

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. S USIA 28 TAHUN
P2A0 INPARTU KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA
DI RUANG PONEK RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi Diploma 3 Kebidanan

AJENG AULIA AZ ZAHRA
KHGB23040



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEBIDANAN**

2026

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Laporan Tugas Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (A.md.Keb), baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun perguruan 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 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 Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2026

AJENG AULIA AZ ZAHRA
KHGB23040

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LAPORAN TUGAS AKHIR

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. S USIA 28
TAHUN P2A0 INPARTU KALA III DENGAN RETENSIO
PLASENTA DIRUANG PONEK RSUD dr. SLAMET GARUT.**

NAMA : AJENG AULIAAZ ZAHRA

NIM : KHGB23040

**Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui Untuk Disidangkan Dihadapan Tim
Penguji Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan
Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.**

Garut, Juni 2026

Menyetujui,

Pembimbing



**Tri Wahyuni, S.ST., Bdn., M.Keb
NIP. 0420390107038**

**LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN KEBIDANAN IBU BERSALIN
NY. S USIA 28 TAHUN P2A0 INPARTU KALA III
DENGAN RETENSIO PLASENTA DIRUANG PONEK
RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : AJENG AULIA AZ ZAHRA

NIM : KHGB23040

Laporan Tugas Akhir ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmuan Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2026

Mengesahkan,

Pembimbing



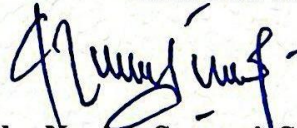
Tri Wahyuni, S.ST., Bdn., M.Keb
NIP. 042039.0107.038

Penela'ah I



Rosita Alvia, SST., M.K.M
NIP.042039.0412.106

Penela'ah II



Bdn. Naning Suryani, SST., M.Keb
NIP. 042039.1110.087

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII-Kebidanan



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIP. 042039.1009.064

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran illahi robbi yang maha sempurna Allah SWT, karena dengan rahmat, karunia, dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan salah satu tugas Laporan Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Ibu bersalin Pada Ny. S usia 28 tahun P2A0 Inpartu Kala III dengan Retensio Plasenta di ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut”.

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini penulis menyadari sepenuhnya akan segala kesalahan dan kekurangan, baik dalam penggalan materi maupun bahasanya, untuk itu penulis memohon kritik dan saran sebagai masukan yang S

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan, pengarahan, dan dukungan dari sebagian pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Dr. H. Hadiat, MA Selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, S.E., M.Si., Selaku Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep Selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep., Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

5. Lina Humaeroh, SST, M.Kes., Selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Tri Wahyuni, S.ST., Bdn., M.Keb Selaku yang telah memberikan bimbingan, arahan, motivasi, serta dukungan selama proses penyusunan Tugas Akhir ini. Terima kasih atas waktu, kesabaran, dan perhatian yang Ibu berikan. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan kesehatan, keberkahan, dan balasan terbaik atas segala kebaikan Ibu.
7. Rosita Alvia, SST., M.KM dan Bdn., Naning Suryani, SST., M.Keb Selaku penguji yang telah berkenan meluangkan waktu dan kesediaannya untuk menjadi penguji dalam Tugas Akhir ini. Penulis mengucapkan terima kasih atas perhatian dan dukungan yang diberikan.
8. RSUD dr. Slamet Garut, sebagai lahan praktik pengkajian kasus laporan tugas akhir.
9. Ny. S terima kasih telah bersedia menjadi klien pada kasus ini.
10. Cinta pertamaku, Bapak Jajang. Terima kasih atas kasih sayang, kerja keras, dan pengorbanan yang telah bapak diberikan, bapak memang tidak merasakann pendidikan bangku perkuliahan, namun bapak selalu memberikan yang terbaik, tak kenal lelah mendoakan serta memberikan perhatian dan dukungan sehingga penulis mampu menyelesaikan studi ini. Semoga Bapak senantiasa diberikan kesehatan dan kebahagiaan.
11. Ibunda tercinta dan pintu surgaku, Ibu Lilis, yang telah berpulang pada Agustus 2025 yang selalu penulis rindukan, yang selama masih hidup memberikan dukungan, motivasi, semangat dan doa, maaf karna belum

sempat penulis berikan kebahagiaan dan rasa bangga, maaf atas setiap hal yang belum mampu penulis usahakan, maaf karna belum mampu menjadi seperti yang mama inginkan. Terima kasih sudah melahirkan, merawat, dan membesarkan dengan penuh cinta dan kasih sayang. Tugas Akhir ini adalah wujud dari doa-doa dan harapan yang Mama titipkan dan mimpi yang mama tanamkan. Terima kasih sudah mengantarkan penulis berada ditempat ini, walaupun pada akhirnya penulis harus berjuang sendirian tanpa mama temani. Semoga Mama mendapatkan tempat terbaik di sisi Allah SWT dan selalu hidup dalam setiap langkah serta pencapaian penulis.

12. Kakak-kakak tercinta, Diana Nuramalia S.Pd., Angga Ghufuran S.Pd., Cucu Risti Rahayu A.Md.Kep., S.Pd., M.H dan Subhan Hilmi, S.T. Terima kasih telah hadir dalam kehidupan penulis, yang sejak awal telah menjadi teladan untuk sang adik, yang mengajarkan bagaimana menjadi orang memiliki keteguhan, kesabaran, dan memberikan arti kasih sayang yang tulus, penulis senantiasa bersyukur karna menjadi adik yang beruntung memiliki kakak seperti kalian. Dibalik segala pencapaian yang berhasil diraih, terdapat doa, dukungan, serta cinta yang tak pernah putus dari kalian. Keberuntungan penulis ialah memiliki kakak yang bukan hanya menjadi saudara, tetapi menjadi sahabat, tempat berbagi cerita, tempat belajar, serta tempat pulang ditengah dinamik kehidupan. Kehadiran kalian memberikan kekuatan dan keyakinan bagi penulis untuk terus melangkah, bahkan ketika keadaan terasa tidak mudah. Tidak ada rangkaian kata yang mampu sepenuhnya menggambarkan rasa terima kasih dan rasa bangga

terhadap kakak seperti kalian. Tugas akhir ini penulis bersembahkan sebagai bukti bahwa adik yang selama ini kalian jaga, dukung, sayangi dengan penuh ketulusan mampu menyelesaikan perjuangannya. Semoga pencapaian ini menjadi salah satu bentuk kebahagiaan dan kebanggaan yang dapat penulis persembahkan untuk kalian.

13. Adik terkasih, Salwa Fauziah Nur Rizki dan Ahsan Syauqi Adz-Dzakwan.

Terima kasih telah menjadi sumber kebahagiaan dan semangat bagi penulis. Hiduplah lebih baik dari kakakmu, teruslah berjuang dan jadilah pribadi yang selalu membawa kebanggaan bagi keluarga.

14. Keponakan-keponakan tercinta, Muhammad Zain Al-Jiyad dan Naziya

Hilya Ramadhani. Terimakasih atas kelucuan-kelucuan kalian yang membuat penulis senang, sehingga penulis semangat untuk mengerjakan tugas akhir ini sampai selesai.

15. Keluarga besar yang selalu senantiasa menyertai dengan doa, dukungan

tulus, sepanjang perjalanan ini. Dengan tulus dan penuh rasa syukur penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tiada hentinya, terima kasih selalu menjadi support system dalam setiap langkah penulis.

16. Seseorang yang tak kalah penting kehadirannya, yang sama sedang

memperjuangkan gelarnya yaitu Eka Nuryana. Terima kasih sudah kebersamai penulis, berjuang bersama, memberikan semangat, motivasi support, dan selalu ada dalam kondisi apapun selama proses penyusunan Tugas Akhir ini. Terima kasih telah menjadi bagian penting dalam perjalanan penulis hingga saat ini sekaligus menjadi saksi tercapainya

impian penulis, terima kasih atas waktu, doa yang dilangitkan, serta seluruh hal baik yang diberikan selama ini. Terima kasih telah berjuang bersama sampai titik ini..

17. Sahabat – sahabat penulis Tria Aulia, Nurazizah, Mella meliana, Kholifah Aprilia, Siti Maghfiroh, Najwa amalia, Jauza, meskipun kita berada jauh, tapi tidak pernah kalian berhenti memberikan semangat, perhatian, nasihat arahan serta bantuan dengan tulus tanpa pamrih. Terima kasih atas kepedulian, kesabaran, dan ketulusan yang selalu kalian berikan. Terima kasih karena tetap tinggal, bahkan ketika hidup mulai sibuk dengan urusannya masing-masing.
18. Sahabat-sahabat “*GATASMA*”, Mala, Inggit, Shintia, Sasa, Ana, Upi, Nuroniah, Ilham, Uni, Susi, Sopa dan Marwah. Terima kasih sudah menjadi bagian perjalanan terindah bagi penulis.
19. Kepada Riskia Azzahra dan Elsy Wulan, terima kasih telah membuktikan bahwa persahabatan di perkuliahan dapat bertahan hingga akhir. Terima kasih untuk semua hari yang kita lewati bersama. Untuk tawa yang meledak di saat yang tidak tepat, kalian adalah bagian dari proses yang menjadikan penulis seperti sekarang. Terima kasih sudah menjadi salah satu alasan masa kuliah ini terasa lebih ringan dan lebih berwarna.
20. Terima kasih kepada rekan-rekan mahasiswa seperjuangan program studi D3 Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan masukan dan motivasi. Berjuang bersama kalian adalah

pengalaman yang tidak akan pernah aku lupakan. Semoga kita semua sukses dan bertemu kembali pada versi terbaik masing-masing.

21. Untuk semua orang yang pernah terlibat yang tidak semua nama bisa penulis sebutkan. Mungkin tidak semua momen bisa penulis ceritakan. Untuk yang pernah memberikan semangat, untuk yang pernah hadir di saat sulit, terima kasih sudah menjadi bagian dari proses panjang ini. Semoga Allah membalas semua kebaikan yang pernah kalian berikan.
22. Terakhir untuk diri sendiri, apresiasi sebesar-besarnya yang telah berjuang untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Terima kasih telah bertahan ketika tidak ada yang benar-benar mengerti beratnya menjadi kuat. terimakasih untuk tetap hidup dan merayakan dirimu sendiri, walaupun sering kali putus asa atas apa yang sedang diusahakan. Tetaplah menjadi manusia yang mau berusaha dan tidak lelah untuk mencoba, ini bukanlah akhir perjalanan, ini adalah satu simpul impian kita, yang masih meraba menyusuri titik akhirnya. Semoga kedepanya, kau tetap lembut kepada diri sendiri, tetep berani bermimpi tanpa takut gagal, dan tetap ingat bahwa segala pencapaian ini lahir dari keberanianmu untuk tidak menyerah. Jika suatu hari kembali lelah, bacalah namamu sendiri dan ingat; kau pernah sampai sejauh ini.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Metode Pengumpulan Data	6
1.4.1 Wawancara.....	6
1.4.2 Observasi	7
1.4.3 Dokumentasi	7
1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian	7
1.6 Manfaat Penulis.....	7
1.6.1 Manfaat Bagi Penulis.....	7
1.6.2 Manfaat Bagi Institusi.....	7
1.6.3 Bagi Lahan Praktik	8
1.6.4 Bagi Pasien	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.2 Retensio Plasenta.....	9
2.2.1 Pengertian Retensio Plasenta	9
2.2.2 Faktor Penyebab Retensio Plasenta	10

2.2.3 Etiologi.....	11
2.2.4 Patofisiologi.....	17
2.2.5 Jenis-Jenis Retensio Plasenta.....	19
2.2.6 Tanda dan Gejala Retensio Plasenta	22
2.2.7 Kegawatdaruratan	24
2.2.8 Diagnosis	25
2.2.9 Penanganan Retensio Plasenta.....	30
2.3 Manual Plasenta	32
2.3.1 Pengertian	32
2.3.2 Indikasi Komplikasi.....	33
2.3.3 Tindakan Manual Plasenta.....	33
2.3.4 Kewenangan Bidan.....	33
2.3.5 Prosedur Manual Plasenta.....	35
2.4 Pendokumentasian.....	38
2.4.1 Pengertian	38
2.4.2 Fungsi dan Tujuan Dokumentasi	38
2.4.3 Metode Dokumentasi SOAP.....	42
BAB III TINJAUAN KASUS	50
3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Ny. S Usia 28 Tahun P2A0 Inpartu Kala III dengan Retensio Plasenta di ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut.....	50
3.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Ny. S usia 28 Tahun P2A0 Post Partum 8 Jam Post Retensio Plasenta	64
BAB IV PEMBAHASAN.....	73
4.1 Data Subjektif.....	73
4.2 Data Objektif.....	75
4.3 Analisa.....	77

4.4 Penatalaksanaan.....	79
4.5 Pendokumentasian.....	84
BAB V PENUTUP	86
5.1 Kesimpulan.....	86
5.2 Saran.....	87
5.2.1 Bagi Penulis	87
5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan	87
5.2.3 Bagi Tenaga Kesehatan	87
5.2.4 Bagi Pelayanan Kesehatan.....	88
5.2.5 Bagi Pasien dan Keluarga	88
5.2.6 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	89
DAFTAR PUSTAKA.....	90
LAMPIRAN.....	95

DAFTAR GAMBAR

2.1 Gambar Manual Plasenta.....	32
2.2 Gambar Diagram Penatalaksanaan Retensio Plasenta.....	34
2.3 Gambar SOP Penanganan Pendarahan Pasca Salin.....	45

DAFTAR TABEL

3.1 Tabel Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu.....	52
3.2 Tabel Lembar Observasi Kala IV	63
3.3 Matriks Hubungan Antara Teori dan Kasus.....	68

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO), menegaskan bahwa kematian ibu, yakni kematian yang terjadi selama kehamilan, persalinan, atau dalam 42 hari setelahnya, masih menjadi masalah kesehatan global yang serius sekaligus indikator penting derajat kesehatan suatu negara. Pada tahun 2023, tercatat sekitar 260.000 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan dengan AKI global sebesar 197 per 100.000 kelahiran hidup, dan lebih dari 90% kasus terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah bawah. Perdarahan, hipertensi, infeksi, dan keterbatasan akses layanan kesehatan menjadi faktor utama penyebabnya, meski WHO menekankan bahwa sebagian besar kematian tersebut sebenarnya dapat dicegah melalui pelayanan maternal yang berkualitas, sehingga penurunan angka kematian ibu tetap menjadi prioritas dalam pembangunan kesehatan global, termasuk di Indonesia (World Health Organization, 2025).

Di Indonesia, kematian ibu masih menjadi persoalan kesehatan yang membutuhkan perhatian serius, dengan total 4.129 kasus kematian ibu tercatat pada tahun 2023 berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia yang diterbitkan Kementerian Kesehatan. Meskipun pemerintah telah berupaya melalui peningkatan akses layanan kesehatan ibu hamil, persalinan oleh tenaga terlatih, pelayanan nifas, serta penguatan sistem rujukan, kematian ibu masih

terus terjadi dengan penyebab terbanyak yaitu hipertensi dalam kehamilan sebanyak 412 kasus, diikuti perdarahan obstetrik 360 kasus, dan komplikasi obstetrik lainnya 204 kasus. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan kualitas pelayanan kesehatan maternal masih menjadi prioritas utama dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Indonesia (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Pendarahan obstetri merupakan penyebab terbesar yang melatarbelakangi kematian ibu. Dari seluruh kasus pendarahan pasca persalinan yang terjadi, sekitar 15 hingga 20 persen diantaranya dipicu oleh kondisi retensio plasenta (World Health Organization, 2023). Kondisi ini termasuk ke dalam salah satu faktor penyebab langsung pendarahan pada ibu setelah melahirkan. seperti telah dijelaskan sebelumnya, perdarahan pasca persalinan menjadi kontributor kematian ibu terbesar di Indonesia, dengan angka yang tercatat mencapai 1.280 kasus per 100.000 kelahiran hidup (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2025, kematian ibu tercatat sebanyak 646 kasus atau 88,78 per 100.000 kelahiran hidup, turun 103 kasus dibandingkan tahun 2024 yang mencapai 749 kasus, sehingga semakin mendekati target nasional RPJMN 2025–2029 sebesar 77 per 100.000 kelahiran hidup. Meski menunjukkan kemajuan, AKI masih memerlukan perhatian serius melalui peningkatan pelayanan maternal, deteksi dini komplikasi, dan penguatan sistem rujukan, mengingat penyebab utama kematian ibu di Jawa Barat didominasi oleh komplikasi non-obstetrik (28,8%),

perdarahan (27,2%), dan hipertensi dalam kehamilan (25,4%) yang bersama-sama menyumbang lebih dari 80% dari seluruh kasus kematian ibu (profil kesehatan, 2025).

Kematian ibu dan bayi masih menjadi salah satu indikator penting dalam menilai derajat kesehatan masyarakat. Kabupaten Garut masih menghadapi tantangan dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, pada tahun 2024 tercatat sebanyak 50 kasus kematian ibu dan 357 kasus kematian bayi. Kondisi ini menunjukkan bahwa upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak masih perlu diperkuat melalui peningkatan akses pelayanan kesehatan, deteksi dini faktor risiko kehamilan, persalinan yang aman, serta pelayanan neonatal yang komprehensif (Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, 2024).

Kabupaten Garut masih termasuk daerah dengan angka kematian ibu (AKI) yang tinggi di Jawa Barat. Bupati Garut menyebutkan bahwa pada tahun 2024 terdapat 50 kasus kematian ibu, menempatkan Kabupaten Garut pada peringkat kedua tertinggi di Jawa Barat (Pemerintah Kabupaten Garut, 2025). Tingginya AKI dipengaruhi oleh faktor medis seperti perdarahan, preeklampsia, eklampsia, infeksi, dan penyakit penyerta, serta faktor keterlambatan dalam pengenalan tanda bahaya dan akses ke fasilitas kesehatan. Hal ini menegaskan bahwa peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu sejak kehamilan hingga masa nifas masih menjadi prioritas pembangunan kesehatan di daerah (Pemerintah Kabupaten Garut, 2025).

Retensio plasenta merupakan suatu keadaan di mana plasenta masih tetap berada di dalam rahim lebih dari 30 hingga 60 menit pasca persalinan, sehingga perlu dilakukan upaya penanganan yang baik dan benar yang dapat diwujudkan dengan upaya peningkatan ketrampilan tenaga kesehatan khususnya dalam pertolongan persalinan (Zuitasari, 2025). 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 (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Beberapa penelitian telah mengidentifikasi berbagai faktor yang berhubungan dengan terjadinya retensio plasenta pada ibu bersalin. Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Kota Mataram menunjukkan bahwa usia, paritas, dan riwayat persalinan dengan seksio sesarea memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian retensio plasenta pada ibu post partum (Yatiningsih et al., 2023). Selain itu, retensio plasenta juga dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor lain seperti jarak kehamilan, anemia, partus lama, preeklamsia, kehamilan ganda, atonia uteri, plasenta previa, perlekatan plasenta yang abnormal, kelainan kongenital uterus, induksi persalinan, persalinan preterm, riwayat retensio plasenta sebelumnya, serta riwayat tindakan manual plasenta (Syalfina et al., 2021). Beragamnya faktor risiko tersebut menegaskan pentingnya deteksi dini pada ibu bersalin dengan karakteristik berisiko, sehingga penanganan retensio plasenta dapat dilakukan secara cepat dan tepat guna mencegah komplikasi seperti perdarahan dan infeksi.

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 IBU BERSALIN PADA NY. S USIA 28 TAHUN P2A0 INPARTU KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DI RUANG PONEK RSUD dr. SLAMET GARUT”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas penulis dapat merumuskan “Bagaimanakah Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. S usia 28 tahun P2A0 Inpartu kala III dengan Retensio Plasenta di ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. S usia 28 tahun P2A0 Inpartu Kala III dengan Retensio Plasenta di ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut dengan pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. S usia 28 tahun P2A0 inpartu kala III dengan retensio plasenta di ruang Ponex RSUD dr. Slamet Garut.
- 2) Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. S usia 28 tahun P2A0 inpartu kala III dengan retensio plasenta di ruang Ponex RSUD dr. Slamet Garut.
- 3) Menetapkan analisa asuhan kebidanan pada Ny. S usia 28 tahun P2A0 inpartu kala III dengan retensio plasenta di ruang Ponex RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. S usia 28 tahun P2A0 inpartu kala III dengan retensio plasenta di ruang Ponex RSUD dr. Slamet Garut.
- 5) Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. S usia 28 tahun P2A0 inpartu kala III dengan retensio plasenta di ruang Ponex RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Metode Pengumpulan Data

Penulis melakukan asuhan kebidanan secara langsung kepada pasien. Adapun teknik pengumpulan data yaitu dengan cara:

1.4.1 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.

1.4.2 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.

1.4.3 Dokumentasi

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

1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian

Tempat pengkajian Laporan Tugas Akhir ini yaitu di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut. Adapun waktu penelitian pada tanggal 02 Maret 2026 - 03 Maret 2026.

1.6 Manfaat Penulis

1.6.1 Manfaat Bagi Penulis

Meningkatkan kemampuan penulis dalam menerapkan teori kebidanan ke dalam asuhan kebidanan pada kasus retensio plasenta secara komprehensif sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

1.6.2 Manfaat Bagi Institusi

Menjadi bahan referensi dan sumber informasi bagi mahasiswa dalam mempelajari asuhan kebidanan pada kasus retensio plasenta.

1.6.3 Bagi Lahan Praktik

Membantu meningkatkan penerapan asuhan kebidanan yang sesuai dengan standar dan *evidence based practice*.

1.6.4 Bagi Pasien

Membantu pasien memperoleh pelayanan kebidanan yang lebih optimal, aman, dan berkualitas. Membantu pasien memperoleh pelayanan kebidanan yang lebih optimal, aman, dan berkualitas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.2 Retensio Plasenta

2.2.1 Pengertian Retensio Plasenta

Retensio plasenta merupakan suatu kondisi dimana plasenta gagal terlepas atau keluar dalam kurun waktu 30 menit atau lebih setelah bayi dilahirkan, meskipun manajemen aktif kala III sudah dijalankan. Kondisi ini umumnya dipicu oleh lemahnya kontraksi rahim atau adanya perlekatan yang tidak normal antara plasenta dengan dinding rahim. Retensio plasenta termasuk dalam salah satu faktor penyebab utama perdarahan setelah persalinan, sehingga penanganan yang cepat dan tepat sangat diperlukan guna mencegah timbulnya komplikasi yang lebih serius (Ramadan et al., 2025).

Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum berhasil lahir dalam waktu lebih dari 30 menit pascapersalinan bayi, meskipun manajemen aktif kala III telah dilaksanakan. Kondisi ini dapat dipicu oleh berbagai faktor, diantaranya kelahiran prematur dan plasenta akreta. Penanganan yang tidak tepat berisiko menimbulkan berbagai komplikasi berbahaya, seperti perdarahan, infeksi, maupun cedera pada sistem genitalia (Pratami, 2021).

Plasenta yang tertahan didalam rahim harus segera dikeluarkan, mengingat keberadaannya dapat memicu perdarahan serius serta berpotensi menimbulkan infeksi karena tubuh menganggapnya sebagai benda asing. Keterlambatan dalam pengeluaran plasenta, yakni apabila melebihi batas waktu 30 menit setelah bayi lahir, menjadi kondisi yang memerlukan penanganan medis segera guna mencegah dampak yang lebih membahayakan bagi ibu (Pratami, 2021).

2.2.2 Faktor Penyebab Retensio Plasenta

Beberapa faktor diketahui berperan dalam meningkatkan kemungkinan terjadinya retensio plasenta, diantaranya adalah usia ibu, jumlah persalinan sebelumnya (paritas), riwayat kuretase maupun prosedur medis lainnya yang pernah dilakukan pada rahim, adanya trauma pada rahim, serta rentang waktu antar kehamilan. Ibu dengan usia lebih dari 35 tahun dan yang telah menjalani banyak persalinan sebelumnya (grandemultipara) terbukti memberikan kontribusi yang signifikan terhadap kejadian ini. Disamping itu, prosedur medis invasif yang pernah dilakukan sebelumnya, seperti kuretase, berpotensi meninggalkan bekas jaringan parut pada dinding rahim yang kemudian dapat mendorong terbentuknya perlekatan tidak normal, sehingga memperbesar risiko plasenta untuk tidak dapat lahir dengan sendirinya setelah persalinan berlangsung (Damanik et al., 2024).

2.2.3 Etiologi

Penyebab retensio plasenta adalah :

1) Faktor Uterus

a. Riwayat Sectio Caesarea

Riwayat Sectio Caesarea adalah tindakan persalinan yang dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding uterus yang masih utuh untuk melahirkan bayi dengan berat lebih dari 500 gram. Riwayat operasi ini pada persalinan sebelumnya juga diketahui menjadi salah satu faktor risiko terjadinya retensio plasenta. Sectio caesarea dapat memicu terjadinya perlekatan plasenta yang tidak normal pada kehamilan berikutnya. Kondisi ini terjadi akibat adanya trauma pada endometrium sebagai dampak dari prosedur operasi yang pernah dijalani sebelumnya, sehingga menimbulkan gangguan pada pola perlekatan plasenta. Gangguan tersebut dapat bervariasi tingkat keparahannya, mulai dari plasenta adherent, plasenta akreta, hingga kondisi yang paling berat yaitu plasenta perkreta (Septian Suci Yatiningsih et al., 2023).

b. Riwayat Kuretase

Riwayat Kuretase merupakan salah satu faktor risiko terjadinya retensio plasenta. Bekas luka akibat tindakan kuretase dapat mengakibatkan plasenta berimplantasi lebih dalam di dalam uterus, sehingga perkembangan desidua menjadi kurang optimal

dan tidak memadai, yang pada akhirnya menyebabkan villi plasenta melekat langsung pada miometrium., dan bahkan sampai menembus endometrium dan peritoneum (Alfitri et al., 2022).

c. Kehamilan Ganda

Pada kehamilan ganda, dibutuhkan area implantasi plasenta yang lebih luas dibandingkan kehamilan tunggal, guna memenuhi kebutuhan nutrisi dan oksigen bagi lebih dari satu janin yang berkembang didalam uterus (Prawirohardjo, 2020).

d. Riwayat Manual Plasenta

Manual plasenta merupakan suatu tindakan pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding uterus yang kemudian dikeluarkan dari cavum uteri secara manual. Istilah manual dalam prosedur ini mengacu pada penggunaan tangan penolong persalinan yang dimasukkan langsung ke dalam cavum uteri untuk melakukan invasi dan manipulasi guna melepaskan plasenta. Adapun indikasi dilakukannya tindakan manual plasenta adalah retensio plasenta, yaitu kondisi dimana plasenta tidak dapat lahir secara spontan setelah persalinan berlangsung (Prawirohardjo, 2020).

2) Faktor Maternal

a. Usia

Salah satu faktor risiko terjadinya retensio plasenta adalah usia ibu bersalin yang tergolong berisiko tinggi, yakni pada usia

kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun. Pada usia kurang dari 20 tahun, fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang secara sempurna, sehingga kondisi ini menjadikannya rentan terhadap berbagai komplikasi dalam proses persalinan. Sementara itu, pada usia lebih dari 35 tahun, fungsi reproduksi wanita telah mengalami penurunan dibandingkan kondisi normal, yang mengakibatkan meningkatnya kemungkinan terjadinya komplikasi pascapersalinan, terutama perdarahan akibat retensio plasenta (Christin Rimeta Lubis et al., 2024).

b. Pendidikan

Berdasarkan penelitian dalam jurnal *Factors Affecting the Incidence of Placental Retention in Pregnant* tahun 2025, tingkat pendidikan ibu merupakan salah satu faktor yang turut memengaruhi kejadian retensio plasenta. Ibu dengan tingkat pendidikan rendah cenderung memiliki pengetahuan yang terbatas mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan secara rutin, deteksi dini komplikasi, serta penanganan persalinan yang tepat. Kondisi ini pada akhirnya dapat meningkatkan risiko terjadinya berbagai komplikasi obstetri, termasuk retensio plasenta. Oleh karena itu, penelitian tersebut menegaskan bahwa karakteristik ibu seperti tingkat pendidikan perlu mendapat perhatian serius sebagai bagian dari upaya pencegahan

komplikasi persalinan dan peningkatan kesehatan maternal secara menyeluruh (Affecting et al., 2025).

c. Paritas

Paritas merujuk pada jumlah kelahiran hidup atau jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang wanita. Kejadian retensio plasenta seringkali ditemukan pada ibu dengan paritas multipara maupun grandemultipara, dimana implantasi plasenta yang terjadi dapat berupa plasenta adhesiva, akreta, inkreta, hingga perkreta.

Ibu dengan multiparitas cenderung lebih rentan mengalami retensio plasenta karena bekas implantasi plasenta dari persalinan sebelumnya dapat menimbulkan kecacatan pada endometrium serta berkurangnya vaskularisasi di area tersebut. Kondisi ini selanjutnya dapat mengganggu kontraksi otot rahim dan berpotensi menimbulkan perdarahan pascapersalinan. Dengan demikian, semakin tinggi paritas seorang ibu, semakin besar pula risiko terjadinya kelainan pada tempat implantasi plasenta yang dapat memicu retensio plasenta (Yatiningsih et al., 2023).

d. Jarak Antar Kelahiran

Kehamilan dengan jarak yang terlalu dekat dari persalinan sebelumnya dapat menimbulkan risiko bagi ibu maupun janin. Kondisi ini terjadi karena rahim yang belum sepenuhnya pulih

tidak mampu memaksimalkan pembentukan cadangan nutrisi yang dibutuhkan, sehingga berdampak kurang baik bagi kesehatan ibu maupun perkembangan bayi yang dikandungnya (Prawirohardjo, 2020).

e. Riwayat Persalinan

Ibu yang memiliki riwayat komplikasi pada persalinan sebelumnya cenderung berisiko mengalami komplikasi serupa pada persalinan berikutnya. Riwayat komplikasi tersebut dapat mencakup berbagai kondisi seperti abortus, sectio sesarea, vakum, kematian janin, eklamsia, preeklamsia, infeksi, maupun perdarahan antepartum. Apabila ibu pernah mengalami salah satu atau beberapa kondisi tersebut pada persalinan sebelumnya, maka risiko terjadinya retensio plasenta pada persalinan selanjutnya akan semakin meningkat (Prawirohardjo, 2020).

f. Anemia

Anemia selama kehamilan merupakan masalah kesehatan yang memberikan dampak signifikan terhadap kesejahteraan ibu maupun janin. Kondisi ini terjadi ketika jumlah sel darah merah atau konsentrasi hemoglobin dalam darah mengalami penurunan. Ibu hamil dikategorikan mengalami anemia apabila kadar hemoglobinnya berada di bawah 11 gr/dl pada trimester pertama dan ketiga, atau di bawah 10,5 gr/dl pada trimester kedua. Kondisi tersebut terjadi karena produksi sel darah merah tidak mencukupi

untuk mempertahankan kadar hemoglobin dalam batas normal selama masa kehamilan berlangsung (WHO, 2025).

Sebuah penelitian systematic review menyebutkan bahwa anemia prenatal berat secara signifikan dapat meningkatkan risiko perdarahan postpartum. Anemia pada ibu hamil menyebabkan kadar hemoglobin dalam darah menurun, sehingga kemampuan darah dalam mengantarkan oksigen ke jaringan tubuh menjadi berkurang. Kurangnya suplai oksigen tersebut berdampak pada melemahnya kekuatan kontraksi otot uterus setelah persalinan, sehingga proses pelepasan plasenta menjadi terganggu dan plasenta sulit keluar secara spontan, yang pada akhirnya dapat memicu terjadinya retensio plasenta. Selain itu, anemia juga menyebabkan kondisi fisik ibu menjadi lebih lemah secara keseluruhan, sehingga turut meningkatkan risiko terjadinya komplikasi persalinan, khususnya perdarahan postpartum. Dengan demikian, semakin rendah kadar hemoglobin ibu hamil, maka semakin tinggi pula risiko terjadinya perdarahan postpartum yang disebabkan oleh retensio plasenta (Omotayo et al., 2021).

g. Tidak Melakukan Manajemen Aktif Kala III

Tidak dilakukannya manajemen aktif kala III dapat mengakibatkan kontraksi uterus yang tidak adekuat, sehingga pelepasan plasenta menjadi terlambat dan risiko retensio plasenta

pun meningkat. Apabila plasenta tidak lahir dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir, kondisi tersebut dapat dikategorikan sebagai retensio plasenta. Hal ini terjadi karena uterus tidak mampu berkontraksi dengan baik sehingga plasenta tetap melekat pada dinding uterus dan tidak dapat keluar secara spontan. Retensio plasenta yang tidak segera ditangani berpotensi menimbulkan komplikasi serius seperti perdarahan postpartum, anemia, infeksi puerperium, syok hipovolemik, hingga kematian ibu apabila kehilangan darah berlangsung terus-menerus.

Manajemen aktif kala III yang meliputi pemberian uterotonika, penegangan tali pusat terkendali, dan masase uterus telah terbukti efektif dalam mendukung kontraksi uterus serta mempercepat proses pelepasan plasenta. Oleh karena itu, pelaksanaan manajemen aktif kala III menjadi hal yang sangat penting untuk dilakukan oleh tenaga kesehatan sebagai upaya pencegahan komplikasi persalinan, khususnya retensio plasenta dan perdarahan postpartum, guna menekan angka morbiditas dan mortalitas maternal (Syalfina et al., 2021).

2.2.4 Patofisiologi

Patofisiologi retensio plasenta menurut (Siantar et al., 2022), dapat dibagi menjadi tiga mekanisme utama yang masing-masing dapat mengganggu proses pelepasan dan ekspulsi plasenta secara normal dari uterus.

1) Invasif Plasenta

Mekanisme ini terjadi akibat perlekatan plasenta yang tidak normal, yang disebabkan oleh trauma pada endometrium akibat prosedur operasi sebelumnya. Kondisi tersebut menimbulkan kelainan pada perlekatan plasenta yang dapat bervariasi mulai dari plasenta adherent, akreta, hingga perkreta. Kelainan perlekatan ini menghambat proses pelepasan plasenta sehingga berujung pada retensio plasenta. Mekanisme ini umumnya berkaitan dengan karakteristik pasien dan riwayat obstetrik yang dimiliki.

2) Hipoperfusi Plasenta

Hubungan antara hipoperfusi plasenta dengan retensio plasenta ditandai dengan adanya oxidative stress yang diakibatkan oleh remodeling arteri spiral yang tidak lengkap serta plasentasi yang dangkal. Kondisi ini umumnya ditemukan pada kasus hipoperfusi plasenta yang disertai retensio plasenta, dan berkaitan erat dengan berbagai komplikasi kehamilan yang berhubungan dengan plasenta.

3) Kontraksi yang Tidak Adekuat

Mekanisme ketiga yang dapat menyebabkan retensio plasenta adalah tidak adekuatnya kontraksi pada retro-placental myometrium. Lemahnya kontraksi pada area tersebut mengakibatkan plasenta tidak dapat terlepas dan keluar secara normal setelah persalinan berlangsung. Apabila plasenta belum lepas sama sekali dari dinding uterus, umumnya tidak terjadi perdarahan. Namun apabila plasenta

hanya lepas sebagian, perdarahan akan terjadi dan menjadi indikasi untuk segera mengeluarkan plasenta tersebut. Terdapat beberapa kondisi yang dapat menyebabkan plasenta tidak lepas secara normal. Pertama, kontraksi uterus yang kurang kuat sehingga tidak mampu melepaskan plasenta atau yang dikenal sebagai plasenta adhesiva.

Kedua, perlekatan yang terlalu erat akibat vili korialis yang menembus desidua hingga ke bawah peritoneum, sebagaimana terjadi pada plasenta akreta hingga perkreta. Ketiga, plasenta yang sebenarnya sudah lepas dari dinding uterus namun belum berhasil keluar akibat penanganan kala III yang kurang tepat, sehingga terbentuk lingkaran kontraksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta atau disebut inkarserasi plasenta. Pada proses pelepasan plasenta, perdarahan selalu terjadi karena sinus-sinus maternalis di tempat insersi pada dinding uterus akan terbuka. Apabila sebagian plasenta lepas sementara sebagian lainnya belum, perdarahan terjadi karena uterus tidak dapat berkontraksi dan beretraksi dengan baik pada batas antara kedua bagian tersebut. Lebih lanjut, apabila sebagian besar plasenta telah lepas namun sebagian kecil masih melekat pada dinding uterus, perdarahan dapat timbul pada masa nifas (Siantar et al., 2022).

2.2.5 Jenis-Jenis Retensio Plasenta

Menurut (Syalfina et al., 2021), jenis-jenis perlekatan plasenta yang abnormal, antara lain sebagai berikut :

1) Plasenta Adhesiva

Plasenta adhesiva merupakan kondisi di mana plasenta belum dapat terlepas dari dinding uterus setelah bayi lahir akibat kontraksi uterus yang kurang adekuat, sehingga villi plasenta masih melekat pada lapisan desidua. Kondisi ini merupakan jenis retensio plasenta yang paling sering dijumpai. Meskipun perlekatan plasenta masih dalam batas normal, proses pelepasannya terganggu akibat lemahnya kontraksi otot uterus.

Beberapa faktor yang dapat memicu kondisi ini antara lain partus lama, kelelahan ibu saat persalinan, anemia, serta tidak dilakukannya manajemen aktif kala III. Apabila tidak segera ditangani, plasenta adhesiva dapat mengakibatkan perdarahan postpartum karena uterus tidak mampu berkontraksi dengan baik pascapersalinan.

2) Plasenta Akreta

Plasenta akreta adalah suatu kondisi abnormal di mana villi korion melekat terlalu dalam pada lapisan miometrium uterus sehingga plasenta sulit dilepaskan secara normal setelah persalinan. Pada kondisi ini, lapisan desidua basalis mengalami gangguan sehingga plasenta menempel lebih kuat dari biasanya. Kondisi ini dapat menyebabkan perdarahan postpartum yang berat karena sebagian atau seluruh plasenta tetap tertanam pada dinding uterus. Faktor risiko plasenta akreta meliputi riwayat operasi sesar, kuretase

berulang, plasenta previa, serta riwayat retensio plasenta sebelumnya. Penanganannya seringkali memerlukan tindakan manual plasenta bahkan operasi apabila perdarahan tidak dapat dikendalikan.

3) Plasenta Inkarserata

Plasenta inkarserata merupakan keadaan di mana plasenta sebenarnya telah terlepas dari dinding uterus, namun tidak dapat keluar karena tertahan di dalam rongga uterus akibat serviks yang telah menutup sebagian atau seluruhnya sebelum plasenta lahir. Kondisi ini biasanya ditandai dengan uterus yang berkontraksi baik namun plasenta belum lahir setelah lebih dari 30 menit. Faktor penyebabnya dapat berupa spasme serviks maupun kesalahan dalam penatalaksanaan kala III persalinan. Apabila tidak segera ditangani, kondisi ini dapat menyebabkan perdarahan postpartum sekaligus meningkatkan risiko infeksi puerperium.

4) Plasenta Perkreta

Plasenta perkreta merupakan bentuk paling berat dari plasenta akreta, yaitu kondisi ketika villi korion menembus seluruh lapisan miometrium hingga mencapai serosa uterus, bahkan dapat melekat pada organ di sekitarnya seperti kandung kemih. Kondisi ini sangat berbahaya karena berpotensi menyebabkan perdarahan masif saat proses pelepasan plasenta. Plasenta perkreta sering ditemukan pada ibu dengan riwayat operasi sesar berulang atau plasenta previa. Penanganannya biasanya memerlukan tindakan operasi besar seperti

histerektomi guna menyelamatkan nyawa ibu akibat tingginya risiko perdarahan dan syok hipovolemik.

5) Plasenta Inkreta

Plasenta inkreta adalah kondisi di mana villi korion menembus lebih dalam ke dalam lapisan miometrium uterus, namun belum sampai menembus seluruh dinding uterus. Kondisi ini merupakan bentuk sedang dari spektrum plasenta akreta, di mana plasenta melekat sangat kuat sehingga sulit dilepaskan secara normal setelah persalinan. Hal ini dapat menyebabkan perdarahan postpartum yang cukup berat karena sebagian jaringan plasenta tetap tertanam di dalam uterus. Faktor risiko plasenta inkreta meliputi riwayat operasi sesar, kuretase berulang, usia ibu yang tinggi, serta riwayat plasenta previa. Penanganannya seringkali memerlukan tindakan manual plasenta, transfusi darah, hingga tindakan operasi apabila perdarahan tidak dapat dikendalikan (Syalfina et al., 2021).

2.2.6 Tanda dan Gejala Retensio Plasenta

Menurut (Siantar et al., 2022), 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. Pendarahan.
 - c. Kontraksi uterus kurang baik.
 - d. Pada eksplorasi jalan lahir tidak ada robekan

2) Tanda dan gejala yang kadang terjadi

- a. Tali pusat putus akibat traksi berlebihan
- b. Inversion uteri akibat tarikan
- c. Pendarahan

Menurut (Prawirohardjo, 2020), terdapat beberapa langkah dalam menangani retensio plasenta:

1) Penanganan awal

Pasien yang mengalami perdarahan berat atau ketidakstabilan hemodinamik perlu segera distabilkan. Resusitasi cairan dilakukan dengan cepat apabila kondisi pasien tidak stabil atau perkiraan kehilangan darah melebihi 1000 mL. Oksigen diberikan melalui masker wajah sebesar 5–10 L/menit, dipasang dua jalur infus, dan cairan kristaloid seperti ringer laktat diberikan hingga 2 liter sebagai permulaan.

2) Penegangan Tali Pusat Terkendali

Teknik ini digunakan untuk mengeluarkan plasenta yang tertahan atau terjepit, serta merangsang pelepasan plasenta yang masih menempel. Umumnya dilakukan menggunakan manuver Brandt-Andrews, di mana satu tangan menahan fundus uteri sementara tangan lainnya menarik tali pusat secara terarah.

3) Intervensi Obat-obatan

Beberapa jenis obat seperti oksitosin, carboprost tromethamine, dan nitroglicerine dapat digunakan untuk

memperbaiki kontraksi rahim dan mengendalikan perdarahan. Oksitosin diberikan secara intravena atau intramuskular dengan dosis 10 IU.

4) Manual Plasenta

Prosedur ini dilakukan dengan memasukkan tangan langsung ke dalam rongga rahim untuk melepaskan dan mengeluarkan plasenta secara manual dari tempat perlekcatannya.

5) Ekstraksi Instrumen

Bila manual plasenta tidak berhasil, dapat digunakan alat penjepit seperti forseps Bierer atau forseps cincin untuk melepaskan plasenta dari dinding rahim. Ultrasonografi dapat membantu memandu tindakan ini.

6) Histerektomi

Sebagai pilihan terakhir, pengangkatan rahim dilakukan apabila seluruh upaya sebelumnya gagal. Tindakan ini umumnya diindikasikan pada kasus plasenta akreta.

2.2.7 Kegawatdaruratan

Kegawatdaruratan obstetri dan neonatal merupakan kondisi kesehatan yang mengancam jiwa dan dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, maupun setelah proses kelahiran berlangsung. Terdapat berbagai penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang dapat membahayakan keselamatan ibu maupun bayinya. Kasus gawat darurat obstetri adalah kondisi yang apabila tidak segera mendapatkan

penanganan yang tepat, dapat berujung pada kematian ibu maupun janinnya. Oleh karena itu, masalah kegawatdaruratan ini menjadi salah satu penyebab utama kematian ibu, janin, dan bayi baru lahir. Kondisi kedaruratan selama kehamilan tersebut dapat dipicu oleh komplikasi kehamilan yang bersifat spesifik, penyakit medis atau bedah yang sudah ada sebelumnya, maupun berbagai kondisi yang timbul secara bersamaan selama masa kehamilan berlangsung. (Wardhana, 2022)

2.2.8 Diagnosis

Diagnosis retensio plasenta ditegakkan apabila plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir dan telah dilakukan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III tersebut meliputi pemberian oksitosin serta penegangan tali pusat pada 15 menit pertama, kemudian dilanjutkan dengan pemberian oksitosin ulang pada 15 menit kedua. Pemberian oksitosin ini diharapkan mampu merangsang kontraksi uterus secara adekuat sehingga plasenta dapat lahir secara fisiologis. Apabila plasenta tidak dapat lahir secara fisiologis, maka perlu dilakukan tindakan manual plasenta. Tindakan ini bertujuan untuk melahirkan plasenta secara lengkap. Selain itu, kondisi plasenta yang tidak dapat lahir juga menjadi tanda penting dalam membedakan diagnosis antara plasenta inkreta dengan plasenta adherens atau akreta, sehingga penanganan yang diberikan dapat disesuaikan dengan jenis retensio plasenta yang dialami oleh ibu. (Arfah et al., 2023).

1) Anamnesa

Gejala utama retensio plasenta adalah tertahannya plasenta di dalam rahim selama lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Selain itu, perdarahan hebat melalui vagina sebelum plasenta dilahirkan serta adanya nyeri abdomen juga merupakan tanda-tanda yang perlu diwaspadai pada kondisi ini. Retensio plasenta dapat bersifat asimtomatis selama masa kehamilan dan persalinan, sehingga gejala baru akan muncul pada periode postpartum. Oleh karena itu, selama pemeriksaan antenatal, riwayat obstetrik dan ginekologi pasien perlu digali secara lengkap dan menyeluruh. Penemuan riwayat seksio sesarea pada pasien dapat meningkatkan kewaspadaan terhadap risiko terjadinya plasenta akreta. Berbagai faktor risiko lainnya seperti riwayat retensio plasenta sebelumnya, abortus, preeklamsia, penggunaan ergometrin, serta stillbirth juga perlu ditanyakan sebagai bagian dari asesmen yang komprehensif (Prawirohardjo, 2020).

2) Pemeriksaan Fisik

Perdarahan hebat umumnya terjadi pada pasien retensio plasenta, sehingga evaluasi tanda-tanda syok perlu dilakukan secara bersamaan dengan pemeriksaan vagina dan uterus. Melalui pemeriksaan fisik yang cermat, diagnosis berbagai jenis retensio plasenta seperti plasenta trapped, adherens, maupun akreta juga dapat ditentukan, sehingga penanganan yang tepat dapat segera diberikan sesuai dengan kondisi yang dialami pasien (Prawirohardjo, 2020).

a. Evaluasi Syok

Pasien retensio plasenta seringkali mengalami perdarahan hebat sehingga status hemodinamik pasien harus mendapat perhatian utama. Menurut (Robinson et al., 2022), berbagai tanda-tanda syok hipovolemik perlu dipantau secara ketat, meliputi takikardia, hipotensi, penurunan urine output, akral dingin, serta penurunan kesadaran. Pemantauan kondisi hemodinamik ini sangat penting dilakukan sejak awal guna mencegah perburukan kondisi pasien dan menentukan jenis penanganan yang paling tepat untuk segera diberikan.

Jenis-jenis syok yang bisa terjadi

(1) Syok Kardiogenik

Syok kardiogenik terjadi ketika jantung tidak lagi mampu memompa darah yang cukup ke seluruh tubuh. Kondisi ini dapat disebabkan oleh kerusakan otot jantung, gangguan irama jantung, kelemahan otot jantung, atau infeksi pada jantung. Gejala yang muncul umumnya serupa dengan serangan jantung, seperti nyeri dada yang menjalar ke leher, tangan, dan punggung, disertai sesak napas, mual, muntah, serta ujung kaki yang terasa dingin.

(2) Syok Hipovolemik

Syok hipovolemik terjadi ketika volume darah dalam pembuluh darah tidak mencukupi untuk mengantarkan

oksigen ke organ tubuh. Kondisi ini dipicu oleh kehilangan darah atau cairan dalam jumlah besar, misalnya akibat luka robek yang berat, demam berdarah parah, atau dehidrasi berat. Tanda-tandanya meliputi penurunan suhu tubuh, detak jantung yang cepat, bibir dan kuku yang membiru, serta penurunan kesadaran.

(3) Syok Neurogenik

Syok neurogenik disebabkan oleh kerusakan pada sistem saraf pusat, umumnya akibat cedera tulang belakang. Kondisi ini menyebabkan pembuluh darah melebar sehingga kulit terasa hangat, bengkak, dan kemerahan, disertai dengan melambatnya detak jantung dan penurunan tekanan darah yang drastis.

(4) Syok Anafilaktik

Syok anafilaktik merupakan komplikasi dari reaksi alergi berat yang mengancam jiwa, yang terjadi akibat reaksi berlebihan sistem kekebalan tubuh terhadap alergen tertentu. Gejala yang muncul meliputi sesak napas, wajah bengkak, denyut nadi cepat, ruam kulit, mual, dan muntah. Gejala ini dapat timbul dalam hitungan detik hingga menit setelah terpapar alergen seperti kacang, udang, atau sengatan lebah.

(5) Syok Sepsis

Syok sepsis atau keracunan darah merupakan kondisi yang disebabkan oleh infeksi bakteri yang masuk ke dalam aliran darah sehingga memicu peradangan. Dalam kasus yang jarang terjadi, kondisi ini juga dapat disebabkan oleh infeksi virus atau jamur. Penderita umumnya mengalami demam dan menggigil sebagai respons terhadap infeksi. Kelompok yang paling berisiko mengalami syok sepsis antara lain lansia, anak-anak, serta individu dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah seperti penderita diabetes, AIDS, leukemia, dan limfoma (Robinson et al., 2022).

b. Pemeriksaan Vagina dan Uterus

Apabila plasenta belum lahir lebih dari 30 menit setelah bayi lahir, maka diagnosis retensio plasenta dapat ditegakkan. Pada pemeriksaan, akan ditemukan plasenta yang masih berada di dalam uterus dengan sebagian korda umbilikus tampak pada orifisium serviks. Untuk membedakan plasenta trapped dengan plasenta adhesive dan akreta, perlu diperhatikan tanda-tanda pelepasan plasenta dari dinding uterus saat dilakukan peregang tali pusat (Prawirohardjo, 2020), yaitu :

- (1) Memanjangnya korda umbilicus.
- (2) Adanya semburan darah yang mendadak dan singkat,

- (3) Perubahan tinggi dan bentuk uterus dari diskoid menjadi globular,
- (4) Meningginya tinggi fundus uteri,
- (5) Adanya kontraksi fundus.

3) Diagnosa 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 et al., 2021).

2.2.9 Penanganan Retensio Plasenta

Menurut Albertus (2022), terdapat beberapa langkah dalam menangani retensio plasenta:

1) Penanganan awal

Pasien yang mengalami perdarahan berat atau ketidakstabilan hemodinamik perlu segera distabilkan. Resusitasi cairan dilakukan dengan cepat apabila kondisi pasien tidak stabil atau perkiraan kehilangan darah melebihi 1000 mL. Oksigen diberikan melalui masker wajah sebesar 5–10 L/menit, dipasang dua jalur infus, dan cairan kristaloid seperti ringer laktat diberikan hingga 2 liter sebagai permulaan.

2) Penegangan Tali Pusat Terkendali

Teknik ini digunakan untuk mengeluarkan plasenta yang tertahan atau terjepit, serta merangsang pelepasan plasenta yang masih menempel. Umumnya dilakukan menggunakan manuver Brandt-Andrews, di mana satu tangan menahan fundus uteri sementara tangan lainnya menarik tali pusat secara terarah.

3) Intervensi Obat-obatan

Beberapa jenis obat seperti oksitosin, carboprost tromethamine, dan nitrogliserin dapat digunakan untuk memperbaiki kontraksi rahim dan mengendalikan perdarahan. Oksitosin diberikan secara intravena atau intramuskular dengan dosis 10 IU.

4) Manual Plasenta

Prosedur ini dilakukan dengan memasukkan tangan langsung ke dalam rongga rahim untuk melepaskan dan mengeluarkan plasenta secara manual dari tempat perlekatannya.

5) Ekstraksi Instrumen

Bila manual plasenta tidak berhasil, dapat digunakan alat penjepit seperti forseps Bierer atau forseps cincin untuk melepaskan plasenta dari dinding rahim. Ultrasonografi dapat membantu memandu tindakan ini.

6) Histerektomi

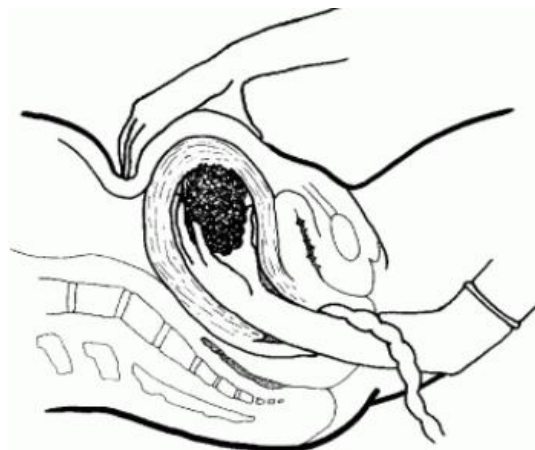
Sebagai pilihan terakhir, pengangkatan rahim dilakukan apabila seluruh upaya sebelumnya gagal. Tindakan ini umumnya diindikasikan pada kasus plasenta akreta.

2.3 Manual Plasenta

2.3.1 Pengertian

Manual plasenta adalah tindakan kebidanan yang bertujuan mengeluarkan plasenta dari rongga rahim melalui manipulasi tangan penolong persalinan (Prawirohardjo, 2020).

Gambar 2.1 Manual Plasenta



Sumber : (Riska,2023).

2.3.2 Indikasi Komplikasi

Menurut (Siantar et al., 2022) : Tindakan ini dilakukan bila terjadi perdarahan sekitar 400–500 cc, ada riwayat perdarahan postpartum berulang, kondisi pasca operasi, atau terdapat tanda-tanda plasenta mulai lepas disertai semburan darah.

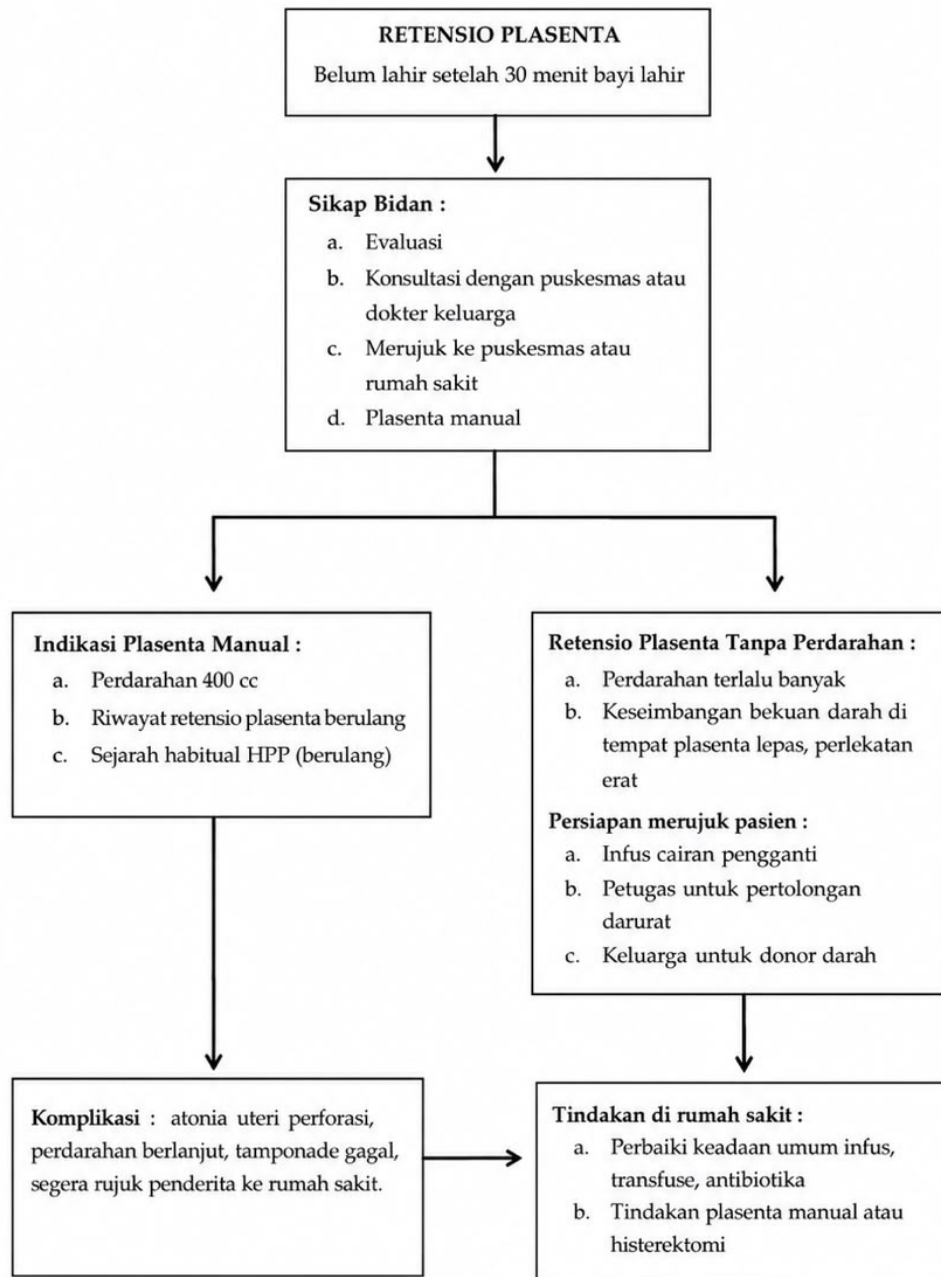
2.3.3 Tindakan Manual Plasenta

Risiko yang mungkin timbul meliputi infeksi rahim akibat sisa jaringan atau masuknya bakteri, perdarahan karena lemahnya kontraksi rahim, kondisi rahim yang tidak kembali ke ukuran normal (*subinvolusi*), serta tumbuhnya jaringan abnormal pada plasenta (*polip plasenta*). Pemberian uterotonika, antibiotik, serta persiapan transfusi darah dapat memperkecil risiko komplikasi tersebut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

2.3.4 Kewenangan Bidan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020, bidan memiliki kewenangan untuk menangani kegawatdaruratan, termasuk retensio plasenta. Standar IBI menegaskan bahwa bidan harus mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama, termasuk melakukan manual plasenta serta menangani perdarahan sesuai kebutuhan (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Gambar 2.2 Diagram Penatalaksanaan Retensio Plasenta



Sumber : Kemenkes, 2021

2.3.5 Prosedur Manual Plasenta

Hal utama yang perlu diperhatikan adalah ada atau tidaknya perdarahan. Bila tidak ada perdarahan, pasien segera dirujuk. Bila disertai perdarahan, tindakan manual plasenta segera dilakukan (Siantar et al., 2022)

- 1) Persiapan alat
 - a. Uji fungsi kelengkapan resusitasi oksigen dan regulator.
 - b. Peralatan steril (klem tali pusat, sarung tangan pendek 2 pasang sarung tangan panjang sebelah kanan, kateter nelaton).
 - c. Kom berisi air DTT.
 - d. APD lengkap.
 - e. Tempat plasenta, klorin dan tempat sampah.
 - f. Kain alas bokong dan penutup perut bawah.
 - g. Medikamentosa.
 - h. Uterotonika (oksitosin, ergometrin, prostaglandin).
 - i. Infuse set, abocath no. 16/18.
 - j. Cairan infus RL 500ml atau Asering.
 - k. Sputit 3cc.
- 2) Menjelaskan kepada klien tentang prosedur yang akan dilakukan.
- 3) Mendengar keluhan klien.
- 4) Memberikan dukungan emosional kepada klien
- 5) Memakai APD lengkap, mencuci tangan 7 langkah hingga siku dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk bersih.
- 6) Memasang infus RL+ 10 IU Oksitosin.

- 7) Mengecek kandung kemih, jika penuh lakukan kateterisasi.
- 8) Melakukan vulva hygiene.
- 9) Memberikan anestesi verbal.
- 10) Memakai sarung tangan Panjang sebelah kanan.
- 11) Regangkan tali pusat sejajar dengan lantai.
- 12) Memasukkan tangan secara obstetri dengan menelusuri bagian 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
 - a. Bila berada di belakang, tali pusat tetap berada diatas, bila dibagian depan, pindahkan tangan ke bagian depan tali pusat dengan punggung tangan menghadap ke atas.
 - b. 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.

- c. 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 percikan 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) Periksa kelengkapan plasenta.
- 24) Berikan suntikan ergometrin 0,2 mg/M
- 25) Dekontaminasi alat bekas pakai kedalam klorin 0,5% dan membuka sarung tangan rendam dalam larutan klorin.
- 26) Membersihkan dan merapihkan ibu.

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

2.4 Pendokumentasian

2.4.1 Pengertian

Dokumentasi kebidanan merupakan pencatatan tertulis seluruh proses asuhan yang diberikan, berfungsi sebagai sarana komunikasi, bukti tanggung jawab profesi, sumber data penelitian, serta jaminan kualitas layanan (Ismi Nur Khasanah,.S.ST. et al., 2025)

2.4.2 Fungsi dan Tujuan Dokumentasi

Menurut (Sab'ngatun & Ropitasari, 2022), salah satu tujuan utama dokumentasi kebidanan adalah sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan. Komunikasi dalam dunia kebidanan berjalan ke tiga arah, yaitu komunikasi ke bawah yang berfungsi untuk menyampaikan perintah atau instruksi, komunikasi ke atas yang digunakan untuk melaporkan perkembangan, serta komunikasi ke samping yang bertujuan untuk berbagi saran dan informasi antar sesama anggota tim Kesehatan. Apabila komunikasi tersebut disampaikan secara valid dan menyeluruh, maka akan memberikan berbagai manfaat, salah satunya adalah :

1) mendukung kelancaran koordinasi dalam pelayanan kebidanan.

Dalam praktiknya, dokumentasi yang baik dapat menghindari terjadinya pengulangan informasi kepada pasien, sekaligus meningkatkan ketelitian dalam proses pemberian pelayanan. Selain itu, dokumentasi juga memungkinkan tim bidan untuk bekerja lebih efisien, karena informasi yang dibutuhkan sudah tercatat dengan jelas sehingga tidak perlu lagi menghabiskan waktu untuk menyampaikan hal yang sama secara lisan berulang kali. Sebagai contoh, segala tindakan dan asuhan yang telah diberikan oleh seorang bidan kepada pasiennya akan tercatat dalam dokumen resmi, sehingga bidan lain yang bertugas berikutnya dapat langsung memahami kondisi dan riwayat pasien tanpa harus memulai dari awal.

2) Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat

Setiap bidan memiliki kewajiban untuk mendokumentasikan seluruh tindakan dan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Hal ini bertujuan untuk melindungi pasien dalam hal kualitas asuhan yang mereka terima, sekaligus melindungi bidan itu sendiri dalam menjalankan tugasnya sesuai dengan batas kewenangan yang berlaku.

3) Sebagai Informasi Statistik

Data yang terkumpul dari dokumentasi kebidanan dapat dimanfaatkan untuk keperluan statistik, yang berguna dalam merancang kebutuhan di masa depan, baik yang berkaitan dengan sumber daya manusia, fasilitas dan infrastruktur, maupun aspek teknis pelayanan.

Selain itu, penyampaian informasi mengenai apa yang sudah, sedang, dan akan dilakukan, termasuk berbagai perubahan yang terjadi, merupakan hal yang penting untuk diketahui dan dijadikan bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan selanjutnya.

4) Sebagai Sarana Pendidikan

Dokumentasi kebidanan juga dapat dimanfaatkan sebagai sumber belajar, yaitu untuk memperoleh pengetahuan serta melakukan pengkajian dan analisis perbandingan antara konsep teoritis dengan penerapannya di lapangan.

5) Sebagai Sumber Data Penelitian

Dokumentasi dapat difungsikan sebagai bahan atau data dalam kegiatan penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan agar lebih aman, efektif, sesuai dengan kode etik profesi, serta berbasis bukti ilmiah.

6) Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Jaminan kualitas merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari program pengembangan layanan kesehatan. Dokumentasi berperan sebagai landasan dalam menentukan akreditasi pelayanan kebidanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan.

7) Sebagai Sumber Data Asuhan Kebidanan Berkesinambungan

Dokumentasi mampu menyediakan data yang aktual dan konsisten mengenai asuhan kebidanan yang telah diberikan, sehingga

pelayanan kepada pasien dapat berlangsung secara terus-menerus dan berkesinambungan tanpa terputus.

8) Sebagai Cara Menetapkan Standar dan Prosedur

Dokumentasi berperan dalam menetapkan standar yang dijadikan acuan dalam pelaksanaan serangkaian kegiatan atau prosedur, sehingga setiap tindakan dapat berjalan secara teratur dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

9) Sebagai Catatan

Dokumentasi berfungsi sebagai alat pemantauan terhadap kinerja peralatan, sistem yang digunakan, serta sumber daya manusia yang terlibat dalam pelayanan kebidanan.

10) Sebagai Alat dalam Memberikan Instruksi

Dokumentasi juga dapat digunakan sebagai media penyampaian instruksi kepada tenaga Kesehatan lainnya dalam rangka pelaksanaan asuhan kebidanan. Selanjutnya, tujuan dokumentasi kebidanan mencakup dua hal utama. Pertama, dokumentasi digunakan untuk mengenali status kesehatan pasien sebagai dasar dalam mencatat kebutuhan pasien, menyusun perencanaan, melaksanakan tindakan, serta melakukan evaluasi terhadap asuhan yang telah diberikan. Kedua, dokumentasi juga memiliki fungsi dalam mendukung kegiatan penelitian, memberikan keterangan yang sah secara hukum, serta memenuhi aspek etika dalam praktik kebidanan (Sab'ngatun & Ropitasari, 2022).

2.4.3 Metode Dokumentasi SOAP

1) Data Subjektif

Data subjektif merupakan data yang berkaitan dengan permasalahan kesehatan pasien berdasarkan sudut pandang dan pengalaman pasien itu sendiri. Data ini mencakup ungkapan langsung dari pasien mengenai kekhawatiran serta keluhan yang mereka rasakan, yang kemudian dicatat dalam bentuk kutipan langsung maupun ringkasan dan memiliki keterkaitan erat dengan diagnosis yang akan ditegakkan. Khusus bagi pasien yang mengalami gangguan bicara atau tuna wicara, pada bagian data di belakang huruf "S" diberikan tanda berupa huruf "O" atau "X" sebagai penanda bahwa pasien tersebut tidak dapat berkomunikasi secara verbal. Secara keseluruhan, data subjektif ini memiliki peran penting dalam memperkuat dan mendukung penyusunan diagnosis kebidanan yang tepat (Sari et al., 2022).

2) Data Objektif

Data objektif adalah data yang diperoleh melalui pencatatan hasil observasi secara jujur dan objektif, meliputi hasil pemeriksaan fisik pasien serta hasil pemeriksaan laboratorium. Selain itu, catatan medis dan informasi yang bersumber dari keluarga maupun orang lain di sekitar pasien juga dapat dimasukkan ke dalam data objektif sebagai data pendukung. Data ini berfungsi untuk memberikan bukti

nyata mengenai gejala klinis yang dialami pasien serta fakta-fakta yang berkaitan langsung dengan penegakan diagnosis.

3) Analisa

Tahap berikutnya adalah analisa, yaitu proses pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi atau kesimpulan yang ditarik berdasarkan data subjektif dan data objektif yang telah dikumpulkan. Mengingat kondisi pasien dapat berubah sewaktu-waktu dan memungkinkan munculnya informasi baru baik dari data subjektif maupun objektif, maka proses pengkajian data bersifat dinamis dan terus berkembang.

Dalam tahap analisa ini, bidan dituntut untuk senantiasa melakukan analisis secara dinamis guna mengikuti perkembangan kondisi pasien. Analisis yang tepat dan akurat akan memastikan bahwa setiap perubahan pada kondisi pasien dapat segera diketahui, dipantau secara berkelanjutan, dan ditindaklanjuti dengan keputusan serta tindakan yang sesuai. Secara garis besar, analisis data merupakan kegiatan menginterpretasikan seluruh data yang telah terkumpul, yang mencakup penegakan diagnosis, identifikasi masalah kebidanan, serta penentuan kebutuhan pasien.

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan merupakan kegiatan mencatat seluruh rencana tindakan yang telah dilaksanakan, yang meliputi tindakan aspiratif, tindakan segera, tindakan secara menyeluruh dan

komprehensif, pemberian penyuluhan, pemberian dukungan kepada pasien, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, evaluasi atau tindak lanjut, serta proses rujukan apabila diperlukan. Tujuan dari penatalaksanaan ini adalah untuk mengupayakan agar kondisi pasien dapat mencapai keadaan yang seoptimal mungkin, sekaligus menjaga dan mempertahankan kesejahteraan pasien secara keseluruhan (Sari et al., 2022).

Gambar 2.3 SOP PENANGANAN PENDARAHAN PASCASALIN

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	PERDARAHAN PASCASALIN		
	No. Dokumen : KS.01.03/004/097/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/5
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 01 Januari 2023	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut 	
PENGERTIAN	Perdarahan pascasalin adalah perdarahan yang terjadi setelah janin lahir, yaitu melebihi 500 cc pada persalinan pervaginam atau lebih dari 1000 cc pada persalinan per abdomenam. Dibagi menjadi : • Perdarahan pascasalin dini (primer) yaitu jika terjadi dalam 24 jam pertama. • Perdarahan pascasalin lambat (sekunder) yaitu jika terjadi lebih dari 24 jam.		
TUJUAN	Sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien dengan perdarahan pasca salin di ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr. Slamet Garut.		
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. KS.01.01/001/484/RSUD Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.		
PERSIAPAN ALAT			
PROSEDUR	ANAMNESIS • Perdarahan pervaginam pascasalin atau perdarahan berulang jika terjadi pada masa nifas • Terdapat faktor predisposisi Predisposisi antepartum: riwayat perdarahan pascasalin atau manual plasenta, solusio plasenta, plasenta previa, hipertensi, IUFD, overdistensi uterus, gangguan darah ibu. Predisposisi intrapartum: persalinan seksio sesarea atau buatan, partus lama, partus presipitatus, Induksi atau augmentasi persalinan,		

	infeksi korion, distosia bahu, grandemulti paritas, gangguan koagulopati. Predisposisi postpartum: laserasi jalan lahir (ruptur perineum, episiotomi luas, robekan porsio) retensio plasenta, sisa plasenta, inversio uteri, ruptur uteri. PEMERIKSAAN FISIK Tanda-tanda syok (ringan sampai berat) GAMBARAN KLINIK a. Atonia uteri: yaitu terjadinya gangguan kontraksi uterus. Gejala berupa perdarahan pervaginam yang deras (seperti keran air) berasal dari OUI, konsistensi rahim lunak, kontraksi buruk, tidak ada perlukaan jalan lahir, tidak ada sisa plasenta dan umumnya terdapat tanda-tanda syok hipovolemik berat. b. Laserasi jalan lahir: yaitu terdapat robekan/ruptur pada perineum, vagina atau porsio. Gejala berupa perdarahan pervaginam yang berasal dari luka robekan, berwarna merah terang/darah segar, kontraksi rahim baik, dapat ditemukan tanda-tanda syok. c. Ruptur uteri: yaitu robeknya dinding uterus. Gejala berupa perdarahan pervaginam sedikit atau banyak, berasal dari OUI, kontraksi rahim biasanya buruk, sangat nyeri diperut bawah, terdapat tanda akut abdomen, syok berat, pada eksplorasi terdapat robekan pada uterus. d. Inversio uteri: yaitu uterus terputar balik sehingga fundus uteri tertekuk ke dalam dan selaput lendirnya disebelah luar. Gejala berupa perdarahan pervaginam, syok sedang sampai berat, fundus uteri sama sekali tidak teraba atau teraba lekukan pada fundus, kadang-kadang teraba tumor dalam vagina jika inversio sampai vagina atau tampak tumor merah diluar vulva yaitu inversio uteri yang prolaps. e. Retensio plasenta:
--	---

	yaitu plasenta belum lahir $\frac{1}{2}$ jam setelah anak lahir. Gejala berupa perdarahan pervaginam sedikit sampai banyak, tinggi fundus uteri sepusat, biasanya tampak tali pusat. f. Sisa plasenta: yaitu plasenta sudah lahir namun tidak lengkap. Gejala berupa perdarahan pervaginam sedikit sampai banyak dari OUI, kontraksi biasanya baik dan pada pemeriksaan teraba sisa plasenta. Jika terjadi pada masa nifas; kadang terdapat febris dan tanda-tanda syok, fundus uteri masih tinggi/subinvolusi, uterus lembek, nyeri pada perut bawah jika ada infeksi dan teraba sisa plasenta dalam rongga rahim g. Gangguan pembekuan darah/koagulopati: yaitu kelainan pada pembekuan darah. Gejala berupa perdarahan dari tempat-tempat luka, kontraksi rahim baik, tidak ditemukan perlukaan jalan lahir maupun jaringan plasenta, syok sedang sampai berat dan terdapat gangguan faktor pembekuan darah. PEMERIKSAAN PENUNJANG • Laboratorium: Crossmatch, kadar Hb, L, Tr, Ht, Fibrinogen, D-Dimer, BT, CT, PT, APTT. • Pemeriksaan USG PENATALAKSANAAN Penatalaksanaan umum a. <i>Informed consent</i> b. Stabilisasi, ABC (Posisikan semi ekstensi, bebaskan jalan nafas, O₂ jika perlu, resusitasi cairan). c. Tentukan ada syok atau tidak. Jika ada, berikan transfusi darah, infus cairan, oksigen dan kontrol perdarahan. Jika tidak ada syok atau keadaan umum optimal, segera lakukan pemeriksaan untuk mencari etiologi. d. Hentikan sumber perdarahan. e. Monitor tanda-tanda vital. Penatalaksanaan spesifik 1. Atonia Uteri Masase uterus, Pemberian oksitosin 10 unit dalam RL 500 cc tetesan cepat (dapat diberikan sampai 3 liter dengan tetesan 40
--	---

	tetes/menit) dan ergometrin IV/IM 0,2 mg (dapat diulang lx setelah 15 menit dan bila masih diperlukan dapat diberikan tiap 2-4 jam IM/IV sampai maksimal 1 mg atau 5 dosis) atau misoprostol 400 mikrogram perrektal/peroral (dapat diulang 400 mikrogram tiap 2-4 jam sampai maksimal 1200 mikrogram atau 3 dosis). Bila setelah pemberian dosis awal ada perbaikan dan perdarahan berhenti, oksitosin/misoprostol diteruskan, bila tidak ada perbaikan lakukan kompresi bimanual atau pemasangan tampon balon. Jika kontraksi tetap buruk, lakukan laparotomi. (lakukan ligasi arteri uterina atau hipogastrika atau teknik B-lynnch suture untuk pasien yang belum punya anak, jika tidak mungkin lakukan histerektomi) 2. Laserasi jalan lahir Segera lakukan penjahitan laserasi 3. Ruptur uteri Stabilisasi keadaan umum dan segera lakukan laparotomi. Rencana histerorafi atau histerektomi. 4. Inversio uteri Reposisi manual setelah syok teratasi. Jika plasenta belum lepas, sebaiknya jangan dilepaskan dulu sebelum uterus direposisi karena akan mengakibatkan perdarahan banyak. Setelah reposisi berhasil, diberi drip oksitosin. Pemasangan tampon rahim dilakukan supaya tidak terjadi lagi inversio. Jika reposisi manual tidak berhasil, dilakukan reposisi operatif. 5. Retensio plasenta Dilakukan pelepasan plasenta secara manual. Jika plasenta sulit dilepaskan, pikirkan kemungkinan plasenta akreta. Terapi terbaik pada plasenta akreta komplis adalah histerektomi. 6. Sisa plasenta Dilakukan kuretase dengan pemberian uterotonika dan transfusi darah bila diperlukan. Jika terjadi pada masa nifas, berikan uterotonika, antibiotik spektrum luas dan kuretase. Jika kuretase tidak berhasil, lakukan histerektomi. 7. Gangguan koagulopati Rawat bersama Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Koreksi faktor pembekuan dengan transfusi FFP, kriopresipitat, trombosit dan PRC, kontrol DIC dengan heparin.
--	--

	PENYULIT Syok irrevesible, DIC, Syndrom Seehan Konsultasi : Ke disiplin ilmu Terkait, atas indikasi. (Departemen Ilmu Penyakit Dalam, ICU/Anestesi, Patologi Anatomi) Perawatan Rumah Sakit diperlukan Ijin tindakan: Kuretase, pemasangan tampon intrauterin, laparotomi (histerektomi) Lama perawatan: Lampiran protokol (pada perdarahan masa nifas: perawatan 5-6 hari, jika dilakukan tindakan operasi perawatan menjadi 7-10 hari) Indikator klinis: Penurunan angka kecacatan dan kematian yang disebabkan perdarahan postpartum. Unit terkait : 1. Departemen Ilmu Penyakit Dalam 2. Departemen Patologi Anatomi 3. ICU 4. Departemen Anestesi
--	---

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Ny. S Usia 28 Tahun P2A0 Inpartu Kala III dengan Retensio Plasenta di ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut

Tanggal pengkajian : 02 Maret 2026
Waktu pengkajian : 21.20 WIB
Pengkaji : Ajeng Aulia Az Zahra
Tempat pengkajian : Ruang Ponek

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas istri dan suami

Nama	: Ny. S	Nama	: Tn. E
Umur	: 28 tahun	Umur	: 30 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan
Alamat	: Kp. Baeud, Kec. Selaawi		

2. Alasan datang

Ibu datang ke RSUD dr. Slamet Garut pada pukul 21.20 WIB, merupakan rujukan dari Puskesmas Selaawi atas indikasi plasenta belum lahir setelah 2 jam. Ibu mengatakan melahirkan bayinya pada pukul 19.20 WIB ditolong oleh paraji dengan usia kehamilan 8 bulan pada saat melahirkan. Ibu datang ke BPM bidan “L” karna plasenta belum lahir pukul 19.45, Kemudian oleh bidan “L” dirujuk ke Puskesmas Selaawi pukul 19.50 WIB, Di Puskesmas Selaawi, bidan telah mencoba melakukan tindakan manual plasenta, namun terjadi perdarahan sekitar ± 250 cc selama upaya tersebut dan plasenta tetap tidak dapat dilahirkan. Mengingat kondisi ibu yang mengalami perdarahan dan plasenta masih belum lahir, oleh Puskesmas kemudian dilakukan stabilisasi awal berupa pemasangan infus dan segera merujuk ke RSUD dr. Slamet dan datang pada pukul 21.20 WIB, dikarenakan plasenta belum lahir setelah 2 jam persalinan.

3. Keluhan utama

Ibu mengeluh masih merasa mulas dan lemas.

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat menstruasi

Menarche : 13 tahun

Siklus Haid : 28 hari

Lamanya : 6 hari

Banyaknya : 2-3 kali ganti pembalut

b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan kedua.

Tabel 3.1 Riwayat kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

NO	Tahun Lahir	Tempat Bersalin	UK	Penolong	Jenis Persalinan	BB/ JK	Keadaan sekarang
1.	2016	Puskesmas	9 bulan	Bidan	Spontan	3.200 gr/LK	Hidup
2.	2026	Rumah	8 bulan	Paraji	Spontan	2.067 gr/LK	Hidup

c. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT 07 Juli 2025 dengan TP 14 April 2026, pemeriksaan kehamilan ke bidan dan ke posyandu sebanyak kurang lebih 10 kali, ibu mengatakan ketika usia kehamilan 28 minggu tidak dilakukan USG. Status TT ibu sudah lengkap, gerakan janin pertama kali dirasakan kurang lebih usia kehamilan 5 bulan gerakan aktif > 10 kali gerak dalam 2 jam, dan tidak ada pengurangan gerakan janin. Ibu juga tidak mengkonsumsi obat-obatan lain, selain obat-obatan yang dianjurkan bidan. Tablet yang di berikan oleh bidan yaitu tablet fe 120 tablet.

d. Riwayat Kesehatan

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit berat, menahun dan menular begitupun dengan keluarga dan suaminya.

e. Riwayat ginekologi

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi maupun kelamin.

f. Riwayat pernikahan

Ibu mengatakan ini pernikahan pertama bagi ibu begitupun dengan suami. Lama menikah 10 tahun

g. Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan sebelumnya menggunakan KB IUD selama ± 8 tahun tidak ada keluhan selama penggunaan KB IUD

h. Riwayat psikososial

Dukungan dan tanggapan keluarga sangat mendukung terhadap kehamilan ini, pengambil keputusan oleh suami.

i. Riwayat kebutuhan sehari-hari.

Nutrisi : Makan 3 kali dalam sehari dengan porsi sedang, dengan variasi makanan seperti tahu, tempe, sayuran, daging, ikan, dan buah-buahan. Tidak ada pantangan, minum kurang lebih 8-9

gelas dalam sehari dengan jenis air putih. Terakhir makan kemarin malam.

Eliminasi : BAB 1 kali/hari, BAK 6-7 kali/hari, BAB terakhir pukul 06.00 pagi, BAK terakhir pukul 20.00 WIB. Tidak ada keluhan dalam pola eliminasi

Aktivitas : Ibu mengatakan sehari-hari hanya mengerjakan pekerjaan rumah

Istirahat : Siang kurang lebih 1 jam, Malam 8jam/hari, tidur malam terakhir : kemarin, tidur siang terakhir tadi siang sekitar 1-2 jam.

Personal Hygiene: Ibu mandi 1-2 kali sehari

Hubungan Suami ± 1x seminggu, dan ibu mengatakan Istri : dan terakhir berhubungan 2 minggu lalu.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

Nadi : 98x/menit

Respirasi : 21x/menit
Suhu : 36,9°C
SPo2 : 98%

3. Antropometri

BB sebelum hamil : 40 kg
BB setelah hamil : 47 kg
Kenaikan BB : 7 kg
TB : 150 cm
LILA : 24 cm
IMT : 20,9

4. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Rambut bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak nyeri tekan
Muka : Tidak pucat, tidak oedema
Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih
Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik
Mulut : Bersih, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat
Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak ada nyeri tekan.

Dada Payudara : Payudara simetris, tidak ada benjolan,
puting susu menonjol, areola hitam, tidak
nyeri tekan, ada kolostrum.

Abdomen : Palpasi : TFU : sepusat
: Kandung kemih : kosong

Ekstremitas Atas : Tangan simetris, kuku bersih tidak pucat,
tidak oedema, terpasang Infus.

Ekstremitas bawah : Kaki tidak oedema, kuku bersih, tidak
pucat, tidak ada varises.

Genitalia : Tampak tali pusat di vulva, terdapat
pengeluaran darah ± 50 cc

C. ANALISA

Ny. S usia 28 tahun P2A0 inpartu kala III dengan Retensio Plasenta

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 terkait tindakan yang akan dilakukan.
Evaluasi : Ibu dan keluarga menyetujuinya.
3. Memakai APD lengkap

Evaluasi : Sudah terpasang

4. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi

Evaluasi : Advice dr berupa : Drip Oxy 2 ampul dalam RL 500 cc

Dan lakukan manual plasenta.

5. Melakukan pemasangan RL drip oxytocin 20 IU agar kontraksi membaik.

Evaluasi : RL drip oxytocin dengan tetesan 20 tpm habis dalam waktu kurang lebih 4 jam, kontraksi baik.

6. Melakukan pengecekan kandung kemih.

Evaluasi : Kandung kemih kosong.

7. Melakukan vulva hygiene dengan larutan antiseptik menggunakan kapas steril dari arah depan ke belakang untuk mengurangi risiko kontaminasi dan infeksi sebelum dilakukan tindakan manual plasenta.

Evaluasi : Sudah dilakukan

8. Melakukan manual plasenta

a) Memasukkan tangan kanan secara obstetric ke dalam vagina dengan menelusuri bagian bawah tali pusat.

b) Menahan fundus uteri sambil memasukkan tangan ke dalam cavum uteri hingga mencapai tempat implantasi plasenta.

c) Membuka tangan secara obstetric menjadi seperti berjabat tangan (ibu jari merapat ke pangkal jari telunjuk).

- d) Menentukan tempat implantasi plasenta, plasenta dibagian belakang
- e) Menyelipkan ujung jari diantara plasenta dan dinding uterus, kemudian menggerakkan tangan kanan ke kiri dan kanan sambil bergeser ke kranial sehingga semua permukaan maternal dapat dilepaskan. Sambil melakukan tindakan perhatikan keadaan ibu.
- f) Melakukan eksplorasi ulang ketika satu tangan masih di cavum uteri untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus.
- g) Memindahkan tangan luar dari fundus ke supra symfisis untuk menahan segmen bawah uterus menarik tali pusat sambil tangan dalam mengeluarkan plasenta (hindari terjadinya percikan darah).
- h) Menyimpan plasenta ke tempat yang telah disediakan
- i) Melakukan sedikit pendorongan uterus (dengan tangan yang menahan supra symfisis) ke arah dorsokranial setelah plasenta dilahirkan.

Evaluasi : Plasenta lahir pukul 21.35 WIB

9. Melakukan massase fundus uteri

Evaluasi : Kontraksi uterus baik.

10. Melakukan pengecekan kelengkapan plasenta

Evaluasi : Plasenta lengkap.

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

Evaluasi : Tidak ada sisa plasenta, bersih.

12. 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 3 jari dibawah pusat dan perdarahan ± 50 cc.

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

Evaluasi : Keluarga mengerti dan bersedia melakukannya.

CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV

Waktu : 21.35 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan masih merasa lemas

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Lemas

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 100/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,5 °C

Respirasi : 20x/menit

SpO2 : 97%

2. Pemeriksaan Fisik

a. Muka : Tampak pucat, tidak terdapat oedema

b. Mata : Conjunctiva merah muda, sklera putih

c. Mulut : Bersih tidak ada kelainan

d. Abdomen

TFU : 3 jari di bawah pusat

Kontraksi : Baik

- Kandung kemih : Kosong
- e. Genitalia : Tidak terdapat laserasi, pengeluaran darah
±50cc
- f. Ekstermitas : Atas : Terpasang infus RL + Oxytocin 2,
(20 IU) Methylergometrin 1 ampul
20 tpm
- Bawah : Tidak ada kelainan

C. ANALISA

P2A0 inpartu kala IV dengan retensio plasenta.

D. PENATALAKSANAAN

- Memasang RL ke 2 + (oxytocin 2 ampul, methylergometrin 1 ampul).
Evaluasi : Pukul 22.10 infus RL + Oxytosin 2 ampul dan methylergometrin 1 ampul sudah terpasang, dengan tetesan 20 tpm.
- Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui hasil pemeriksaan
- Melakukan observasi kala IV (Tekanan darah, Nadi, Suhu, Fundus, Kontraksi, dan perdarahan)
Evaluasi : Hasil observasi dalam batas normal
- Membersihkan alat dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
Evaluasi : Alat sudah direndam

5. Membersihkan ibu dengan air DTT dan membantu mengganti pakaiannya

Evaluasi : Ibu sudah bersih dan terlihat nyaman

6. Membersihkan tempat tidur dengan larutan klorin 0,5%

Evaluasi : Tempat tidur sudah bersih

7. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk melakukan massase uterus untuk mencegah perdarahan

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti serta bersedia melakukannya

8. Memberikan KIE mengenai tanda-tanda bahaya nifas

Evaluasi : Ibu mengerti

9. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini seperti duduk dari tempat tidur

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

10. Memberikan terapi sesuai advis dokter, Cefadroxil 2x500 mg/oral,

Asam mefenamat 3x500 mg /oral, Methergin 3x0,125 mg/ oral, Sulfat

Ferosus 1:1

Evaluasi : Sudah diberikan.

Tabel 3.2 Lembar Observasi Kala IV

Waktu	Tensi	Nadi	Suhu	Fundus	Kontraksi	Darah	K.Kemih
21.35	100/80 mmHg	85x/ menit	36,5	3 jari dibawah pusat	Keras	± 50 cc	Kosong
21.50	100/80 mmHg	94x/ menit	36,6	3 jari dibawah pusat	Keras	± 50 cc	Kosong
22.05	110/70 mmHg	91x/ menit	37,5	3 jari dibawah pusat	Keras	± 40 cc	Kosong
22.20	110/70 mmHg	88x/ menit	37,3	3 jari dibawah pusat	Keras	± 40 cc	Kosong
23.00	100/90 mmHg	90x/ menit	36,5	3 jari dibawah pusat	Keras	± 30 cc	Kosong
23.30	110/90 mmHg	89x/ menit	36,5	3 jari dibawah pusat	Keras	± 20 cc	Kosong

3.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Ny. S usia 28 Tahun P2A0 Post Partum 8 Jam Post Retensio Plasenta

Tanggal pengkajian : 03 Maret 2026
 Waktu pengkajian : 06.10 WIB
 Tempat pengkajian : Ruang Agate bawah
 Pengkaji : Ajeng Aulia Az Zahra

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengakui keadaannya semakin membaik, sudah makan nasi dengan porsi sedang, dengan menu tahu, tempe, telur dan ayam goreng, serta sudah minum $\pm$ 600 ml. Dan mengakui juga sudah BAK namun belum BAB sejak melahirkan, dan ibu juga mengatakan darah nifas keluar sedikit (normal) dan tidak berbau, tidak pusing, tidak sesak nafas, tidak demam, dan tidak ada keluhan lainnya. Ibu juga mengakui ASI sudah keluar namun belum diberikan kepada bayinya karna bayinya tidak ikut dirujuk ke RSUD dr Slamet, serta tidak ada keluhan pada payudara, tidak ada nyeri pada perut maupun jalan lahir, sudah bisa miring kanan-kiri dan duduk, serta ibu mengatakan sudah bisa tidur/istirahat dengan cukup.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis

b. Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah	: 110/80 mmHg
Nadi	: 80x/menit
Suhu	: 36,5°C
Respirasi	: 20x/menit
SPO2	: 95%

2. Pemeriksaan Fisik

Muka	: Tidak pucat, tidak terdapat oedema
Mata	: Conjunctiva merah muda, sklera putih
Mulut	: Tidak pucat
Payudara	: Simetris, puting menonjol,
Abdomen	: TFU : 3 jari di bawah pusat Kontraksi baik Kandung kemih : Kosong
Genitalia	: Tidak ada kelainan, pengeluaran darah 10cc, lochea rubra.
Esktemitas	: Atas : Masih terpasang infus RL+Oxytocin 2 ampul dan Methylergometrin 1 ampul, dan masih tersisa sekitar $\pm$ 50 cc Bawah : Tidak ada kelainan

C. ANALISA

P2A0 post partum 8 jam post retensio plasenta.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.
Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui hasil pemeriksaan
2. Mengobservasi keadaan umum, tekanan darah, kontraksi, dan perdarahan.
Evaluasi : Hasil observasi didapatkan keadaan umum baik, kontraksi baik, perdarahan dalam batas normal
3. Mengobservasi pengeluaran ASI involusi uteri, dan kandung kemih
Evaluasi : Pengeluaran ASI ada, involusi uteri baik, kandung kemih tidak penuh.
4. Menganjurkan kepada ibu untuk melakukan mobilisasi dini
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya
5. Memberikan KIE kepada ibu mengenai pentingnya mempertahankan produksi ASI selama ibu dirawat dirumah sakit, dengan cara pemerah asi dengan pumping ataupun dengan cara memijat payudara kearah puting.
Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami penjelasan yang diberikan.
6. Menganjurkan ibu untuk memenuhi asupan nutrisinya serta istirahat yang cukup.
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Memberikan KIE perawatan masa nifas dan bayi di rumah
Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui
8. Memberikan KIE personal hygiene

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui

9. Memberikan KIE mengenai KB

Evaluasi : Ibu mengerti dan merencanakan untuk menggunakan kb IUD

10. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Asuhan telah didokumentasikan

Tabel 3.3 Matriks Hubungan Antara Teori dan Kasus

No	Kasus	Pengertian	Penyebab	Penyebab pada Ny. S P2A0	Tanda/Gejala	Penatalaksanaan		Evidence Based
						Teori	Praktik	
1.	Retensio Plasenta	a. Retensio plasenta adalah keadaan tidak lahirnya plasenta dalam waktu lebih dari 30 menit setelah	a. Faktor Uterus : Riwayat SC, Riwayat Kuretase, Kehamilan ganda, Riwayat manual plasenta, b. Faktor Maternal : Usia, Pendidikan, Paritas, Jarak antar	a. Jarak kehamilan terlalu lama, b. Kelahiran bayi ke 2 prematur c. Plasenta Adhesiva d. Persalinan ditolong oleh paraji (dukun beranak), bukan	a. Tanda dan gejala yang selalu ada: Plasenta belum lahir setelah 30 menit bayi lahir, Perdarahan segera, Kontraksi uterus kurang baik	1. Persiapan alat 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Mendengarkan keluhan pasien. 4. Memakai APD lengkap. 5. Memasang infus RL 500CC+10IU Oksitosin (20 tpm). 6. Mengecek kandung kemih 7. Melakukan vulva hygiene	1. Persiapan alat. 2. Menjelaskan Tindakan yang akan dilakukan. 3. Mendengarkan keluhan pasien 4. Memakai APD lengkap 5. Memasang infus RL 500CC+10 IU Oksitosin(20 tpm). 6. Mengecek kandung kemih 7. Memakai sarung tangan panjang Pada tangan.	1. Manual Plasenta : Tindakan definitive retensio plasenta. Keberhasilan bergantung pada keterampilan tenaga Kesehatan. (Zuitasari, 2025) 2. Manajemen Aktif kala III :

		bayi lahir	kehamilan, Riwayat persalinan, Anemia, Tidak melakukan manajemen kala III	tenaga Kesehatan e. Tidak dilakukan manajemen kala III pada persalinan di luar RS	b. Tanda dan gejala yang kadang terjadi : Tali pusat Putus akibat tarikan berlebihan, Inversio uterus akibat tarikan dan Perdarahan lanjutan	8. Memakai sarung tangan panjang pada tangan sebelah kanan sampai siku. 9. Meregangkan tali pusat sejajar dengan lantai. 10. Memasukkan tangan kanan secara obstetric dengan menelusuri bagian bawah tali pusat. Setelah tangan mencapai pembukaan serviks meminta asisten untuk memegang klem kemudian tangan penolong yang lain menahan	Sebelah kanan sampai siku. 8. Melakukan manual plasenta 9. Melakukan eksplorasi 10. Melakukan massase 11. Melakukan eksplorasi kembali 12. Periksa kelengkapan plasenta 13. Suntik methylergometrin 0,2 mg secara IM 14. Dekontaminasi alat, membersihkan dan merapihkan	Mencakup pemberian uterotonika, PTT, dan masase uterus terbukti efektif mencegah retensio plasenta (Syalfina et al., 2021) 3. Antibiotik Profilaksis : Pemberian antibiotic pasca manual plasenta sangat dianjurkan
--	--	------------	---	--	--	---	---	--

						fundus, sambil menahan fundus uteri, masukan 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	ibu, mencuci tangan, 15. Melakukan observasi kala IV 16. Pendokumentasian	untuk mencegah endomyometritis (Siantar et al., 2022) 4. Evaluasi USG Pasca Tindakan : USG direkomendasikan untuk konfirmasi cavum uteri bersih dan tidak ada sisa jaringan (Arfah et al., 2023) 5. Anemia & Risiko Retensio
--	--	--	--	--	--	---	---	---

						kanan ke arah cranial sehingga semua permukaan maternal plasenta dapat dilepaskan, lakukan eksplorasi ulang, pindahkan tangan kiri dari fundus ke symfisis, meminta asisten keluarkan plasenta hindari percikan darah, lakukan dorsokranial lalu masase fundus uteri. 11. Periksa kelengkapan plasenta		Plasenta : Anemia prenatal berat meningkatkan risiko PPH dan retensio plasenta secara signifikan (Omotayo et al., 2021) 6. Faktor Risiko Terkini : Pendidikan rendah, usia Risiko, dan paritas tinggi merupakan factor determinan
--	--	--	--	--	--	--	--	---

						12. Suntik methylergometrin 0,2 mg/IM 13. Dekontaminasi alat, Membersihkan dan merapihkan ibu, mencuci tangan, observasi kala IV, memberitahu tindakan telah, selesai dilakukan, pendokumentasian		kejadian retensio plasenta (Damanik et al., 2024; Ramadan et al., 2025)
--	--	--	--	--	--	---	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis membahas kesesuaian dan ketidaksesuaian antara teori dan praktik asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny. S, usia 28 tahun, P2A0 inpartu kala III dengan retensio plasenta di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut, tanggal 02-03 Maret 2026. Pembahasan dilakukan dengan pendekatan dokumentasi SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, dan Penatalaksanaan).

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. S, diperoleh data bahwa ibu datang ke RSUD dr. Slamet Garut melalui sistem rujukan dari Puskesmas Selaawi dengan indikasi plasenta belum lahir setelah 2 jam persalinan. Berkaitan dengan plasenta yang belum lahir, secara teori plasenta seharusnya dapat dilahirkan dalam rentang waktu sekitar 30 menit setelah bayi lahir apabila penatalaksanaan dilakukan dengan benar (Pratami, 2021). Apabila plasenta tidak kunjung lahir melebihi batas waktu 30 menit pasca kelahiran bayi meski manajemen aktif kala III telah diterapkan, keadaan ini digolongkan sebagai retensio plasenta yang menuntut penanganan medis segera, yakni melalui tindakan manual plasenta.

Dalam kasus Ny. S, yang melahirkan di paraji pada pukul 19.20 WIB dengan usia kehamilan 8 bulan (prematur), plasenta tercatat masih belum berhasil lahir bahkan setelah melampaui 2 jam proses persalinan berlangsung. Ibu kemudian dirujuk ke bidan praktik mandiri, lalu ke Puskesmas Selaawi,

pukul 19.50. Di Puskesmas Selaawi, telah dilakukan upaya manual plasenta, namun tindakan tersebut tidak berhasil melepaskan plasenta dan justru menimbulkan perdarahan kurang lebih sebanyak 250 cc. Mengingat kondisi ibu yang semakin mengkhawatirkan, petugas kesehatan di puskesmas segera memasang infus sebagai tindakan stabilisasi sebelum akhirnya merujuk Ny. S ke RSUD dr. Slamet Garut. Ibu tiba di RSUD dr. Slamet Garut pada pukul 21.20 WIB dengan keluhan utama mulas dan lemas, sehingga intervensi lanjutan berupa manual plasenta oleh tenaga medis di fasilitas rujukan menjadi sangat diperlukan demi mencegah terjadinya komplikasi perdarahan yang lebih serius (Prawirohardjo, 2020).

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terlatih sangat penting untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi. Berdasarkan Permenkes No. 28 Tahun 2021, setiap persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan yang berkompeten seperti bidan, dokter, atau dokter spesialis kandungan di fasilitas kesehatan yang sesuai. Persalinan yang ditolong oleh bukan tenaga kesehatan, seperti paraji atau dukun beranak, dapat meningkatkan risiko komplikasi karena tidak diterapkannya standar pelayanan kebidanan, termasuk manajemen aktif kala III yang penting untuk mencegah perdarahan setelah melahirkan (Zuitasari, 2025).

Pada kasus Ny. S, karena persalinannya ditolong oleh paraji, manajemen aktif kala III tidak dilakukan, dan hal ini menjadi salah satu penyebab utama terjadinya retensio plasenta. Selain itu, Ny. S berusia 28 tahun dengan status obstetri P2A0 dan memiliki riwayat persalinan normal

pada tahun 2016. Jarak antara kehamilan pertama dengan kehamilan saat ini adalah sekitar 9 tahun. Menurut (Damanik et al., 2024), jarak antar kelahiran yang terlalu jauh dapat menjadi faktor risiko retensio plasenta, karena kondisi uterus yang sudah lama tidak mengalami kehamilan dapat mempengaruhi kemampuan kontraksi dan proses pelepasan plasenta secara normal. Kurang optimalnya manajemen persalinan juga turut menjadi faktor pemicu terjadinya retensio plasenta pada kasus ini.

4.2 Data Objektif

Berdasarkan pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Ny. S saat tiba di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut, diperoleh hasil sebagai berikut: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 98x/menit, respirasi 21x/menit, suhu 36,9°C, dan SpO₂ 98%. Pada pemeriksaan genitalia tampak tali pusat di vulva dengan pengeluaran darah ±50 cc.

Hasil pemeriksaan tanda vital menunjukkan peningkatan ringan pada frekuensi nadi ibu (98x/menit), kondisi ini kemungkinan dipicu oleh respons tubuh terhadap nyeri dan kecemasan yang sedang dialami. Sementara itu, tekanan darah masih berada dalam rentang normal dan belum memperlihatkan tanda-tanda syok hipovolemik pada tahap pengkajian awal. Kondisi ini sejalan dengan penjelasan (Siantar et al., 2022) yang menyatakan bahwa perdarahan akibat retensio plasenta belum tentu menimbulkan manifestasi syok yang berat, khususnya apabila plasenta masih melekat

sepenuhnya pada dinding uterus, mengingat sinus maternalis baru akan mengalami pembukaan seiring dengan dimulainya proses pelepasan plasenta.

Pemeriksaan abdomen menunjukkan tinggi fundus uteri setinggi pusat dengan kandung kemih kosong. Pada pemeriksaan genitalia tampak tali pusat di vulva, yang mengindikasikan bahwa plasenta masih berada di dalam cavum uteri. Pengeluaran darah ± 50 cc tercatat pada saat pengkajian. Sesuai dengan teori (Siantar et al., 2022), tanda-tanda utama retensio plasenta yang selalu ada meliputi plasenta belum lahir 30 menit setelah bayi lahir, adanya perdarahan, dan kontraksi uterus yang kurang baik. Ketiga tanda ini ditemukan pada kasus Ny. S sehingga memperkuat penegakan diagnosis retensio plasenta.

Hasil pemeriksaan hemoglobin pada hari berikutnya (post partum 8 jam) menunjukkan nilai 11,8 g/dL, yang masih dalam batas normal (tidak anemia) berdasarkan standar (World Health Organization, 2023) yang menetapkan anemia pada ibu nifas bila $Hb < 10$ g/dL. Hasil USG menunjukkan cavum uteri bersih dan tidak ada sisa jaringan plasenta, yang mengkonfirmasi keberhasilan tindakan manual plasenta yang telah dilakukan. Pemeriksaan penunjang ini sangat penting dalam mengevaluasi efektivitas tindakan yang dilakukan, sebagaimana dianjurkan oleh (Arfah et al., 2023) bahwa evaluasi pasca tindakan manual plasenta harus mencakup pemeriksaan kelengkapan plasenta dan penilaian kondisi uterus.

4.3 Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan, ditegakkan analisa kebidanan: Ny. S usia 28 tahun P2A0 inpartu kala III dengan retensio plasenta. Penegakan analisa ini sesuai dengan kriteria diagnosis yang dikemukakan oleh (Arfah et al., 2023), yaitu plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir meskipun telah dilakukan manajemen aktif kala III. Pada kasus Ny. S, plasenta belum lahir lebih dari 2 jam setelah persalinan bayi.

Jenis retensio plasenta yang dialami oleh Ny. S paling sesuai dengan gambaran plasenta adhesiva, yaitu kondisi dimana kontraksi uterus yang tidak adekuat menyebabkan plasenta tidak dapat terlepas dari dinding uterus. Hal ini ditandai dengan tidak adanya riwayat sectio caesarea maupun kuretase yang dapat menyebabkan perlekatan abnormal (plasenta akreta, inkreta, atau perkreta), serta plasenta dapat dilepaskan secara manual tanpa kesulitan yang berarti. Menurut (Syalfina et al., 2021), plasenta adhesiva merupakan jenis retensio plasenta yang paling sering dijumpai, dipicu antara lain oleh tidak dilakukannya manajemen aktif kala III secara benar.

Berdasarkan kajian terhadap data subjektif dan objektif Ny. S, terdapat beberapa kemungkinan faktor penyebab terjadinya retensio plasenta pada kasus ini. Pertama, jarak kehamilan yang terlalu panjang. Menurut (Damanik et al., 2024), jarak antar kehamilan yang terlalu lama dapat memengaruhi kondisi miometrium sehingga kontraksi uterus pada persalinan berikutnya menjadi kurang optimal, yang pada akhirnya menghambat pelepasan plasenta

secara spontan. Kedua, persalinan yang berlangsung di luar fasilitas kesehatan dan ditolong oleh paraji (dukun beranak) tanpa dilakukan manajemen aktif kala III. Menurut (Syalfina et al., 2021), tidak dilakukannya manajemen aktif kala III, yang meliputi pemberian oksitosin, peregangan tali pusat terkendali, dan masase uterus, merupakan salah satu faktor utama yang menyebabkan plasenta tidak dapat lahir secara spontan, sehingga berujung pada kondisi retensio plasenta.

Ketiga, kelahiran bayi yang prematur (Perlman & Carusi, 2025), menjelaskan bahwa pada persalinan prematur, ukuran plasenta relatif lebih besar dibandingkan dengan segmen bawah rahim yang belum berkembang sempurna, sehingga mekanisme pelepasan plasenta dapat terganggu dan meningkatkan risiko retensio. Keempat, kemungkinan adanya plasenta adhesiva, yaitu kondisi di mana vili korialis melekat lebih dalam dari lapisan desidua basalis tanpa menembus miometrium, yang menyebabkan plasenta tidak dapat terlepas secara spontan. (Pratami, 2021) menegaskan bahwa plasenta adhesiva merupakan jenis retensio plasenta yang paling sering ditemukan secara klinis dan sering dikaitkan dengan lemahnya kontraksi uterus serta implantasi plasenta yang abnormal. Kombinasi dari faktor-faktor di atas pada kasus Ny. S memperkuat dasar penegakan analisa retensio plasenta adhesiva yang memerlukan tindakan manual plasenta sebagai penanganan definitif.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. S sudah sesuai dengan standar operasional prosedur dan evidence-based practice dalam penanganan retensio plasenta. Adapun penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. S meliputi :

Pemberian Informed Consent dan KIE, langkah pertama yang dilakukan adalah memberitahu ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan serta tindakan yang akan dilakukan, kemudian meminta persetujuan tindakan (informed consent). Hal ini merupakan kewajiban etis dan legal setiap tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan. Berdasarkan Permenkes No. 28 Tahun 2021, bidan wajib mendapatkan persetujuan pasien sebelum melakukan tindakan invasif, termasuk manual plasenta. Pemberian informasi yang jelas juga bertujuan mengurangi kecemasan ibu dan keluarga sehingga dapat meningkatkan kerja sama selama proses penatalaksanaan.

Pemasangan Infus dan Pemberian Oksitosin, tindakan berkolaborasi dengan dokter spesialis kebidanan dilakukan untuk mendapatkan advice terapeutik. Advice yang diberikan adalah drip oksitosin 2 ampul dalam RL 500 cc dan tindakan manual plasenta. Pemasangan infus RL drip oksitosin 20 IU dengan 20 tetes per menit merupakan tindakan yang tepat berdasarkan standar penatalaksanaan retensio plasenta. Menurut (Siantar et al., 2022), oksitosin diberikan secara intravena dengan dosis 10 IU untuk memperbaiki kontraksi rahim dan mengendalikan perdarahan. Pemasangan akses intravena juga berfungsi sebagai persiapan apabila diperlukan resusitasi cairan atau

transfusi darah (Kemenkes, 2021) dalam panduan penanganan perdarahan pasca salin menegaskan bahwa pemasangan infus dan pemberian uterotonika merupakan langkah wajib dalam stabilisasi pasien retensio plasenta sebelum dilakukan tindakan definitif. Hal ini sejalan dengan tindakan yang dilakukan pada Ny. S.

Tindakan Manual Plasenta, tindakan manual plasenta dilakukan setelah pengecekan kandung kemih (kandung kemih kosong), yang merupakan prasyarat penting untuk memastikan uterus dapat berkontraksi optimal. Menurut (Siantar et al., 2022), kandung kemih yang penuh dapat menghalangi kontraksi uterus yang adekuat, sehingga pengosongan kandung kemih menjadi bagian penting dalam persiapan tindakan. Prosedur manual plasenta yang dilakukan pada Ny. S telah mengikuti langkah-langkah standar sesuai dengan prosedur yang ditetapkan dalam Permenkes No. 28 Tahun 2021 dan panduan penatalaksanaan dari (Kemenkes, 2021), yang meliputi: penggunaan APD lengkap, teknik obstetri dalam memasukkan tangan, penelusuran tempat implantasi plasenta di bagian belakang uterus, pelepasan plasenta dengan gerakan lateral secara sistematis, eksplorasi ulang untuk memastikan kavum uteri bersih, dan pendorongan uterus ke arah dorsokranial pasca lahirnya plasenta.

Plasenta berhasil lahir pada pukul 21.35 WIB (15 menit setelah pengkajian), dengan hasil pemeriksaan kelengkapan plasenta menunjukkan plasenta lahir lengkap setelah dilakukan eksplorasi ulang. Hasil USG pada 8 jam post partum mengkonfirmasi kavum uteri bersih tanpa sisa jaringan

plasenta. Keberhasilan tindakan manual plasenta ini sejalan dengan penelitian (Zuitasari, 2025) yang menekankan pentingnya keterampilan tenaga kesehatan dalam melakukan manual plasenta sebagai tindakan definitif retensio plasenta.

Kewenangan bidan dalam melakukan manual plasenta diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 yang menyebutkan bahwa bidan memiliki wewenang untuk menangani kegawatdaruratan kebidanan termasuk retensio plasenta melalui Tindakan manual plasenta. Namun dalam praktiknya, Tindakan ini tetap dilakukan atas kolaborasi dan advice dokter spesialis kebidanan dan kandungan, yang merupakan praktik yang tepat dalam system rujukan berjenjang.

Eksplorasi Kavum Uteri, setelah plasenta berhasil dikeluarkan, dilakukan tindakan eksplorasi kavum uteri pada Ny. S. Eksplorasi ini merupakan kebiasaan (standar praktik) yang diterapkan di RSUD dr. Slamet Garut sebagai langkah verifikasi untuk memastikan bahwa tidak ada sisa jaringan plasenta maupun selaput ketuban yang masih tertinggal di dalam rongga rahim. Tindakan ini dilakukan dengan cara memasukkan tangan kembali ke dalam kavum uteri dan meraba seluruh permukaan dinding rahim secara sistematis.

Tindakan eksplorasi ini sejalan dengan rekomendasi dalam panduan obstetri bahwa setelah manual plasenta, evaluasi menyeluruh terhadap kavum uteri sangat diperlukan untuk mencegah komplikasi berupa perdarahan lanjutan akibat sisa jaringan (rest plasenta) maupun infeksi endometrium.

Menurut (Prawirohardjo, 2020), sisa plasenta atau selaput ketuban yang tertinggal di dalam rahim dapat menjadi sumber perdarahan sekunder pasca persalinan serta meningkatkan risiko terjadinya infeksi, sehingga eksplorasi menyeluruh pasca tindakan manual plasenta merupakan langkah yang esensial dan tidak boleh dilewatkan.

Hasil eksplorasi pada Ny. S menunjukkan kavum uteri bersih dan tidak ditemukan sisa jaringan yang tertinggal, yang kemudian dikonfirmasi kembali melalui pemeriksaan USG pada 8 jam post partum dengan hasil cavum uteri bersih tanpa sisa jaringan plasenta. Hal ini membuktikan bahwa tindakan eksplorasi yang dilakukan sebagai standar praktik di RSUD dr. Slamet Garut berfungsi efektif sebagai langkah pengaman (*safety measure*) dalam memastikan keberhasilan tindakan dan keselamatan pasien pasca manual plasenta.

Observasi Kala IV, setelah plasenta lahir, dilakukan observasi kala IV secara ketat setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Aspek yang diobservasi meliputi tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi, jumlah perdarahan, dan kondisi kandung kemih. Hasil observasi menunjukkan kondisi hemodinamik yang stabil, meskipun pada catatan perkembangan pukul 21.35 WIB tekanan darah turun menjadi 100/80 mmHg dengan muka tampak pucat, namun kondisi ini teratasi dengan pemberian terapi lanjutan.

Pada catatan perkembangan pukul 21.35 WIB, dipasang infus RL ke-2 yang dikombinasikan dengan oksitosin 2 ampul dan methylergometrin 1

ampul. Pemberian methylergometrin (methergin) pada fase ini bertujuan untuk mempertahankan dan memperkuat kontraksi uterus pasca manual plasenta. Menurut (Prawirohardjo, 2020), pemberian kombinasi uterotonika pada kasus retensio plasenta yang disertai perdarahan merupakan tindakan yang tepat untuk mencegah terjadinya perdarahan post partum primer yang lebih berat.

Total perdarahan yang tercatat selama observasi kala IV adalah dalam batas yang dapat dikontrol (± 50 cc saat pengkajian awal, berkurang secara progresif hingga ± 20 cc pada jam terakhir observasi). Hal ini menunjukkan bahwa penatalaksanaan yang diberikan efektif dalam mengendalikan perdarahan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

Asuhan Post Partum 8 Jam, pada asuhan 8 jam post partum, kondisi Ny. S menunjukkan perbaikan yang signifikan. Keadaan umum baik, tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus baik, dan pengeluaran darah sudah berkurang (10 cc, lochea rubra). Hemoglobin 11,8 g/dL menunjukkan tidak terjadi anemia post partum yang berat, meskipun terdapat kehilangan darah selama proses persalinan dan penanganan retensio plasenta. Pemberian terapi oral pasca tindakan berupa cefadroxil 2x500 mg, asam mefenamat 3x500 mg, methergin 3x0,125 mg, dan sulfat ferosus 1:1 merupakan tindakan yang sesuai dengan standar. Antibiotik (cefadroxil) diberikan untuk mencegah infeksi pascatindakan invasif, analgesik (asam mefenamat) untuk manajemen nyeri, methergin untuk mempertahankan kontraksi uterus, dan suplemen besi untuk membantu pemulihan kadar hemoglobin. Pemberian antibiotik

profilaksis pada kasus manual plasenta sangat dianjurkan mengingat risiko infeksi endometrium (endomyometritis) yang meningkat akibat prosedur invasif (Siantar et al., 2022).

KIE yang diberikan kepada ibu dan keluarga mencakup tanda bahaya nifas, mobilisasi dini, perawatan masa nifas dan bayi, personal hygiene, ASI eksklusif, serta konseling tentang penggunaan kontrasepsi. Pemberian edukasi yang komprehensif ini merupakan bagian penting dari asuhan kebidanan holistik yang bertujuan mempersiapkan ibu untuk masa nifas yang sehat di rumah.

Secara keseluruhan, tidak ditemukan kesenjangan yang bermakna antara teori dan praktik. Seluruh asuhan kebidanan yang diberikan, mulai dari pengkajian, penegakan diagnosis, penatalaksanaan retensio plasenta, observasi pascatindakan, hingga pendokumentasian SOAP telah dilaksanakan sesuai dengan teori dan standar pelayanan yang berlaku.

4.5 Pendokumentasian

Pendokumentasian seluruh asuhan kebidanan pada Ny. S telah dilaksanakan secara sistematis menggunakan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, dan Penatalaksanaan) sesuai standar dokumentasi kebidanan yang berlaku. Metode SOAP merupakan metode dokumentasi yang direkomendasikan dalam praktik kebidanan karena mampu merangkum seluruh proses asuhan secara terstruktur, logis, dan mudah dipahami oleh semua anggota tim kesehatan (Sab'ngatun & Ropitasari, 2022).

Dokumentasi SOAP yang dibuat pada kasus Ny. S mencakup keseluruhan proses asuhan sejak pengkajian awal hingga asuhan post partum 8 jam. Data Subjektif memuat keluhan utama pasien yaitu plasenta belum lahir lebih dari 2 jam setelah melahirkan bayi di rumah yang ditolong oleh paraji. Data Objektif mencakup hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital, dan pemeriksaan penunjang yang relevan. Analisa berisi penegakan diagnosis kebidanan beserta masalah yang menyertai. Penatalaksanaan mendokumentasikan seluruh tindakan yang telah dilaksanakan secara kronologis dan berkesinambungan (Sari et al., 2022).

Pendokumentasian SOAP pada kasus ini juga dilakukan pada catatan perkembangan (progress note) yang mencerminkan dinamika kondisi pasien. Catatan perkembangan pertama pada pukul 21.35 WIB mendokumentasikan perubahan kondisi hemodinamik dan penyesuaian terapi yang diberikan. Catatan perkembangan kedua pada 8 jam post partum mencatat kondisi pemulihan Ny. S yang progresif. Keseluruhan dokumentasi ini mencerminkan penerapan asuhan kebidanan yang berkelanjutan, terstruktur, dan berorientasi pada keselamatan pasien, sebagaimana yang tercantum dalam standar pelayanan kebidanan Permenkes No. 28 Tahun 2021.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada Ny. S usia 28 tahun P2A0 inpartu kala III dengan retensio plasenta di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Pengkajian data subjektif pada Ny. S menunjukkan bahwa ibu melahirkan bayinya 2 jam yang lalu namun plasenta belum lahir.
- 2) Pengkajian data objektif pada Ny. S menunjukkan keadaan umum baik, TTV normal, tampak tali pusat di vulva, pengeluaran darah 50 cc.
- 3) Analisa kebidanan yang ditegakkan adalah Ny. S usia 28 tahun P2A0 inpartu kala III dengan retensio plasenta.
- 4) Penatalaksanaan asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny. S telah sesuai dengan standar operasional prosedur dan evidence-based practice, meliputi: pemberian informed consent, kolaborasi dengan dokter spesialis, pemasangan infus RL drip oksitosin, tindakan manual plasenta, observasi kala IV, pemberian terapi kombinasi (antibiotik, analgesik, uterotonika, suplementasi besi), serta KIE komprehensif, Pada kasus Ny. S usia 28 tahun P2A0 dengan retensio plasenta, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Asuhan kebidanan yang diberikan telah sesuai dengan teori, standar operasional prosedur, dan kewenangan bidan dalam penatalaksanaan retensio plasenta.

- 5) Pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. S telah dilaksanakan secara sistematis menggunakan metode SOAP.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Penulis diharapkan meningkatkan kemampuan penelusuran literatur dari sumber terbaru dan terakreditasi, serta memperkuat analisis kritis dalam mengaitkan teori dengan temuan kasus. Ke depan, penulis perlu lebih memperhatikan kelengkapan prosedur standar, terutama dalam situasi kegawatdaruratan, dan meningkatkan kemampuan dokumentasi yang sistematis sebagai dasar peningkatan mutu asuhan kebidanan.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan kebidanan perlu memasukkan kasus kegawatdaruratan obstetri, termasuk retensio plasenta, sebagai materi pembelajaran yang komprehensif melalui teori, simulasi, dan praktik klinik. Kurikulum berbasis *evidence-based practice* harus terus diperbarui sesuai perkembangan ilmu dan teknologi kebidanan. Laporan tugas akhir ini diharapkan menjadi referensi bagi mahasiswi kebidanan dalam memahami penanganan retensio plasenta secara menyeluruh.

5.2.3 Bagi Tenaga Kesehatan

Bidan sebagai garda terdepan pelayanan kebidanan diharapkan terus meningkatkan kompetensi dalam deteksi dini dan penanganan kegawatdaruratan obstetri, khususnya retensio plasenta. Setiap bidan

wajib menerapkan manajemen aktif kala III pada setiap persalinan sebagai upaya pencegahan utama. Selain itu, bidan perlu meningkatkan kemampuan edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas yang memadai, guna meminimalkan risiko komplikasi akibat persalinan oleh paraji. (Zuitasari, 2025).

5.2.4 Bagi Pelayanan Kesehatan

RSUD dr. Slamet Garut dan fasilitas kesehatan lainnya diharapkan terus meningkatkan kapasitas pelayanan kegawatdaruratan obstetri melalui penguatan sumber daya manusia, sarana, dan peralatan. Mengingat Kabupaten Garut menempati posisi kedua penyumbang angka kematian ibu terbanyak di Jawa Barat dengan 50 kasus pada tahun 2023 (Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, 2024), diperlukan program intervensi yang lebih komprehensif dan terukur.

5.2.5 Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga diharapkan meningkatkan kesadaran akan pentingnya pemeriksaan kehamilan (ANC) minimal 6 kali selama kehamilan sesuai rekomendasi WHO. Persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan yang memadai, bukan oleh paraji, guna mencegah komplikasi yang mengancam jiwa. Pasien juga dianjurkan memanfaatkan layanan kontrasepsi pascapersalinan dan merencanakan jarak kehamilan yang ideal demi menjaga kesehatan reproduksi secara optimal.

5.2.6 Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan mengembangkan penelitian lebih mendalam mengenai faktor risiko spesifik retensio plasenta di Kabupaten Garut, serta efektivitas berbagai intervensi dalam menurunkan angka kejadian dan komplikasinya. Penelitian tentang efektivitas program edukasi masyarakat dalam meningkatkan perilaku persalinan yang aman juga sangat diperlukan untuk mendukung upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Garut.

DAFTAR PUSTAKA

- Affecting, F., Incidence, T. H. E., Placental, O. F., & In, R. (2025). Indonesian Journal of Global Health Research. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 2(4), 103–114. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v2i4.250>
- Alfitri, P. R., Gumiarti, G., & Subiastutik, E. (2022). Hubungan Riwayat Curettage dengan Kejadian Retensio Plasenta. *ARTERI : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(2), 45–50. <https://doi.org/10.37148/arteri.v3i2.211>
- Arfah, Darmin Dina, & Sukmawati Sulfakar. (2023). Asuhan Kebidanan Pada Ny "K" Dengan Retensio Plasenta di Rumah Sakit Umum Daerah Majene. *DELIMA: Jurnal Kajian Kebidanan*, 1(1), 12–18. <https://doi.org/10.56467/delima.v1i1.71>
- Christin Rimeta Lubis, Ester Simanullang, & Nur Azizah. (2024). Hubungan Umur dan Paritas Dengan Kejadian Retensio Plasenta Pada Ibu Bersalin di Puskesmas Sonomartani Labura Tahun 2023. *Jurnal Praba : Jurnal Rumpun Kesehatan Umum*, 2(3), 193–198. <https://doi.org/10.62027/praba.v2i3.165>
- Damanik, I. H., Manurung, H. R., Rajagukguk, D., Desmawati, H., Sari, R. W., Febrianti, P., & Tindaon, Y. K. (2024). *FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN RETENSIO PLASENTA PADA IBU BERSALIN DI RSUP HAJI ADAM MALIK MEDAN TAHUN 2024 Penelitian ini menggunakan desain penelitian analitik observasional dengan pendekatan kasus kontrol guna mendalami hubungan sebab-akibat*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2024). *Jumlah Kasus Kematian Ibu Menurut*

Puskesmas di Kabupaten garut.

<https://satudata.garutkab.go.id/en/datasets/jumlah-kasus-kematian-ibu-menurut-puskesmas-di-kabupaten-garut-4111/>

Ismi Nur Khasanah, S.ST., M. K., Berlina Putrianti, S.ST., M. K., Baiq Dewi Harnani R, SST, M. K., Fatiyani, S.Pd., M. K., Hafsah Us, S.SiT., M. K., Murti Krismiyati, S.ST., M. K., Amri Wulandari, SST., M. ., Ni Gusti Made Ayu Agung Budhi, SSiT., M.Keb., B., Karningsih, S.Kep., Ners., M., Nova Sumaini Prihatin, SST., M., Novianti Rizki Amalia, SST., M. K., Asmawati G., SKM., M. K., & Nurdahlia, S.K.M., M. K. (2025). *Dokumentasi Kebidanan* (M. K. La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., Ed.; 2025th ed.). PT MEDIA PUSTAKA INDO.

Kemkes, 2021. (2021). PMK No. 21 Tahun 2021. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, (879), 2004–2006.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusu Dini*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan*.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*.

Omotayo, M. O., Abioye, A. I., Kuyebi, M., & Eke, A. C. (2021). Prenatal anemia and postpartum hemorrhage risk: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(8), 2565–2576.

<https://doi.org/10.1111/jog.14834>

Pemerintah Kabupaten Garut. (2025). *Bupati Garut Dukung Penuh IBI Kabupaten Garut dalam Upaya Menurunkan AKI/AKB*. Pemerintah Kabupaten Garut.

Perlman, N. C., & Carusi, D. A. (2025). Retained placenta after vaginal delivery: Risk factors and management. *International Journal of Women's Health*, 11, 527–534. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S218933>

Pratami, E. (2021). *Evidence-Based dalam Kebidanan: Kehamilan, Persalinan, & Nifas*. EGC.

Prawirohardjo, S. (2020). *Ilmu kebidanan Sarwono Prawirohardjo* (S. Abdul Bari, R. Trijatmo, & G. H. Wiknjosostro, Eds.; Edisi keem). Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2016.

profil kesehatan. (2025). TIM PENYUSUN Pembina Pengarah Penanggung Jawab Koordinator Anggota. *Kesehatan*, 400, 268.

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.

Ramadan, M. K., El-Zein, N., Jomaa, M., Zeidan, A., El Tal, R., & Badr, D. A. (2025). Retained non-previa placenta in the era of “placenta accreta spectrum”: a report of two cases managed expectantly and a proposed plan for management. *Frontiers in Medicine*, 12(April), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1504491>

Robinson, Debbie, Basso, M., Chan, C., Duckitt, K., & Lett, R. (2022). Guideline No. 431: Postpartum Hemorrhage and Hemorrhagic Shock. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 44(12), 1293-1310.e1.

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.10.002>

Sab'ngatun, & Ropitasari. (2022). *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Deepublish.

Sari, Wenny, Indah, Purnama, Eka, & Kurniyati. (2022). *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. PT. Nasya Expanding Management (Penerbit NEM) ISBN 978-623-423-071-0.

Septian Suci Yatiningsih, Adib Ahmad Shammakh, Aulia Mahdaniyati S, & Ida Ayu Made Maharani. (2023). Hubungan Usia, Paritas, Dan Riwayat Sesar Dengan Kejadian Retensio Plasenta Pada Ibu Post Partum Di Rsud Kota Mataram. *Cakrawala Medika: Journal of Health Sciences*, 2(1), 121–132.
<https://doi.org/10.59981/swp27421>

Siantar, Rostianingsih, Ismiati, & Bunga. (2022). *buku ajar asuhan kebidanan maternal dan neonatal*. Rena Cipta Mandiri.

Syalfina, A. D., Priyanti, S., & Irawati, D. (2021). Manajemen Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Retensio Plasenta Midwifery Management in Maternal Maternity with Placenta Retention. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr.Soetomo*, 7(2), 150–161.

UOBK RSUD dr Slamet Garut. (2025). *Angka kejadian retensio plasenta di rsud dr slamet garut*.

Wardhana, ardyan. (2022). Buku ajar kegawatdaruratan. *Kepera*, 1–223.

WHO. (2025). Global Anaemia Estimates 2023. *World Health Organization*.
<https://www.who.int/data/gho>

World Health Organization. (2023). *A roadmap to combat postpartum haemorrhage between 2023 and 2030*.

https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children

World Health Organization. (2025). Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. In *WHO, Geneva*.
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>

Yatiningsih, S. S., Shammakh, A. A., Mahdaniyati S., A., & Maharani, I. A. M. (2023). Hubungan Usia, Paritas, Dan Riwayat Sesar Dengan Kejadian Retensio Plasenta Pada Ibu Post Partum Di RSUD Kota Mataram. *Cakrawala Medika: Journal Of Health Sciences*, 02(01), 50–61.

Zuitasari, A. (2025). Anemia dan Retensio Plasenta dengan Kejadian Perdarahan Post Partum. *Journal of Health Science*, 3(1), 12–17.
<https://doi.org/10.54816/jhs.v1i2.350>

LAMPIRAN

Lembar partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal : 02-03-2020
 Tempat persalinan : ☒ rumah ibu ☐ Puskesmas ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya _____
 Alamat tempat persalinan _____

KALA I

☐ Partograf melewati garis waspada

☐ Partograf melewati garis bahaya

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut : _____

Agensi kesehatan : _____

KALA II

Lama Kala II : 15 menit Episiotomi : ☒ tidak ☐ ya, Indikasi : _____

Pendamping pada saat persalinan : ☐ suami ☒ keluarga ☐ teman ☐ dukun ☐ tidak ada

Gawat Janin : ☐ miringkan Ibu ke sisi kiri ☐ minta Ibu menarik napas ☐ episiotomi

Distosia Bahu : ☐ Manuver Mc Robert Ibu merangkang ☐ Lainnya _____

Penatalaksanaan untuk masalah tersebut : _____

Agensi kesehatan : _____

KALA III

Lama Kala III : _____ menit Jumlah Perdarahan : _____ ml

a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? ☐ ya ☐ tidak, alasan _____

Pemberian Oksitosin ulang (2x) ? ☒ ya ☐ tidak, alasan _____

b. Pemegangan tali pusat terkendali ? ☐ ya ☐ tidak, alasan _____

c. Masase fundus uteri? ☐ ya ☐ tidak, alasan _____

Laserasi perineum derajat _____ Tindakan : ☒ mengeluarkan secara manual ☐ merujuk

Atonia uteri : ☐ Kompresi bimanual interna ☐ Metil Ergometrin 0,2 mg IM ☐ Oksitosin drip

Agensi kesehatan : _____

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut : _____

Agensi kesehatan : _____

BAYI BARU LAHIR

Berat Badan : 3067 gram Panjang : 48 cm Jenis Kelamin ☒ P Nilai APGAR : _____

Perawatan KB : ☐ ya ☐ tidak, alasan _____

Bayi baru lahir pucat/biru/lemas : ☐ mengeringkan ☐ menghangatkan ☐ bebaskan jalan napas

☐ stimulasi rangsang aktif ☐ Lain-lain, sebutkan : _____

☐ Penatalaksanaan untuk masalah tersebut : _____

Agensi kesehatan : _____

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut : _____

Agensi kesehatan : _____

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	21.35	100/80	85 x /menit	36,5°C	3 jari 3 psi	Keras	Korang	± 50 cc
	21.50	100/80	84 x /menit		3 jari 3 psi	Keras	Korang	± 50 cc
	22.05	110/90	81 x /menit		3 jari 3 psi	Keras	Korang	± 40 cc
	22.20	110/90	86 x /menit		3 jari 3 psi	Keras	Korang	± 40 cc
2	23.00	100/90	80 x /menit	36,5°C	3 jari 3 psi	Keras	Korang	± 30 cc
	23.30	80/40	89 x /menit		3 jari 3 psi	Keras	Korang	± 20 cc

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut : _____

Agensi kesehatan : _____

KIE

No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
		• Semua nifas		
		• Breast care		

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Ajeng Aulia Az Zahra .

Nama Pembimbing : Tri wah-juni, S. ST., Bdn., m.kes

NIM : KHGB23040

NIDN : 0420390107038

Judul KTI : Asuhan kebidanan ibu bersalin pada N45. usia 28 tahun
Prado mpartu kala III dengan Refrensis Placenta di ruang panek Rvd dr slamet.

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	selasa 28 - 04 - 26	Pengasuan judul	Acc judul		
2.	Jum'at 08 - 05 - 26	Konsul bab 1 - 2	Revisi bab 1 - 2		
3.	senin 11 - 05 - 26	Konsul bab 3, Revisi bab 1 - 2	Acc bab 1 - 2 Revisi bab 3		
4.	Rabu 20 - 05 - 26	Konsul bab 3	Revisi bab 3		
5.	selasa 26 - 05 - 26	Revisi bab 3, konsul bab 4 - 5	Acc bab 3 Revisi bab 4 - 5		
6.	Jum'at 05 - 06 - 26	Konsul bab 4 - 5	Revisi bab 4 (tambah). Acc bab 5.		
7.	Jum'at 12 - 06 - 26	Konsul bab 1 - 5	Acc bab 1 - 5.		

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Ajeng Aulia Az Zahra .

Nama Penguji I : Rosita Alvia, SST., M. Keb.

NIM : KHGB23040

NIDN : 0901048804 .

Judul KTI : Asuhan kebidanan ibu bersalin pada Hs usia 28 tahun PTAU dengan keluhan pruritus di ruang perineal RSUD dr. Slamet Garut .

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Jum'at 26 / 06 / 2026		Revisi bab 1 latar belakang .		
2.	Jum'at 03 / 07 / 2026	ACC			
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

LÈMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Meng Aulia Az Zahra.

Nama Penguji II : Bdn. Nani Suryani, SST, M. Keb

NIM : KH6B23040.

NIDN : 042039.1110.081

Judul KTI : Asuhan kebidanan ibu bersalin Ht 5 usia 28 tahun P2A0 dengan Retensio plasenta.

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	25/06/24		Revisi bab 4		
2.	03/07/24	Acc			
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Ajeng Aulia Az Zahra
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 05 November 2004
Agama : Islam
Nama Ayah : Jajang
Nama Ibu : Lilis
No. Hp : 0895-0768-3440
Email : ajengaulzhraaa@gmail.com
Alamat : Kp. Dayeuhmanggung 02/05, Ds.
Dayeuhmanggung, Kec. Cilawu Kab. Garut

2. Riwayat Pendidikan

RA Al-Mujahidin Tahun Ajaran 2010-2011
SDN Dayeuhmanggung 2 Tahun Ajaran 2011-2017
MtsN 1 Kota Tasikmalaya Tahun Ajaran 2017-2020
MA Miftahul Khoirot Karawang Tahun Ajaran 2020-2023
Terdaftar sebagai Mahasiswa Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
Program Studi Diploma 3 Kebidanan Tahun Ajaran 2023-2026