkes.2023).

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

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

Kabupaten Garut menjadi penyumbang tertinggi ke 3 di Jawa Barat Angka Kematian Ibu (AKI) terbanyak pada tahun 2023 terjadi 60 kasus, mengalami kenaikan dibandingkan dengan tahun 2022 yaitu di angka 47 kasus. Yang mana salah satu penyebabnya perdarahan dengan jumlah 13 kasus penyebabnya eklampsia, syok, perdarahan post partum termasuk retensio plasenta. (Dinkes Garut, 2023).

Retensio plasenta merupakan terlambatnya kelahiran plasenta melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. 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).

Retensio Plasenta adalah salah satu penyebab perdarahan, sehingga perlu dilakukan upaya penanganan yang baik dan benar yang dapat diwujudkan dengan upaya peningkatan keterampilan tenaga kesehatan khususnya dalam pertolongan persalinan. Dalam prakteknya bidan mempunyai standar kompetensi dalam menangani situasi kegawatdaruratan kebidanan yang salah satunya penanganan terhadap retensio plasenta yaitu dengan melakukan pengeluaran plasenta secara manual. (Permenkes: 28, 2017) .

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 standar dan kewenangan.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis membuat Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. F USIA 29 TAHUN P2A1 KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DI RSUD dr. SLAMET GARUT”**.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas penulis dapat merumuskan“  
Bagaimanakah Asuhan Kebidanan pada Ny. F usia 29 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta di ruang VK RSUD dr.Slamet Garut”.

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Melakukan asuhan kebidanan pada Ny. F usia 29 tahun P2A1 Kala III dengan retensio plasenta di RSUD dr. Slamet Garut dengan pendokumentasian SOAP.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. F usia 29 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta di RSUD dr.Slamet Garut.
- 2) Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. F usia 29 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta di RSUD dr.Slamet Garut.
- 3) Menetapkan analisa asuhan kebidanan pada Ny. F usia 29 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta di RSUD dr.Slamet Garut.
- 4) Melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. F usia 29 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta di RSUD dr.Slamet Garut.
- 5) Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. F usia 29 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta di RSUD dr.Slamet Garut.

### **1.4 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**

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) Dokumentasi

Data diperoleh dari hasil tanya jawab dan hasil observasi secara langsung didokumentasikan dalam bentuk asuhan kebidanan

## **1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian**

Tempat penelitian Laporan Tugas Akhir ini yaitu di Ruang VK RSUD dr. Slamet Garut. Adapun waktu penelitian 20 Maret 2025 - 21 Maret 2025

## **1.6 Manfaat Bagi Penulis**

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

### **1.6.1 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 khususnya pada ibu bersalin dengan retensio plasenta.

### **1.6.2 Bagi Lahan Praktik**

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

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1.1 Pengertian**

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (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).

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).

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam ( Novita 2020).

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

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai

upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2020).

## Bentuk dan Jenis Persalinan

### A. Bentuk persalinan berdasarkan definisi (Kusbandiyah 2023)

1. Persalinan spontan: bila seluruh persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
2. Persalinan buatan: bila persalinan berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar.
3. Persalinan anjuran: bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsang.
4. Tanda-tanda timbulnya persalinan (inpartu) Pada fase ini sudah memasuki tanda-tanda inpartu:
  - 1) Terjadinya his persalinan secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu:
    - a. *Increment* : Ketika intensitas terbentuk.
    - b. *Acme* : Puncak atau maximum.
    - c. *Decement* : Ketika otot relaksasi

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

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

## 2) Keluar lendir bercampur darah (*show*)

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang

membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai bloody slim.

### 3) Keluarnya Air-Air (Ketuban)

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

### 4) Pembukaan servik

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Bidan akan melakukan pemeriksaan untuk pembukaan servik.

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh

pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim. Servik menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan, kematangan servik mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan (Walyani, 2021). menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim. Servik menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan, kematangan servik mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan (Walyani, 2021).

### **2.1.3 Tahapan Persalinan**

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

1. Kala I (kala pembukaan)

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

- a. Fase laten

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

- b. Fase aktif

Merupakan periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi, pembukaan pada umumnya dimulai

dari 3-4 cm hingga 10 cm dan berlangsung selama 6 jam. Penurunan bagian persentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan. Fase aktif dibagi menjadi tiga fase antara lain:

- c. Fase akselerasi, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- d. Fase dilatasi maksimal, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam permukaan 9 cm menjadi lengkap (Prawirohardjo, 2020). Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Pada kala I tugas penolong adalah mengawasi dan memberikan semangat kepada Ibu bahwa proses persalinan adalah fisiologis. Pemberian obat atau tindakan hanya dilakukan apabila perlu dan ada indikasi. Apabila ketuban belum pecah, ibu inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan. Jika berbaring sebaiknya tidur miring kiri. Jika ketuban sudah pecah, ibu dilarang berjalan-jalan sehingga diharuskan berbaring. Periksa dalam pervaginam dilarang, kecuali ada indikasi, karena setiap pemeriksaan akan membawa infeksi, apalagi jika dilakukan tanpa memperhatikan sterilitas. Pada kala I pembukaan dilarang mengedan karena belum waktunya dan hanya akan menghabiskan tenaga ibu. Biasanya, kala I salah satu berakhir apabila pembukaan sudah lengkap sampai 10 cm.

- 2. Kala II (Kala pengeluaran janin)

Beberapa tanda dan gejala persalinan kala II adalah ibu merasakan ingin mengedan bersama terjadinya kontraksi, Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya, perineum terlihat menonjol, vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran lendir darah. Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ke ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflekstoris timbul rasa mengedan, karena tekanan pada rectum Ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada saat terdapat his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan mengedan yang dipimpin akan lahirlah kepala dengan diikuti seluruh badan janin, kala II primi:  $\frac{1}{2}$ -2 jam pada multipara  $\frac{1}{2}$ -1 jam. Pada permulaan kala II, umumnya kepala janin telah masuk PAP ketuban yang menonjol biasanya akan pecah sendiri. Apabila belum pecah, ketuban harus dipecahkan (Amniotomi). His datang lebih sering dan lebih kuat, lalu timbullah his mengedan. Penolong harus telah siap untuk memimpin persalinan. Apabila kepala janin telah sampai di dasar panggul, vulva mulai terbuka (membuka pintu), rambut kepala kelihatan, setiap kali his, kepala lebih maju, anus terbuka, perineum meregang. Penolong harus menahan perineum dengan tangan kanan beralaskan kain kasa atau kain duck steril supaya tidak terjadi robekan (ruptur perinei). Tangan kiri penolong menekan bagian belakang kepala janin ke arah anus, tangan kanan di perineum. Dengan pimpinan yang baik dan sabar, lahirlah kepala dengan ubun-ubun kecil (suboksiput) dibawah

simfisis sebagai hipomoklion, kemudian secara berturut-turut tampaklah bregmatika (ubun-ubun besar), dahi, muka, dan dagu. Perhatikan apakah terdapat lilitan tali pusat, kalau ada lepaskan. Kepala akan mengadakan putaran ke salah satu paha ibu. Lahirlah bahu depan dengan menarik kepala ke arah anus (bawah), lalu bahu belakang dengan menarik pelan-pelan ke arah simfisis (atas). Melahirkan badan bokong dan kaki lebih mudah, yaitu dengan mengait kedua ketiak janin. Bayi baru lahir yang sehat dan normal akan segera menangis menggerakkan kaki dan tangannya. Bayi diletakkan dengan kepala lebih rendah, kira-kira membuat sudut  $30^\circ$  dengan bidang datar. Mulut dan hidung dibersihkan, dan lendir diisap dengan penghisap lendir, tali pusat di klem pada 2 tempat yaitu 5 dan 10 cm dari umbilikus, lalu digunting diantaranya. Ujung tali pusat pada bayi diikat dengan pita atau benang atau klem plastik sehingga tidak ada perdarahan. Lakukan pemeriksaan ulang pada ibu meliputi kontraksi atau palpasi rahim, kandung kemih penuh atau tidak. Apabila penuh kandung kemih dikosongkan sebab dapat menghalangi kontraksi rahim dan menyulitkan kelahiran uri.

### 3. Kala III (pengeluaran plasenta)

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

### 4. Kala IV (empat) Persalinan

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

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

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

(Fitriana, 2021).

## **2.2 Retensio Plasenta**

### **2.2.1. Pengertian retensio**

Retensio plasenta adalah keadaan tidak lahirnya plasenta dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. (Abortus, 2022). Hal itu disebabkan karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dengan uterus. Bila sebagian kecil

plasenta masih tertinggal di dalam uterus dapat menimbulkan perdarahan post partum ( Putri, 2021) .

### **2.2.2 Etiologi**

Ada beberapa penyebab terjadinya retensio plasenta, yaitu :

#### 1. Faktor uterus

- 1) Riwayat sectio caesaria, adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan diperut ibu dan rahim untuk mengeluarkan bayi. Retensio plasenta atau perlengketan plasenta perlu diwaspadai terjadi pada *Vaginal Birth After Caesar (VBAC)* saat melakukan penatalaksanaan pada kala III. Hal ini dikarenakan perlengketan plasenta yang tidak normal dapat disebabkan oleh trauma endometrium karena prosedur operasi sebelumnya sehingga menyebabkan kelainan pada perelengketan plasenta mulai dari adesiva, akreta (Manuaba, 2018).
- 2) 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.
- 3) Kehamilan ganda, pada kehamilan ganda memerlukan implantasi plasenta yang luas.
- 4) Riwayat manual plasenta sebelumnya, 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

### 1) Usia

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

### 2) Jarak persalinan

Terlalu sering bersalin (jarak anak <2 tahun) akan menyebabkan uterus menjadi lemah, sehingga kontraksi uterus kurang baik dan dapat meningkatkan terjadinya retensio plasenta (Nurlaelah, 2018).

### 3) Paritas Para adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm. Primipara adalah wanita yang telah melahirkan bayi aterm sebanyak

satu kali, Multipara (pleuripara) adalah wanita yang telah melahirkan anak hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali, dan Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari lima kali. Ibu bersalin dengan paritas yang tinggi berisiko terjadi kesakitan dan kematian maternal. Kejadian Retensio Plasenta sering terjadi pada ibu multipara dan grandemultipara dengan implantasi plasenta dalam bentuk plasenta adhesiva, plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta. Ibu bersalin dengan paritas yang tinggi berisiko terjadi kesakitan dan kematian maternal. Kejadian Retensio Plasenta sering terjadi pada ibu multipara dan grandemultipara dengan implantasi plasenta dalam bentuk plasenta adhesiva, plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta. Retensio plasenta akan mengganggu kontraksi otot rahim dan akan menimbulkan perdarahan. Retensio plasenta tanpa perdarahan dapat diperkirakan bahwa darah penderita terlalu banyak hilang, keseimbangan baru berbentuk bekuan darah, sehingga perdarahan tidak terjadi, kemungkinan implantasi plasenta terlalu dalam (Ulya, 2021).

#### 4) Anemia

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

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

### 3. Tidak melakukan manajemen aktif kala III

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

sehingga uterus tidak dapat sepenuhnya berkontraksi karena plasenta masih di dalam. (Prawirohardjo, 2020)

### **2.2.3 Patofisiologi**

Patofisiologi retensio plasenta dapat dibagi menjadi tiga mekanisme, yaitu invasif plasenta, hipoperfusi plasenta, dan kontraktilitas inadekuat. 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. Hal ini menyebabkan kelainan pada perlekatan plasenta mulai dari plasenta adherent, akreta hingga perkreta. Proses ini menghambat pelepasan plasenta yang mengarah ke retensio plasenta. Mekanisme ini terdapat pada karakteristik pasien dan riwayat obstetri.

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

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

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

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

Syalfina, 2021). Jika plasenta belum lepas sama sekali, tidak terjadi perdarahan, jika plasenta lepas sebagian terjadi perdarahan yang merupakan indikasi untuk mengeluarkannya. Plasenta belum lepas dari dinding uterus karena kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesive). Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab vili korialis menembus desidua sampai di bawah peritoneum (plasenta akreta-perkreta). Plasenta yang sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran kontraksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi kaluarnya plasenta/inkarserio plasenta. Pada pelepasan plasenta selalu terjadi perdarahan karena sinus- sinus maternalis di tempat insersinya pada dinding uterus terbuka. Apabila sebagian plasenta lepas sebagian lagi belum, terjadi perdarahan karena uterus tidak bisa berkontraksi dan 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 Tanda dan gejala retensio plasenta**

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

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

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

### **2.2.5 Jenis-jenis Retensio Plasenta**

Jenis-jenis perlekatan plasenta yang abnormal yaitu:

1. Plasenta Adhesiva Plasenta yang belum lahir dan masih melekat di dinding rahim oleh karena kontraksi rahim yang kurang kuat untuk melepaskan plasenta. Kegagalan mekanisme separasi fisiologis yang disebabkan karena implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta.
2. Plasenta Akreta Plasenta akreta yaitu bila implantasi plasenta menembus desidua basalis dan lapisan Nitabunch dan sebagian lapisan myometrium.
3. Plasenta Inkreta Plasenta inkreta yaitu bila implantasi plasenta sampai menembus lapisan myometrium dan melewati lapisan myometrium.
4. Plasenta Perkreta Plasenta perkreta yaitu apabila vili korialis plasenta menembus lapisan perimetrium (lapisan serosa dinding uterus) dan dapat menembus sampai organ sekitar terutama kandung kemih.
5. Plasenta Inkarserata yaitu dimana plasenta sudah lepas dari dinding rahim tetapi belum lahir karena terhalang oleh lingkaran kontraksi di bagian bawah rahim. (Manuba, 2018).

### **2.2.6 Diagnosis banding**

Diagnosis banding retensio plasenta adalah dengan penyebab perdarahan postpartum lainnya. Penyebab perdarahan postpartum tersering adalah atonia uteri

dan laserasi pada jalan lahir. Selain itu, inversio uteri dapat juga dipertimbangkan sebagai diagnosis banding retensio plasenta (Putri 2020).

## **2.3 Manual Plasenta**

### **2.3.1 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).

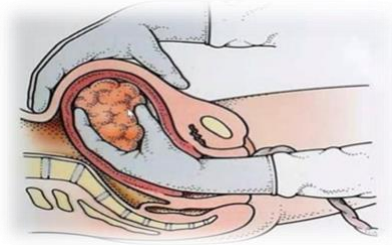
Manual plasenta merupakan Tindakan operasi kebidanan untuk melahirkan plasenta. Teknik operasi manual plasenta tidaklah sukar, tetapi harus dipikirkan bagaimana persiapan agar tindakan tersebut dapat menyelamatkan jiwa penderita (Manuaba, 2018).

### **2.3.2 Indikasi Manual Plasenta**

Indikasi pelepasan plasenta secara manual adalah

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

## 2.1 Gambar manual plasenta



*Sumber: (Alena, 2018).*

### 2.3.4 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) Subinvolusi uteri, yaitu kondisi dimana rahim tidak kembali ke ukuran normal setelah melahirkan.
- 3) 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).

### **2.3.5 Kewenangan dan Standar Pelayanan Bidan Serta Alur Dalam**

#### **Penanganan Retensio Plasenta**

1. 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.

(16)

a. Standar Pelayanan Kebidanan

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)

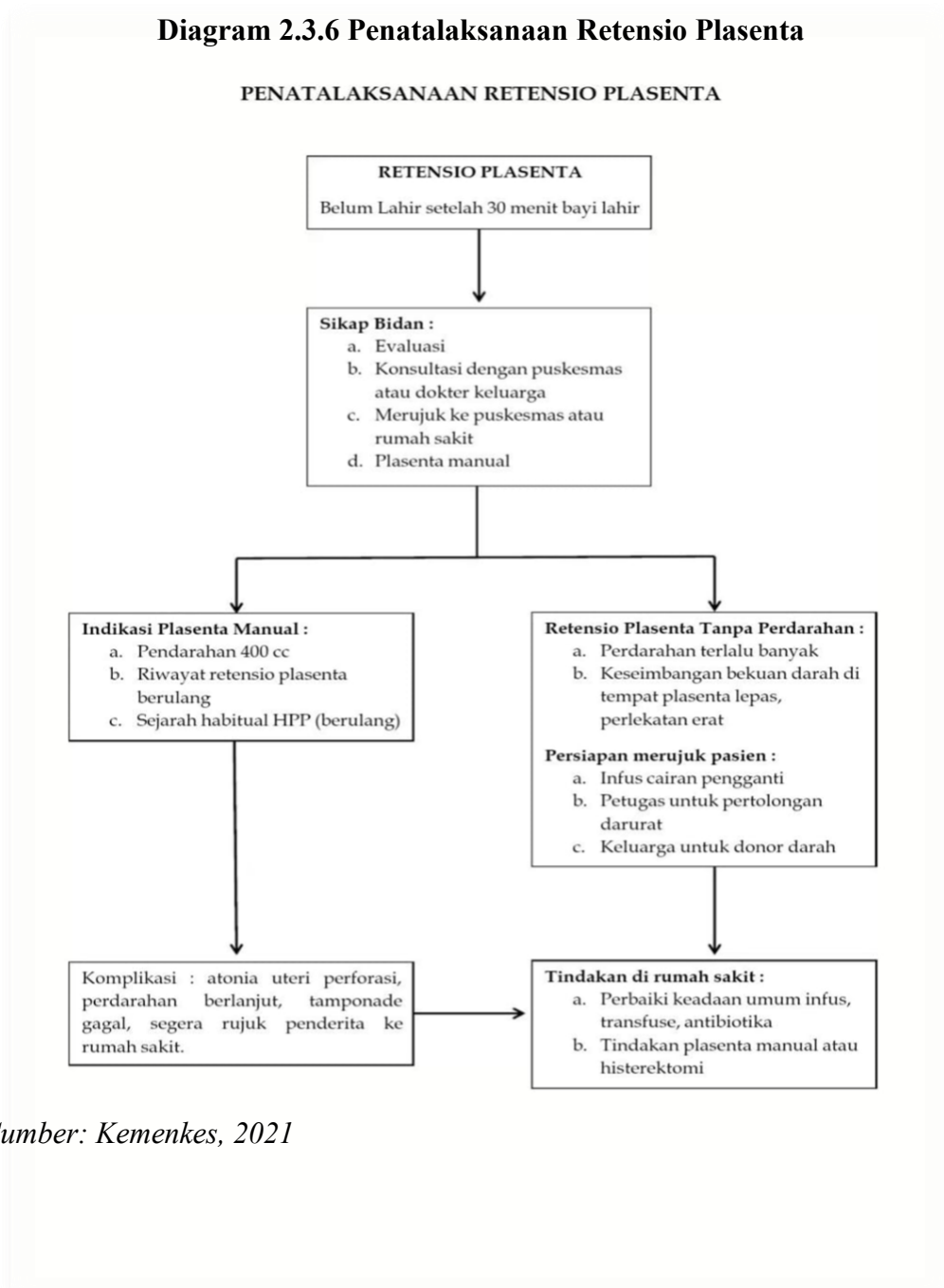
1). Standar 11: penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

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 retensioplasenta 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).

**Diagram 2.3.6 Penatalaksanaan Retensio Plasenta**



Sumber: Kemenkes, 2021

## **2.4 Penelitian terdahulu tentang Retensio Plasenta**

### **2.4.1 Hubungan Riwayat Curettage dengan Kejadian Retensio Plasenta di RS Permata Bunda Kota Malang.**

Hasil penelitian menunjukkan terdapat ibu bersalin dengan riwayat curettage dan terjadi retensio plasenta sebanyak 26 orang (34,2%), ibu bersalin dengan riwayat curettage dan tidak terjadi retensio plasenta sebanyak 9 orang (11,8%), ibu bersalin tidak memiliki riwayat curettage dan terjadi retensio plasenta sebanyak 13 orang.

Riwayat curettage merupakan salah satu faktor terjadinya retensio plasenta karena luka bekas tindakan curettage dapat menyebabkan plasenta berimplantasi lebih dalam didalam uterus sehingga pengembangan desidua pada uterus relatif jelek dan sering kurang memadai sehingga villi plasenta melekat pada miometrium. Curettage adalah serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan memanipulasi instrumen (sendok curett) ke dalam kavum uteri, sendok curett akan melepaskan jaringan tersebut dengan teknik pengerokan secara sistemik.(17,1%), tidak memiliki riwayat curettage dan tidak terjadi retensio plasenta sebanyak 28 orang (36,8%).

Setelah dianalisis menggunakan Chi Square diperoleh nilai p-value 0,001 <0,05(a), maka yang artinya terdapat hubungan antara riwayat curettage dengan kejadian retensio plasenta. Dari analisa, ditemukan adanya hubungan antara riwayat curettage dengan kejadian retensio plasenta. Curettage merupakan tindakan yang dilaksanakan karena adanya kegagalan pada kehamilan. Kegagalan kehamilan

biasa disebut dengan abortus. Abortus dibagi menjadi beberapa macam klasifikasi. Klasifikasi abortus yang memerlukan tindakan curettage yaitu pada abortus insipiens dan abortus inkomplit. Tidak hanya abortus saja, blighted ovum dan missed abortion juga merupakan kegagalan dari kehamilan yang juga memerlukan tindakan curettage. Tujuan dari tindakan curettage untuk membersihkan jaringan sisa kehamilan dan potongan plasenta yang tertinggal di dinding rahim serta mengurangi risiko terjadinya infeksi. Sebelum dilakukan tindakan curettage, pasien akan di anastesi terlebih dahulu. Lalu sisa jaringan kehamilan akan dikikis menggunakan alat yang disebut dengan sendok curett. Kikisan dengan sendok curett bisa menyebabkan luka pada dinding rahim bagian endometrium sehingga bila terjadi kehamilan berikutnya, plasenta bisa tertanam lebih dalam karena adanya luka bekas kikisan sendok curett yang disebut dengan retensio plasenta. Karena plasenta tertanam lebih dalam, maka cara kerja pembuluh darah untuk mensuplai oksigen juga tidak optimal sehingga mempengaruhi fungsi otot rahim untuk melepaskan plasenta pada saat kala III.

## **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).

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

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

1. Membantu koordinasi asuhan kebidanan : dalam hal ini mencegah informasi yang berulang terhadap pasien dan meningkatkan kecermatan dalam pemberian asuhan: serta dapat membantu tim bidan memanfaatkan waktu sebaik mungkin karena melalui dokumentasi, bidan tidak membuang waktu untuk melakukan komunikasi. Misalnya asuhan kebidanan oleh bidan A yang telah didokumentasikan catatan- catatan pendokumentasian.
2. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat : bidan harus mencatat asuhan maupun pelayanan yang diberikan sebagai upaya perlindungan pasien terhadap kualitas asuhan yang diterima dan perlindungan bidan dalam melaksanakan tugasnya sesuai kewenangan.

3. Sebagai informasi statistik: data statistik dokumentasi kebidanan dapat membantu perencanaan kebutuhan di masa mendatang terkait SDM, sarana prasarana maupun teknis. Pemberian informasi kepada seseorang terkait apa yang telah, sedang dan akan dilakukan, serta perubahan yang terjadi merupakan hal penting untuk diketahui dan menjadi bahan pertimbangan selanjutnya.
4. Sebagai sarana pendidikan: dapat digunakan untuk memperoleh pengetahuan lalu mengkaji dan menganalisis perbandingan antara teori maupun praktik.
5. Sebagai sumber data penelitian: dapat digunakan sebagai data penelitian untuk meningkatkan pelayanan kebidanan yang aman, efektif dan sesuai kode etik serta *evidence based*.
6. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan: jaminan kualitas merupakan bagian program pengembangan pelayanan kesehatan dan sebagai dasar dalam menetapkan akreditasi pelayanan kebidanan sesuai standar.
7. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkesinambungan: dokumentasi dapat memberikan data yang aktual dan konsisten tentang asuhan kebidanan yang diberikan.
8. Sebagai cara menetapkan standar dan prosedur: standar menentukan aturan yang akan dipakai dalam menjalankan serangkaian kegiatan/prosedur.
9. Sebagai catatan: dapat memantau kinerja peralatan, sistem dan sumber daya manusia.
10. Sebagai alat dalam memberikan intruksi.

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

## **2.6 Metode Dokumentasi SOAP**

### **1. Data Subjektif**

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

### **2. Data Objektif**

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

### **3. Analisa**

Langkah selanjutnya adalah analisis, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisi 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 dkk, 2020).

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **Asuhan Kebidanan pada Ibu bersalin Ny. F Usia 29 Tahun P2A1 Kala III dengan Retensio Plasenta di RSUD dr.Slamet Garut**

Tanggal pengkajian : 20 Maret 2025

Waktu pengkajian : 04.50 WIB

Tempat pengkajian : RSUD dr. Slamet Garut

Pengkaji : Leviana khairunnisa

#### **A. Data subjektif**

##### 1. Identitas

Nama Ibu	: Ny. F	Nama suami	: Tn. J
Umur	: 29 Tahun	Umur	: 34 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMK	Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Kp.MekarsariRt.04 Rw.05 Kel.Haurpanggung Kec.Tarogong kidul Kab.Garut		

##### 2. Alasan Datang

Pasien datang ke RSUD dr. Slamet Garut di dampingi bidan berdasarkan hasil rujukan dari Puskesmas K karena kala II memanjang.

##### 3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan lemas dan cemas.

#### 4. Riwayat Obstetri

##### a. Riwayat menstruasi

Ibu mengatakan menarche pada usia 13 tahun, siklus 28 hari, lama menstruasi 6-7 hari banyaknya 1-2x ganti pembalut/hari, tidak ada keluhan saat menstruasi.

##### b. 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	2020	Bidan	RSUD	Aterm	VE	3000	Tidak ada
2	2023	-	-	4 bulan	-	-	Keguguran

##### c. Riwayat Kehamilan Sekarang

Kehamilan ini merupakan kehamilan yang ke-3 HPHT : 27 Juni 2024, TP: 4- April -2025 dan usia kehamilan ibu 37-38 minggu. melakukan pemeriksaan ANC sebanyak 6x kali di puskesmas, imunisasi TT 2x. Ibu mengatakan pergerakan janin dirasakan pada usia kehamilan 4 bulan selama kehamilan ibu mengonsumsi tablet fe.

#### 5. Riwayat Kesehatan

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

#### 6. Riwayat KB

Ibu mengatakan sebelumnya menggunakan KB suntik 3 bulan.

## 7. Pola Kebutuhan Sehari-hari

### a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 3x sehari, menu bervariasi, tidak ada pantangan makanan, nafsu makan baik, dan minum  $\pm 8$  gelas/ hari.

Makan terakhir pukul: 20.00 WIB

Minum terakhir pukul: 05.30 WIB

### b. Eliminasi

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

BAB terakhir pukul : 06.00 WIB

BAK terakhir pukul :05.00 WIB

### c. Istirahat

Tidur malam 6-7 jam, siang 1-2 jam.

Terakhir tidur pukul: 19.00 WIB

### a. Aktivitas

Ibu hanya mengerjakan pekerjaan rumah

### b. Personal Hygiene

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

Terakhir mandi pukul: 16.30 WIB

## 8. Riwayat Psikososial

Suami dan keluarga mendukung atas kehamilannya. Pengambil keputusan dalam keluarga oleh suami.

**B.Data objektif****Catatan persalinan**

Pasien datang ke Puskesmas K pada tanggal 19-03-2025 Jam: 17.00 WIB,  
mengeluh mules mules sejak 1 hari yang lalu.

## Pemeriksaan umum

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda-tanda Vital
  - Tekanan Darah : 110/70 mmHg
  - Nadi : 80x/menit
  - Suhu : 36,5 °C
  - Respirasi : 22x/menit
  - SpO2 : 97%

## Pemeriksaan fisik

TFU: 32cm                      DJJ:142x/m                      His: 3x10'30''

Pemeriksaan dalam: V/V : Tidak ada kelainan

Porsio: tebal, lunak

Pembukaan : 3cm

Ketuban : Utuh

Persentasi : Kepala

Penurunan kepala : HII

Penatalaksanaan dilakukan observasi.

1. Pada pukul 21.00 WIB Ketuban pecah spontan jernih, dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan 6 cm.
2. Pada tanggal 20-03-2025 jam 01.00 WIB dilakukan pemeriksaan kembali DJJ: 145x/m, His: 3x10'35" porsio tidak teraba ,pembukaan lengkap, persentasi kepala, penurunan H III. Ibu mengalami kala I selama 8 Jam.
3. Ibu dipimpin untuk mengedan tetapi dari pukul 01.30 WIB sampai pukul 02.30 WIB tidak ada kemajuan.
4. Kemudian dilakukan rujukan ke RSUD dr. Slamet Garut.

#### **Pemeriksaan di ruang ponek pukul: 04.40 WIB**

##### 1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Lemah
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-tanda Vital
  - Tekanan Darah : 120/70 mmHg
  - Nadi : 90x/menit
  - Suhu : 35,7 °C
  - Respirasi : 21x/menit
  - SpO2 : 97%

##### 2. Pemeriksaan Fisik

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

d. Abdomen

TFU : 33 cm DJJ: 138x/m Ireguler His: 3x10'40''  
 Leopold I : Teraba bulat lunak tidak melenting (bokong)  
 Leopold II : Teraba keras datar memanjang (puki)  
 Leopold III : Teraba bulat keras melenting sudah masuk PAP  
 Leopold IV : Divergen  
 Ektremitas : Tangan kiri terpasang infus D5 , Kaki tidak oedema

Pemeriksaan dalam:

v/v : Tidak ada kelainan  
 Porsio : Tidak teraba  
 Pembukaan : Lengkap (10 cm)  
 Persentasi : Kepala terdapat caput  
 Ketuban : Pecah pukul 21.00 WIB (19-03-2025 )  
 Penurunan kepala : H IV

3. Pemeriksaan penunjang

HB : 12,2 g/dl  
 Gol Darah : A  
 Triple Eliminasi : NR

**C. ANALISA**

Inpartu kala II dengan inersia uteri.

janin tunggal hidup

#### **D. PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan di berikan.  
Evaluasi Ibu mengetahui.
2. Atas advis dari dokter pasien segera dipindahkan ke ruang VK untuk dilakukan tindakan berikutnya yaitu dipimpin persalinan dengan Drip oxytocin. Evaluasi: sudah di pindahkan.

#### **Catatan persalinan di ruang VK Pukul: 04.50 WIB**

##### **A. Data subjektif**

Keluhan utama: Ibu mengeluh lemas dan cemas

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

###### **1. Pemeriksaan Umum**

- a Keadaan Umum : Lemah
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-tanda Vital
  - Tekanan Darah : 100/70 mmHg
  - Nadi : 100x/menit
  - Suhu : 35,7 °C
  - Respirasi : 21x/menit
  - SpO2 : 97%

## 2. Pemeriksaan Fisik

e. Muka : Tampak pucat, tidak terdapat oedema

f. Mata : Conjunctiva pucat, sklera putih

g. Mulut : Tampak pucat

h. Abdomen

TFU : 33 cm DJJ: 138x/m ireguler His: 3x10'40

Leopold I : Teraba bulat lunak tidak melenting (bokong)

Leopold II : Teraba keras datar memanjang (puki)

Leopold III : Teraba bulat keras melenting sudah masuk PAP

Leopold IV : Divergen

Ektremitas : Tangan kiri terpasang infus D5, Kaki tidak oedema

Pemeriksaan dalam:

v/v : Tidak ada kelainan

Porsio : Tidak teraba

Pembukaan : Lengkap (10 cm)

Persentasi : Kepala

Ketuban : Pecah pukul 21.00 WIB (19-03-2025 )

Penurunan kepala : H IV

## C. Analisa

Inpartu kala II dengan inersia uteri.

Janin tunggal hidup.

## D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan di berikan.  
Evaluasi: Ibu mengetahui.
2. Melakukan inform consent untuk dilakukan pemasangan infus, dan Drip oxytocin 20 IU 20 tpm. Evaluasi: Sudah dilakukan.
3. Menyiapkan alat partus set. Evaluasi: Sudah dilakukan
4. Obsevasi kemajuan persalinan: Evaluasi Telah telampir di partograf.

### **Perkembangan persalinan pukul 06.00 WIB**

#### A. Data subjektif

Ibu mengeluh mulas dan ingin mencedan.

#### B. Data objektif

Keadaan umum : Lemas

#### c. Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 100/70 mmHg

Nadi : 100x/menit

Suhu : 35,7 °C

Respirasi : 22x/menit

SpO2 : 98%

Abdomen : DJJ: 139x/m ireguler His: 3x10'45

Pemeriksaan dalam:

v/v : Tidak ada kelainan

Porsio : Tidak teraba

Pembukaan : Lengkap (10 cm)

Persentasi : Kepala

Ketuban : Pecah pukul 21.00 WIB (19-03-2025 )

Penurunan kepala : H IV

### C. Analisa

Inpartu kala II

### D. Penatalaksanaan

1. ibu dipimpin untuk proses persalinan. Evaluasi: Bayi lahir spontan pukul:06.15 WIB jenis kelamin laki-laki. Ibu mengalami kala II selama 5 Jam.

### **Kala III**

#### A.Data subjektif

Ibu merasa lemas, dan mulas sedikit

#### B: Data objektif

Pemeriksaan Fisik:

Abdomen: Tidak ada janin kedua.

TFU : Sepusat

Kontraksi : Tidak adekuat

Kandung kemih: Kosong

Genitalia :Terdapat pengeluaran darah  $\pm$ 300cc , terdapat tali pusat di depan vulva.

Ekstermitas Atas : Tidak oedema, terpasang infus ditangan kanan Drif oxy 60tpm tangan kiri infus RL , Bawah : Tidak oedema, tidak varises

### **C. ANALISA**

P2A1 kala III dengan inersia uteri.

#### D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan asuhan yang akan di berikan. Evaluasi: Ibu mengetahui.
2. Memberitahu ibu bahwa akan disuntikan oksytosin pada paha kiri ibu 10 IU secara IM. Evaluasi : sudah dilakukan
3. Melakukan penegangan tali pusat terkendali selama 15 menit. Evaluasi: plasenta belum lepas.
4. Melakukan inform consent untuk meyuntikan oksytosin kedua karena plasenta ibu belum lahir. Evaluasi: Ibu bersedia, oxytosin kedua telah disuntikan 10 IU secara IM
5. Melakukan penegangan tali pusat terkendali selama 15 menit. Evaluasi: plasenta belum lepas.

Perkembangan kala III pukul: 06.30 WIB

#### A. Data subjektif

Ibu merasa lemas.

#### B. Data objektif

Pemeriksaan Fisik:

Abdomen:

TFU : Sepusat

Kontraksi : Tidak adekuat

Kandung kemih: Kosong

Genitalia :Terdapat pengeluaran darah  $\pm 50$  cc , terdapat tali pusat di depan vulva.

Ekstermitas Atas : Tidak oedema, terpasang infus ditangan kanan Drif oxy 60tpm  
tangan kiri infus RL , Bawah : Tidak oedema, tidak varises

### C. Analisa

Kala III dengan retensio plasenta.

### D. Penatalaksanaan

1. Inform consent untuk tindakan yang akan dilakukan yaitu Melakukan manual plasenta.

Evaluasi: Plasenta lahir pukul 06.50 WIB. Dan ibu mengalami kala III selama 35 menit.

2. Melakukan massase fundus uteri sampai kontraksi baik. Evaluasi : Kontraksi uterus baik.

3. Melakukan pengecekan kelengkapan plasenta.

Evaluasi : Sudah dilakukan.

8. Melakukan eksplorasi untuk memastikan kembali tidak ada sisa plasenta.

Evaluasi : Tidak ada sisa plasenta, bersih.

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

Evaluasi : Ibu setuju

10. Menyuntikkan methylergometrine 0,2 mg secara

IM Evaluasi : sudah disuntikan.

11. 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.

### **Perkembangan Kala IV**

Waktu : 07.00 WIB

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

Ibu mengatakan merasa lemas dan linu dibagian kemaluannya.

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

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Lemas

Kesadaran: Composmentis

2. Tanda-tanda Vital

a. Tekanan Darah : 100/80 mmHg

b. Nadi : 80x/menit

c. Suhu : 36,5 °C

d. Respirasi : 20x/menit

e. SpO<sub>2</sub> : 98%

3. Pemeriksaan Fisik

TFU : 2 jari di bawah pusat

Kontraksi : Baik

Kandung kemih : Kosong

Genitalia :terdapat laserasi drajat II pengeluaran darah  $\pm 150$ cc

Ekstermitas : Atas : Terpasang infus

### C. ANALISA

P2A1 Kala IV dengan laserasi drajat II.

### D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan yaitu penjahitan laserasi drajat II  
Evaluasi : Ibu mengerti, dan bersedia.
2. Melakukan heacting laserasi drajat II  
Evaluasi: Sudah dilakukan dengan teknik jahitan subkutikuler.
3. Melakukan observasi kala IV (Tekanan darah, Nadi, Suhu, Fundus, Kontraksi, dan perdarahan)  
Evaluasi : Hasil observasi dalam batas normal.
4. Membersihkan Ibu dan tempat persalinan  
Evaluasi : Ibu dan tempat tidur sudah bersih.
5. Memberikan KIE mengenai tanda-tanda bahaya nifas.  
Evaluasi : Ibu mengerti.
6. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini seperti duduk dari tempat tidur.  
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

**Tabel 3.2 Lembar Observasi Kala IV**

Waktu	Tensi	Nadi	Suhu	TFU	Kontraksi	Perdarahan	K.Kemih
07.00	100/80 MmHg	80x/m	36	2Jari di bawah pusat	Baik	Normal	Kosong

07.15	120/80 MmHg	85x/m	36	2Jari di bawah pusat	Baik	Normal	Kosong
07.30	120/80 MmHg	85x/m	36	2Jari di bawah pusat	Baik	Normal	Kosong
07.45	120/80 MmHg	88x/m	36	2Jari di bawah pusat	Baik	Normal	Kosong
08.15	120/80 MmHg	88x/m	36	2Jari di bawah pusat	Baik	Normal	Kosong
08.45	120/80 MmHg	88x/m	36	2Jari di bawah pusat	Baik	Normal	Kosong

### 3.3 Catatan perkembangan

Nama : Ny. F

Usia : 29 Tahun

Alamat : Kp. Mekarsari

NO	Tanggal/Jam	Tempat	SOAP
1.	20-Maret 2025 Jam: 13.00 WIB	R.Jade	<b>S</b> : Ibu mengatakan masih merasa mules dan merasa lemas <b>O</b> : <b>Keadaan umum baik</b> TD :120/80 mmHg

			<p>N : 88x/menit</p> <p>S : 36,5 °C</p> <p>R : 22x/menit</p> <p>SPO : 98%</p> <p>TFU : 2 jari di bawah pusat</p> <p>Kontraksi : Baik</p> <p>Kandung kemih : Kosong</p> <p>Perdarahan : 20cc</p> <p><b>A</b> : P2A1 post partum 6 jam masca manual</p> <p><b>P</b> :</p> <p>1.Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan. Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui hasil pemeriksaan</p> <p>2.Mengobservasi keadaan umum, tekanan darah, kontraksi, dan perdarahan. Evaluasi : Hasil observasi didapatkan keadaan umum baik, kontraksibaik, perdarahan dalam batas normal</p> <p>3.Mengobservasi pengeluaran ASI involusi uteri, dan kandung kemih Evaluasi : Pengeluaran ASI ada, involusi uteri baik, kandung kemih tidak penuh</p> <p>4.Menganjurkan kepada ibu untuk melakukan mobilisasi dini Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukan</p> <p>5.Menganjurkan ibu untuk memenuhi asupan nutrisinya serta istirahat yang cukup. Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya</p> <p>6.KIE tanda bahaya masa nifas Evaluasi: ibu mengetahui</p> <p>7.KIE personal hygiene Evaluasi : Ibu mengetahui</p> <p>8.Melakukan pendokumentasian Evaluasi : Asuhan telah didokumentasikan</p>
--	--	--	--

2.	21-Maret 2025 Jam: 07.00 WIB	R.Jade	<p><b>S</b> : Ibu mengatakan keadaanya semakin membaik</p> <p><b>O</b> : Keadaan umum baik</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 87x/menit</p> <p>S : 36,5 °C</p> <p>R : 22x/menit</p> <p>SPO : 97%</p> <p>TFU : 2 jari di bawah pusat</p> <p>Kontraksi : Baik</p> <p>Kandung kemih : Kosong</p> <p>Perdarahan : 20cc</p> <p><b>A</b> : P2A01 post partum 1 Hari</p> <p><b>P</b> :</p> <p>1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan. Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui hasil pemeriksaan</p> <p>2. KIE perawatan masa nifas dan bayi di rumah Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui</p> <p>3. KIE personal hygiene Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui</p> <p>4. KIE asi eksklusif Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui</p> <p>5. KIE mengenai KB Evaluasi : Ibu mengerti.</p> <p>6. Menganjurkan ibu untuk memenuhi asupan nutrisinya serta istirahat yang cukup. Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya</p> <p>7. Memberikan terapi obat cepadroxil 2x1 500 mg, Asam mefenamat 3x1 500mg, Ferro sulfat 1x1, mecobalamin 2x1</p> <p>8. Menjadwalkan kunjungan ulang tgl 09-04-2025 Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia</p> <p>9. Melakukan pendokumentasian Evaluasi : Asuhan telah didokumentasikan</p>
----	------------------------------------	--------	---

Tabel 4.1

## Matriks Retensio plasenta

NO	Kasus	Pengertian	Penyebab	Tanda/Gejala	Planing/Intervensi		Evidence base
					Teori	Praktik	
1.	Retensio plasenta	Retensio plasenta adalah keadaan tidak lahirnya plasenta dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir.	Faktor maternal: Usia, jarak persalinan, paritas, anemia Faktor uterus: Riwayat SC, Riwayat kuretase, Kehamilan ganda, Riwayat manual	Tanda dan gejala yang selalu ada: Plasenta belum lahir setelah 30 menit, Perdarahan segera, Kontraksi	1. Resusitasi (pemberian oksigen 100%). Pemasangan IV-line dengan kateter yang berdiameter besar serta pemberian	1. Drip okxytocin 2. Manual plasenta 3. Menyuntikkan methylergometrine 0,2 mg secara IM 4. Memberikan terapi obat sesuai advis dokter	1. Cek kontraksi uterus didapatkan kontraksi uterus tidak adekuat 2. Perdarahan 300cc 3. Melakukan Drip Oxy

			<p>Faktor plasenta: plasenta previa</p>	<p>uterus kurang baik Tanda dan gejala yang kadang terjadi :Tali pusat putus akibat tarikan berlebihan, Inversio uterus akibat tarikan, Perdarahan lanjutan</p>	<p>cairan kristaloid (sodium klorida isotonik atau larutan ringer laktat yang hangat, apabila memungkinkan). Monitor jantung, nadi. tekanan darah dan saturasi oksigen. Transfusi darah apabila diperlukan yang</p>	<p>cepadroxil 2x1 500 mg, Asam mefenamat 3x1 500mg, Sf 1x1, mecobalamin 2x1</p>	<p>4.Melakukan manual plasenta 5.Menyuntikkan methylergometrine 0,2 mg secara IM 6. Memberikan terapi obat sesuai advis dokter cepadroxil 2x1 500 mg, Asam mefenamat 3x1 500mg, Sf 1x1, mecobalamin 2x1</p>
--	--	--	---	---	---	---	---

					<p>dikonfirmasi dengan hasil pemeriksaan darah.</p> <p>2. Drips oksitosin (oxytocin drips) 20 IU dalam 500 ml larutan Ringer laktat atau NaCl 0.9% (normal saline) sampai uterus berkontraksi.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>3. Plasenta coba dilahirkan dengan Brandt Andrews, jika berhasil lanjutkan dengan drips oksitosin untuk mempertahankan uterus.</p> <p>4. Jika plasenta tidak lepas dicoba dengan tindakan manual plasenta.</p> <p>Indikasi</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

					<p>manual plasenta adalah:</p> <p>Perdarahan pada kala tiga persalinan kurang lebih 400 cc, retensio plasenta setelah 30 menit anak lahir, setelah persalinan buatan yang sulit seperti forsep tinggi, versi</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir, tali pusat putus.</p> <p>5. Jika tindakan manual plasenta tidak memungkinkan, jaringan dapat dikeluarkan dengan tang (cunam) abortus</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>dilanjutkan kuret sisa plasenta.</p> <p>Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase.</p> <p>Kuretase harus dilakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>dengan kuretase pada abortus.</p> <p>6. Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau per oral.</p> <p>7. Pemberian antibiotika</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

					apabila ada tanda-tanda infeksi dan untuk pencegahan infeksi sekunder.		
--	--	--	--	--	--	--	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Setelah penulis melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ny.F usia 29 tahun P2A1 dengan retensio plasenta di ruang VK Rumah Sakit dr Slamet Garut Tahun 2025 penulis menemukan persamaan antara konsep teori dengan kenyataan di lapangan, Adapun hal ini penulis dapat menjabarkan dengan bentuk pendokumentasian SOAP yang digunakan sebagai berikut :

#### **4.1 Data subjektif**

pada tanggal 20 Maret 2025 Ny. F datang ke RSUD dr. Slamet Garut di rujuk dari Puskesmas K atas indikasi kala 2 lama. Ibu mengatakan merasa lemas dan cemas .Ny F mengatakan bahwa usianya sekarang 29 tahun dari riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu didapatkan bahwa ini kehamilan ke-3 dan pernah mengalami keguguran pada usia kehamilan 4 bulan dan dilakukan kuretase pada tahun 2023, hal ini merupakan salah satu faktor risiko yang mempengaruhi kejadian retensio plasenta, hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Manuba (2010), yaitu riwayat abortus yang penatalaksanaanya dengan prosedur kuretase merupakan risiko terjadinya retensio plasenta, trauma karena abortus yang menyebabkan perkembangan decidua pada uterus hipoplastik sehingga pelekatan vili chorialis pada miometrium dan dapat sampai menembus endrometrium bahkan sampai peritonium.

Kejadian retensio plasenta sering terjadi pada ibu multipara dan grandemultipara dengan implantasi plasenta dalam bentuk plasenta adhesiva,

plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta. Retensio plasenta akan mengganggu kontraksi otot rahim dan akan menimbulkan perdarahan. Retensio plasenta tanpa perdarahan dapat diperkirakan bahwa darah penderita terlalu banyak hilang, keseimbangan baru berbentuk bekuan darah, sehingga perdarahan tidak terjadi, kemungkinan implantasi plasenta terlalu dalam.

#### **4.2 Data Objektif**

Berdasarkan pengkajian data objektif pada tanggal 20 Maret yang diperoleh dari hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu lemas, tekanan darah 100/70 mmHg, Nadi 100x/menit, suhu 35,7 C, serta pernafasan 21x/menit, SpO<sub>2</sub> 97% pada pukul 06.15 WIB, Proses kala satu ibu mengalami 8 Jam. Proses kala II ibu selama 5 jam, bayi lahir spontan di tolong oleh bidan kemudian dilakukan penyuntikan oxytosin dan penegangan tali pusat terkendali, setelah 15 menit plasenta belum lepas dan diberikan oxytosin kedua tetapi plasenta belum lahir ± 30 menit, kemudian dilakukan pemeriksaan palpasi abdomen didapatkan TFU sepusat, kontraksi tidak adekuat, pemeriksaan genitalia ditemukan adanya pengeluaran darah kurang lebih 300 cc, tali pusat menjulur . Ibu mengalami kala III selama 35 menit. Data objektif yang didapatkan tersebut sesuai dengan teori (Manuaba, 2018) bahwa plasenta belum lahir setelah 30 menit bayi lahir, perdarahan segera, dan kontraksi uterus kurang baik merupakan tanda dan gejala dari retensio plasenta.

Proses kala III didahului dengan tahap pelepasan/separasi plasenta akan ditandai oleh perdarahan pervaginam (cara pelepasan *Duncan*) atau plasenta sudah sebagian lepas tetapi tidak keluar pervaginam (cara pelepasan *Schultze*), sampai akhirnya tahap ekspulsi, plasenta lahir. Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta

belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala III) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan manual plasenta (Prawirohardjo, 2020).

### **4.3 Analisa**

Berdasarkan data subjektif Ibu mengatakan merasa lemas dan cemas dan data objektif diperoleh dari hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah 100/70 mmHg, Nadi 100x/menit, suhu 35,7 C, serta pernafasan 21x/menit, SpO<sub>2</sub> 97% pada pukul 06.15 WIB, bayi lahir spontan di tolong oleh bidan di Ruang VK dan plasenta belum lahir ± 30 menit maka di tegakan analisa “ P2A1 kala III dengan retensio plasenta” Diagnosa tersebut sesuai dengan teori (Manuaba, 2018) bahwa plasenta belum lahir setelah 30 menit bayi lahir, perdarahan segera, dan kontraksi uterus kurang baik merupakan tanda dan gejala dari retensio plasenta.

### **4.4 Penatalaksanaan**

Setelah dilakukan pengkajian, pemeriksaan dan analisa dari asuhan kebidanan pada Ny. F penulis memberitahu asuhan yang akan diberikan kepada ibu. Setelah itu ibu diberikan penanganan yang pertama yaitu pemberian drip oxytocin. cek kandung kemih, kemudian dilakukan peregangan tali pusat namun tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta. Indikasi pelepasan plasenta secara manual adalah perdarahan pada kala III persalinan kurang lebih 400cc, plasenta tidak lahir 30 menit setelah bayi lahir setelah persalinan buatan yang sulit seperti forcep tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir, dan tali pusat terputus

(Manuaba, 2018). Kemudian dilakukan manual plasenta karena ibu mengalami perdarahan dan plasenta belum lahir >30 menit setelah bayi lahir. pada praktiknya tindakan dilakukan dengan secara langsung setelah plasenta dilahirkan secara manual dan dilakukan eksplorasi. Pukul 06.50 WIB plasenta lahir lengkap.

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

Pemberian terapi farmakologi atas advis dokter pada kasus tersebut yaitu Asam Mefenamat 500gr/oral 3x1 sebagai analgetik, Cefadroxil 500gr/oral 2x1 sebagai antibiotik, tablet Fe 1x1 sebagai obat penambah darah. Hal ini berfungsi untuk mencegah infeksi pasca tindakan karena komplikasi dari manual plasenta yaitu salah satunya adalah infeksi (Manuaba, 2018). Melakukan massase 15 kali dalam 15 detik, kontraksi uterus baik. Mengobservasi keadaan umum ibu baik. Tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5°C, respirasi 20x/menit, perdarahan normal  $\pm$ 150 cc, kandung kemih kosong, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, terdapat laserasi drajat 2, dan dilakukan penjahitan laserasi.

Selanjutnya memberi makan dan minum kepada ibu untuk memenuhi asupan nutrisi, memberi KIE mengenai ASI eksklusif dan proses laktasi, memberitahu ibu, menjelaskan, dan menyarankan metode KB IUD Menurut Natalia (2019), IUD post plasenta memiliki efektivitas tinggi sehingga risiko krelatif kecil dibandingkan KB suntik, Pil atau kondom, sekali pemasangan jangka waktu pemakaian hingga 8-10

tahun. Pemasangannya relatif tidak sakit, karena dilakukan 10 menit-48 jam setelah plasenta lahir juga tidak mempengaruhi ASI, risiko perdarahan lebih kecil dibandingkan IUD yang dipasang pada siklus menstruasi. Ibu tidak menyetujui untuk pemasangan kb IUD karena suami belum mengizinkan, tanda-tanda bahaya setelah melahirkan seperti demam tinggi, menggigil, pusing, dan perdarahan, serta memberitahu kunjungan ulang 6 hari kemudian atau jika ibu ada keluhan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

#### **4.5 Pendokumentasian**

Asuhan pada Ny. F di dokumentasikan dalam bentuk SOAP yang dilakukan dengan tahap pengkajian. Dimana data subjektif didapatkan dari hasil anamnesa terhadap klien. 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 dimasukkan 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. F usia 29 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta.

Penatalaksanaan ini mencatat seluruh perencanaan, penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan komprehensif, penyuluhan dan dukungan bagi ibu maupun bayinya. Penatalaksanaan disini yaitu kita sebagai bidan harus memberikan konseling atau penyuluhan sesuai kebutuhan ibu setelah kita melakukan pengkajian mulai dari subjektif dan objektif, yang dimana akhirnya kita mengetahui apa yang dibutuhkan oleh klien. (Anggraeni dkk, 2020)

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah pengkaji melakukan asuhan kebidanan pada Ny. F usia 29 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta di RSUD dr. Slamet Garut, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian data subjektif pada Ny.F ibu datang ke RSUD dr. Slamet Garut dengan hasil rujukan dari Puskesmas K atas indikasi kala 2 lama, usia ibu 29 tahun, dan ibu mengatakan ini merupakan kehamilan ke-3 dan pernah mengalami keguguran satu kali yaitu tahun 2023.
2. Hasil pengkajian data objektif didapatkan Ny. F keadaan umumnya lemah, tekanan darah 100/70 mmHg, Nadi 100x/menit, suhu 35,7°C, respirasi 21x/menit, SpO 97% Pemeriksaan fisik muka tampak pucat, conjungtiva pucat, dan mulut pucat. Pukul 06.15 WIB bayi lahir spontan di tolong oleh bidan di Ruang VK dan plasenta belum lahir ± 30 menit kemudian dilakukan Pemeriksaan abdomen TFU sepusat, kontraksi tidak adekuat dan pemeriksaan genitalia tampak pengeluaran darah kurang lebih 300 cc dan tali pusat menjulur.
3. Berdasarkan data subjektif dan data objektif analisa yang dapat ditegaskan adalah Ny.F umur 29 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta.
4. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny F adalah melakukan Drip Oxytocin, menyuntikan oksitosin pertama dan oksitocin kedua, tindakan

5. manual plasenta, menyuntikan Methylergometrin 0,2 mg, pemantauan TTV, dan pemberian terapi obat sesuai advis dr Spog yaitu Cefadroxil 2x1 500 mg, Asam mefenamat 3x1 500mg, Ferro sulfat 1x1, mecobalamin 2x1.
6. Pendokumentasian asuhan kebinan pada Ny F Usia 29 tahun P2A1 dengan retensio plasenta di RSUD Dr.Slamet Garut dalam bentuk 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. F usia 29 tahun P2A1 kala III dengan retensio plasenta.

### **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 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 sesuai standar.

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

Diharapkan agar klien memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan kehamilannya secara teratur kepada bidan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggareni, dkk. (2022). *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Pres, 2022.
- Ayudita, A. 2023. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Manajemen Nyeri dan persalinan. *Mahakarya Citra Utama*.
- Alfitri, Prasiwi Rizky, Gumiarti Gumiarti, and Eni Subiastutik. "Hubungan Riwayat Curettage dengan Kejadian Retensio Plasenta." *ARTERI: Jurnal Ilmu Kesehatan* 3.2 (2022): 45-50.
- Desti Widya Astuti. (2020). 1035325 Retensio Plasenta Ditinjau dari Paritas Ibu dan Anemia di RSUD Kota Prabumulih. *Jurnal Kebidanan : Jurnal Medical Science Ilmu Kesehatan Akademi Kebidanan Budi Mulia Palembang*, 10(2), 14–17. <https://doi.org/10.35325/kebidanan.v10i2.233>
- Fitriana, Y. (2021). *Buku ajar Asuhan Persalinan Konsep Persalinan Secara Komprehensif dalam Asuhan Kebidanan*. Pustaka Mahardika
- Kemenkes. (2023). *Retensio plasenta*.
- Kemenkes RI. (2023). Profil Kesehatan Indonesia 2022. *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*.
- KEMENKES, R. I. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 01.07/Menkes/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan. kemenkes RI, 2020.
- Manuaba, I. B. G. (2018). *Ilmu kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC, 2013.
- Profil Kesehatan Jabar. (2022). Profil Kesehatan Jawa Barat. *Suparyanto Dan Permenkes RI*. (2020). Standar Pelayanan Kebidanan
- Prawirohardjo, S. (2020). *Ilmu Kebidanan* (A. B. Saifuddin, T. Rachimhadhi, & Rosad (2015, 5(3), 248–253.
- 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.
- Sab'ngatun, & Ropitasari. (2022). *Dokumentasi Kebidanan* (Sekaringtyas (ed.)).

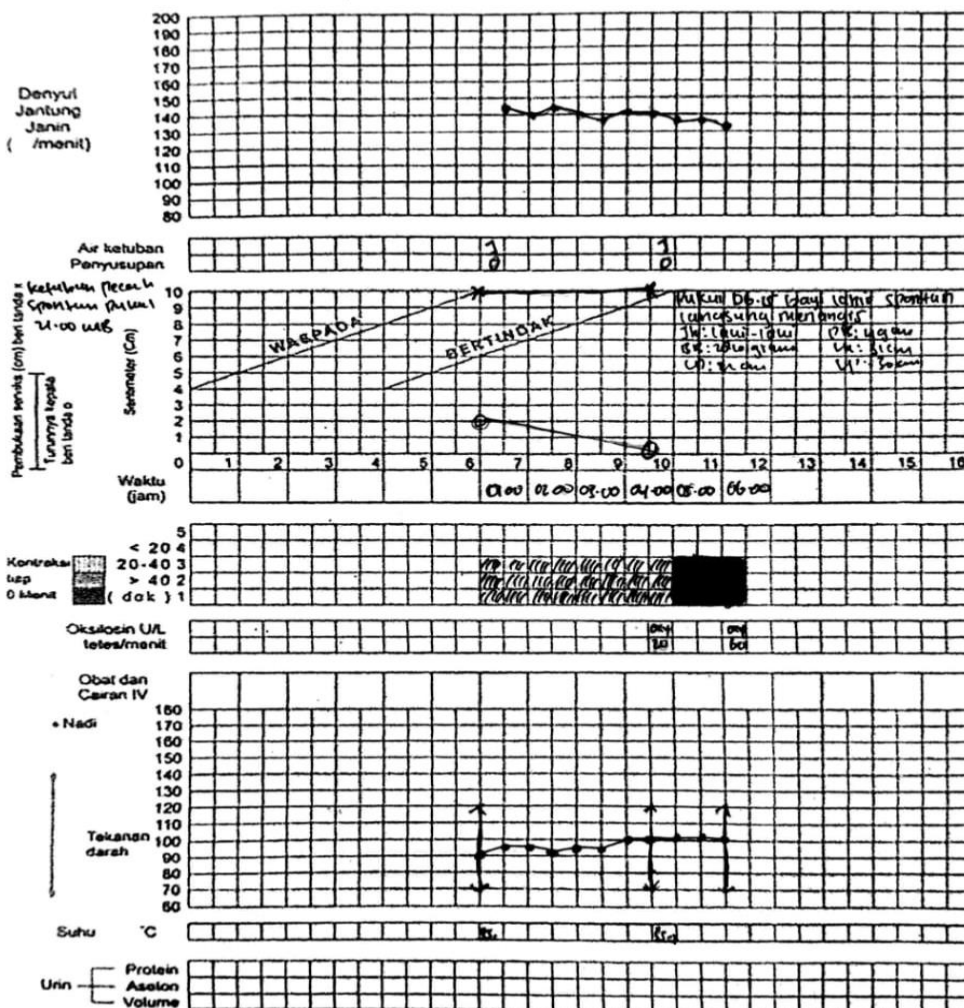
Siantar, R. L., & dkk. (2022). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Rena Cipta Mandiri.

world health organization. "WHO POSTPARTUM HAEMORRHAGE (PPH) SUMMIT." 2023. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/projects/mph/project-brief-pphsummit.pdf?sfvrsn=3b0e505a\\_6&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/projects/mph/project-brief-pphsummit.pdf?sfvrsn=3b0e505a_6&download=true).

### Lampiran Partograf

#### PARTOGRAF

No. Register: [ ] Nama Ibu: MY.F Umur: 29 tahun G: 3 P: 1 A: 1  
 No. Puskesmas: [ ] Tanggal: 20-1-2014 Jam: 04.50 Alamat: Mekar Sari  
 Ketuban pecah Sejak jam: 21.00 WIB mules sejak jam: [ ]



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : 20-5-2015
2. Nama badan : .....
3. Tempat Persalinan :  
 Rumah Ibu  Puskesmas  
 Poliklinik  Rumah Sakit  
 Klinik Swasta  Lainnya : .....
4. Alamat tempat persalinan : .....
5. Catatan :  Injak, 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. Pantogram melewati garis waspada  / T
10. Masalah lain, sebutkan : .....
11. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
12. Hasilnya : .....

**KALA II**

13. Episiotomi :  
 Ya, Indikasi : .....
14. Pendamping pada saat persalinan  
 Suami  Teman  Tidak ada  
 Keluarga  Dukun
15. Gawat Janin :  
 Ya, tindakan yang dilakukan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
 Tidak

16. Distosia beku :  
 Ya, tindakan yang dilakukan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : .....
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
19. Hasilnya : .....

**KALA III**

20. Lama kala III : 30 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U / ml ?  
 Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan  
 Tidak, alasan : .....
22. Pemberian uterin Oksitosin (2x) ?  
 Ya, alasan : *plakenta belum lepas*  
 Tidak
23. Penanganan tali pusat terkondah ?  
 Ya,  
 Tidak, alasan : .....

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

24. Masase fundus uteri ?  
 Ya,  
 Tidak, alasan : .....
25. Plasenta lahir lengkap (intact)  / Tidak  
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :  
 a. ....  
 b. ....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit  / Tidak  
 Ya, tindakan :  
 a. *plakenta plasenta*  
 b. ....  
 c. ....
27. Laserasi :  
 Ya, dimana : .....
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1  / 3 / 4  
 Tindakan :  
 Penjahitan, dengan / tanpa anastesi  
 Tidak dijahit, alasan : .....
29. Atoni uteri :  
 Ya, tindakan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : *150* ml
31. Masalah lain, sebutkan : .....
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
33. Hasilnya : .....

34. Berat badan : 2300 gram
35. Panjang : 48 cm
36. Jenis kelamin :  P /  L
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :  
 Normal, tindakan :  
 mengeringkan  
 menghangatkan  
 rangsang laktasi  
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu  
 Aspileta ringan/pucat/biru/emas, tindakan :  
 mengeringkan  bebaskan jalan napas  
 rangsang laktasi  menghangatkan  
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu  
 lain - lain sebutkan : .....
39. Cacat bawaan, sebutkan : .....
40. Hipotermi, tindakan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....
39. Pemberian ASI  
 Ya, waktu : ..... jam setelah bayi lahir  
 Tidak, alasan : .....
40. Masalah lain, sebutkan : .....
- Hasilnya : .....

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	01-00	100/60	80x/m	15.2	Yani terapan	Keras	Normal
	01-15	100/60	80x/m		Yani terapan	Keras	Normal
	01-30	100/60	80x/m		Yani terapan	Keras	Normal
2	01-45	100/60	80x/m		Yani terapan	Keras	Normal
	02-15	100/60	80x/m	16.5	Yani terapan	Keras	Normal
	02-45	100/60	80x/m		Yani terapan	Keras	Normal

Masalah kala IV :  
 Penatalaksanaan masalah tersebut :  
 Hasilnya :