ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DENGAN RETENSIO PLASENTA DI PMB SAHARA KECAMATAN PADANGSIDIMPUAN SELATAN KOTA PADANGSIDIMPUAN TAHUN 2025

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun untuk Melengkapi Salah Satu Syarat Mencapai Gelar Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan

Disusun Oleh:
SUCI AMALIA DAULAY
NIM: 22020020

PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANG SIDIMPUAN
TAHUN 2025

LEMBAR PENGESAHAN

Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padang Sidempuan

Padangsidimpuan, Agustus 2025

Pembimbing

Bd. Hj. Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb. M.KM
NUPTK: 6159766667237103

Ketua Program Studi Kebidanan
Program Sarjana Diploma Tiga

Bd. Hj. Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb. M.KM
NUPTK: 6159766667237103

Dekan
Fakultas Kesehatan

Arinil Hidayah, SKM. M.Kes
NUPTK. 8350765666230243

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Dengan ini peneliti mengatakan dalam laporan penelitian ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk penelitian lain atas untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan pada perguruan tinggi lain, dan sepanjang pengetahuan penelitian juga tidak terdapat karya orang lain atau yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Padangsidimpuan, Mei 2025

Tanda tangan

Suci Amalia Daulay

Nim: 22020020

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Data Pribadi

Nama	: Suci Amalia Daulay
Nim	: 22020020
Tempat/ Tanggal Lahir	: Sorik, 30 Januari 2004
Agama	: Islam
Jenis Kelamin	: Perempuan
Anak Ke-	: 2 (Kedua) dari 3 bersaudara
Status Keluarga	: Anak Kandung
Alamat	: Sorik Kec. Batang Angkola Kab. Tapsel

II. Data Orang Tua

Nama Ayah	: Bisman Daulay
Nama Ibu	: Derwana Lubis
Pekerjaan Ayah	: Wiraswasta
Pekerjaan Ibu	: Ibu Rumah Tangga

III. Pendidikan

Tahun 2010 – 2016	: SD Negeri 100612 Sorik
Tahun 2016 – 2019	: MTsN 4 Tapanuli Selatan
Tahun 2019 – 2022	: SMA N 1 Batang Angkola
Tahun 2022 – 2025	: Program Studi Kebidanan Program Diploma III Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmat-Nya sehingga bisa terselesaikan nya Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Retensio Plasenta Di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan Tahun 2025"

Sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Universitas Aufa Royhan Kota Padangsidempuan Dalam hal ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Dr. Anto J Hadi, SKM, M.Kes, MM selaku Rektor Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidempuan.
2. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidempuan.
3. Bd. Hj. Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb. M.K.M., selaku Ketua Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidempuan, serta sebagai Dosen Pembimbing yang telah memberikan arahan dan dukungan dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir (LTA) ini.
4. Dr. Bd. Novita Sari Batubara, S. Keb., M. Kes., selaku ketua penguji penulis, terimakasih penulis sampaikan atas kritk, saran serta bimbingan yang sangat bermanfaat bagi perbaikan LTA ini.
5. Seluruh Dosen dan staff Dosen Universitas Aufa Royhan yang telah mendidik dan memberikan ilmu yang bermanfaat kepada saya selama masa perkuliahan.
6. Cinta pertama dan panutan saya Ayahanda Bisman Daulay. Terimakasih atas segala pengorbanan dan kasih sayang yang tiada henti. Semoga kelak keberhasilan ini dapat menjadi kebanggaan dan balasan atas segala perjuangan ayah. Pintu surgaku, Ibunda Derwana Lubis. Terimakasih sebesar-besarnya penulis berikan kepada beliau atas segala bentuk bantuan, semangat dan doa yang diberikan selama ini. Terimakasih atas segala

nasihat yang diberikan meski terkadang pikiran kita tidak sejalan, terimakasih atas kesabaran hati dalam menghadapi penulis. Saudara tercinta abang Mulawarman Daulay, S.Or., Gr., dan adik Fazril Huda Daulay, terimakasih atas dukungan, cinta dan motivasinya dalam perkuliahan ini.

7. Kepada PMB Sahara Penulis ucapkan terima kasih karena telah memberikan izin untuk melakukan penelitian dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
8. Kepada semua teman-teman seperjuangan mahasiswa Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan angkatan ke XI tahun 2022 yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat menjadi sumber ilmu pengetahuan dan bermanfaat untuk semua pihak.

Padangsidimpuan, Mei 2025

Penulis

Suci Amalia Daulay

22020020

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vii
DAFTAR TABEL ix
DAFTAR LAMPIRAN x
DAFTAR SINGKATAN xi
ABSTRAK xii
***ABSTRACT* ..... xiii**

BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 4
1.3 Tujuan 4
1.3.1 Tujuan Umum 4
1.3.2 Tujuan Khusus 4
1.4 Manfaat 5
1.4.1 Bagi Institusi 5
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian 5
1.4.3 Bagi Penulis 5
1.4.4 Bagi Bidan 6
1.5 Ruang Lingkup 6
1.5.1 Materi 6
1.5.2 Responden 6
1.5.3 Tempat 6
1.5.4 Waktu 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7
2.1 Persalinan 7
2.2.1 Pengertian Persalinan 7
2.2.2 Macam-Macam Persalinan 7
2.2.3 Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan 8
2.2.4 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan 8
2.2.5 Tanda Dan Gejala Persalinan 10
2.2.6 Tahapan Persalinan 12
2.2.7 Tanda-Tanda Persalinan 15
2.2.8 Faktor-faktor yang Memengaruhi Persalinan 16
2.2.9 Tujuan Asuhan Persalinan 22
2.2 Retensio Plasenta 23
2.2.1 Pengertian Retensio Plasenta 23
2.2.2 Faktor Penyebab Masalah Retensio Plasenta 24
2.2.3 Tanda Dan Gejala Retensio Plasenta 28
2.2.4 Patofisiologis Retensio Plasenta 29
2.2.5 Dampak Retensio Plasenta 30
2.2.6 Penatalaksanaan Retensio Plasenta 31

2.3 Kebijakan Terkait Retensio Plasenta (Permenkes dan Standar Kompetensi Bidan) 33
2.4 Manajemen Kebidanan dan Dokumentasi SOAP..... 34
2.4.1 Langkah-langkah Manajemen Kebidanan Berdasarkan 7 Langkah Varney..... 34
2.5 Dokumentasi SOAP..... 38

BAB III MANAJEMEN KEBIDANAN 40
3.1 Pengumpulan Data/Pengkajian..... 40
3.1.1 Identitas 40
3.1.2 Anamnese (Data Subjektif)..... 40
3.1.3 Pemeriksaan Fisik (Data Objektif)..... 42
3.1.4 Data Perkembangan 54

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 57
4.1 Hasil Dan Pembahasan 57

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 62
5.1 Kesimpulan 62
5.2 Saran..... 63
DAFTAR PUSTAKA 64

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2. Tanda plasenta dan gejala retensio plasenta.....31

Tabel 3.1.4 Data Perkembangan.....56

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Partograph

Lampiran 2 Lembar Konsul

Lampiran 3 Lembar Daftar Tilik Manual Plasenta

DAFTAR SINGKATAN

DJJ : Denyut Jantung Janin

HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir

LILA : Lingkar Lengan Atas

TFU : Tinggi Fundus Uteri

TT : Tetanus Toksoid

TTP : Tafsiran Tanggal Persalinan

WHO : *World Health Organization*

TBJ : Tafsiran Berat janin

BB : Berat Badan

TB : Tinggi Badan

MDGs : Millennium Development Goals

PONED: Pelayanan Obstetric Neonatal Emergensi Dasar

SDKI : Survei Demografi Kesehatan Indonesia

ABSTRAK

[1]Suci Amalia Daulay, [2]Nur Aliyah Rangkuti
[1]Mahasiswa Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga
[2]Dosen Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DENGAN RETENSIO PLASENTA DI PMB SAHARA KECAMATAN PADANGSIDIMPUAN SELATAN KOTA PADANGSIDIMPUAN TAHUN 2025

Latar Belakang : Data dari World Health Organization (WHO), setiap harinya sekitar 810 perempuan meninggal akibat komplikasi yang terjadi selama kehamilan atau proses persalinan di seluruh dunia. Antara tahun 2000 hingga 2017, Angka Kematian Ibu (AKI) mengalami penurunan sekitar 38% secara global. Pada tahun 2017, jumlah kematian ibu diperkirakan mencapai 295.000 kasus yang terjadi selama masa kehamilan hingga pascapersalinan. Pada tahun 2019, risiko kematian ibu di negara-negara berkembang tercatat sebesar 462 per 100.000 kelahiran hidup, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan negara-negara maju yang hanya sebesar 11 per 100.000 kelahiran hidup. WHO juga melaporkan bahwa sekitar 15–20% dari total kematian ibu disebabkan oleh retensio plasenta, dengan angka kejadian berkisar antara 0,8% hingga 1,2% pada setiap kelahiran. (*World Health Organization*, 2020). **Tujuan :** Untuk melakukan manajemen asuhan kebidanan persalinan dengan retensio plasenta di PMB Sahara Tahun 2025 sesuai dengan manajemen 7 langkah varney dan data perkembangan SOAP. **Metode Penelitian :** Studi kasus menggunakan metode 7 langkah varney dan data data perkembangan SOAP, lokasi studi kasus itu di PMB Sahara Kota Padangsidimpuan, subjek studi kasus ini adalah Ny. D G1 P1 A0 umur 24 tahun dengan retensio plasenta, waktu studi kasus yaitu pada bulan Desember. **Kesimpulan :** Peneliti telah melaksanakan asuhan sesuai manajemen 7 langkah varney dan data perkembangan SOAP yang digunakan berdasarkan manajemen asuhan mulai dari Pengkajian, Interpretasi data, Diagnosa potensial, Tindakan segera, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi. **Saran**: Diharapkan laporan tugas akhir ini dapat digunakan sebagai masukan khususnya pada persalinan dengan masalah retensio plasenta.

Kata Kunci: Asuhan Kebidanan, Persalinan, Retensio Plasenta
Kepustakaan : 14 pustaka 2020 - 2024

ABSTRACT

[1]Suci Amalia Daulay, [2]Nur Aliyah Rangkuti

[1]Students of the Midwifery Study Program Diploma Three Program

[2]Lecturer of Midwifery Study Program Diploma Three Program

THE CARE OF OBSTETRIC FOR CHILDBIRTH WITH PLACENTAL RETENTION AT PMB SAHARA, SOUTH PADANGSIDIMPUAN DISTRICT, PADANGSIDIMPUAN 2025

Background*: According to the World Health Organization (WHO), approximately 810 women worldwide die daily due to pregnancy or childbirth complications. Despite a 38% global decrease in Maternal Mortality Rate (MMR) between 2000 and 2017, there were an estimated 295,000 maternal deaths in 2017. Developing countries face a significantly higher risk of maternal mortality, with 462 deaths per 100,000 live births, compared to 11 deaths per 100,000 live births in developed countries. Placental retention contributes to 15-20% of maternal deaths, occurring in 0.8-1.2% of births.****Objective*** *:To implement obstetric care management for placental retention at PMB Sahara in 2025, following the 7-step Varney management and SOAP development data.****Method****: This case study utilized the 7-step Varney method and SOAP development data, focusing on Mrs. D, a 24-year-old woman (G1 P1 A0) with placental retention, at PMB Sahara Padangsidimpuan City in December.****Conclusion:****The researcher successfully implemented care according to the 7-step Varney management and SOAP development data, encompassing review, data interpretation, potential diagnosis, immediate action, planning, implementation, and evaluation.****Recommendation:*** *This final project report aims to provide valuable insights, particularly for childbirth cases involving placental retention problems.*

Keywords ***: Midwifery Care, Childbirth, Placental Retention***
References ***: 14 literature sources (2020-2024)***

UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
LEMBAGA PUSAT BAHASA

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Data dari World Health Organization (WHO), setiap harinya sekitar 810 perempuan meninggal akibat komplikasi yang terjadi selama kehamilan atau proses persalinan di seluruh dunia. Antara tahun 2000 hingga 2017, Angka Kematian Ibu (AKI) mengalami penurunan sekitar 38% secara global. Pada tahun 2017, jumlah kematian ibu diperkirakan mencapai 295.000 kasus yang terjadi selama masa kehamilan hingga pascapersalinan. Pada tahun 2019, risiko kematian ibu di negara-negara berkembang tercatat sebesar 462 per 100.000 kelahiran hidup, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan negara-negara maju yang hanya sebesar 11 per 100.000 kelahiran hidup. WHO juga melaporkan bahwa sekitar 15–20% dari total kematian ibu disebabkan oleh retensio plasenta, dengan angka kejadian berkisar antara 0,8% hingga 1,2% pada setiap kelahiran. (*World Health Organization*, 2020).

Berdasarkan data dari World Health Organization (WHO) pada tahun 2017, angka kematian ibu global tercatat sebesar 216 per 100.000 kelahiran hidup, dengan estimasi jumlah kematian mencapai 303.000 kasus. Indonesia termasuk dalam jajaran negara di Asia dengan tingkat AKI yang masih tergolong tinggi. Menurut WHO, sekitar 25% dari total kematian maternal disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan, sedangkan 16–17% lainnya diakibatkan oleh retensio plasenta (Sustainable Development Goals, 2020).

Data dari Kemeterian Kesehatan RI, 2018 menurut laporan-laporan baik di Negara maju maupun Negara berkembang kejadian retensio plasenta bekisar antara 5% sampai 15%. Dari angka tersebut diperoleh gambaran retensio plasenta menduduki peringkat ketiga 16-17% setelah urutan pertama atonia uteri 50-60% dan yang kedua yaitu sisa plasenta 23-24% (Astuti, 2020).

Berdasarkan Angka kematian maternal dan perinatal yang terbilang cukup tinggi di Indonesia. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia menduduki angka tertinggi nomor 2 setelah Laos. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan suatu negara. Kematian ibu masih menjadi masalah kesehatan yang serius di negara berkembang terutama penyebab kematian ibu disebabkan oleh perdarahan post partum. Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia

pada tahun 2018 ini masih tinggi, yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup dan target angka kematian ibu (AKI) Indonesia pada tahun 2030 diharapkan akan menurun menjadi 131 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan pada tahun 2019 penyebab kematian ibu terbanyak disebabkan oleh perdarahan dimana terdapat 1.280 kasus perdarahan, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.066 kasus, serta disebabkan oleh infeksi yaitu sebanyak 207 kasus (Kemenkes RI, 2020).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu Indikator derajat Kesehatan di suatu negara, karena AKI menggambarkan kualitas dan kemampuan pelayanan Kesehatan. Angka Kematian Ibu yakni jumlah ibu yang meninggal terkait dengan gangguan/penyakit atau penanganannya selama kehamilan, melahirkan, dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik, 2020).

Menurut Manuaba, sebagaimana dikutip dalam *Indonesia Journal of Midwifery* (2021), perdarahan merupakan salah satu faktor penyebab utama kematian ibu, bahkan menjadi penyebab tertinggi dalam kasus kematian maternal. Salah satu penyebab perdarahan adalah retensio plasenta. Kondisi ini diperkirakan berkontribusi terhadap 2–3% dari total angka kematian ibu di negara-negara berkembang (Ul Ya et al., 2021).

Salah satu penyebab utama kematian ibu, khususnya akibat perdarahan pada masa nifas, adalah retensio plasenta. Oleh karena itu, diperlukan upaya penanganan yang tepat melalui peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, terutama dalam hal pertolongan persalinan. Peningkatan mutu pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK), serta ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan, menjadi prioritas dalam pembangunan sektor kesehatan guna mendukung pencapaian target *Millennium Development Goals* (MDGs).

Upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka kejadian retensio plasenta adalah dengan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program keluarga berencana, yang secara tidak langsung dapat mengurangi risiko terjadinya kasus tersebut. Selain itu, peningkatan cakupan persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan profesional juga menjadi langkah penting dalam pencegahan.

Dalam pelaksanaan penanganan persalinan kala III, tindakan pijatan uterus (massage) dengan tujuan mempercepat pelepasan plasenta tidak dianjurkan, karena dapat menimbulkan komplikasi. Kematian perempuan usia reproduktif di dunia sebagian besar disebabkan oleh komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan. Lebih dari separuh kasus kematian tersebut terjadi dalam 24 jam pertama setelah persalinan, dan sebagian besar berkaitan dengan perdarahan postpartum dengan volume lebih dari 500 cc, yang dikenal sebagai *Postpartum Hemorrhage* (PPH) atau perdarahan pascapersalinan (Intiyaswati, 2021).

Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, jumlah kematian dalam 3 tahun terakhir yaitu 205 kematian pada tahun 2017, 185 kematian pada tahun 2018, dan 200 kematian pada tahun 2019. Bila jumlah kematian ibu dikonversi ke Angka Kematian Ibu (AKI), maka diperoleh AKI di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2019 sebesar 71,96 per 100.000 KH. Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan memastikan bahwa setiap ibu memiliki akses terhadap penyelenggaraan kesejahteraan ibu yang berkualitas, misalnya penyelenggaraan kesejahteraan ibu hamil, bantuan transportasi melalui tenaga kesehatan yang disiapkan di dinas kesejahteraan, pelayanan pasca kehamilan bagi ibu dan bayi, perawatan medis khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan akses cuti melahirkan dan layanan KB (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2020).

Berdasarkan hasil Survey AKI & AKB yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara dengan FKM-USU tahun 2010 menyebutkan bahwa AKI di Sumatera Utara adalah sebesar 268 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan estimasi tersebut, maka angka kematian ibu ini belum mengalami penurunan berarti hingga tahun 2016. Laporan profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2017, jumlah kematian ibu tercatat sebanyak 205 kematian, jumlah kematian ibu yang tertinggi tahun 2017 tercatat di Kabupaten Labuhanbatu dan Kabupaten Deli Serdang sebanyak 15 kematian, disusul Kabupaten Langkat dengan 13 kematian serta Kabupaten Batubara sebanyak 11 kematian. (Sitorus, Joni. 2020).

Berdasarkan masih tingginya angka kejadian retensio plasenta sebesar 2.83% menjadi 4.19%, maka dipandang perlu dilakukan penelitian tentang hubungan antara umur dan paritas ibu dengan kejadian retensio plasenta. Bahwa umur memegang peranan penting dalam menjalani proses reproduksi sehat.

Walaupun demikian, dalam umur reproduksi sehat yaitu umur 20-35 tahun, dimana dikatakan bahwa pada umur ini baik untuk bereproduksi namun tidak menutup kemungkinan terjadi komplikasi retensio plasenta saat persalinan. Begitu halnya dengan paritas, paritas yang aman dalam proses reproduksi adalah primipara sedangkan multipara dan grandemultipara beresiko terjadi retensio plasenta (Intiyaswati & Pramesti, 2021).

Dari masalah diatas, retensio plasenta masih menjadi suatu pemicu berlangsungnya perdarahan postpartum yang berakibat utama pada kematian ibu, serta sejumlah riset terdahulu yang telah membahas berkenaan faktor risiko peristiwa retensio plasenta, namun masih terdapat perbedaan hasil yang bermakna pada setiap penelitian. Berdasarkan survey awal dilakukan di PMB. Sahara di kota padang sidimpuan pada bulan November-Desember 2024 terdapat 1 ibu bersalin yang mengalami retensio plasenta.

Hasil dari data survey awal penulis tertarik untuk melakukan asuhan dengan judul "Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Retensio Plasenta Di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan Tahun 2025".

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada kasus diatas "Bagaimana asuhan kebidanan persalinan dengan Retensio Plasenta di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan Tahun 2025?".

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Retensio Plasenta Secara Komperhensif Menggunakan Manajemen 7 Langkah Varney di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan Tahun 2025.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan dibuatnya Asuhan Kebidanan persalinan dengan Retensio Plasenta agar mahasiswa dapat:

a. Melakukan Pengkajian Data Dasar Pada Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Retensio Plasenta di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan.

b. Melakukan Interpretasi Data Dasar Pada Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Retensio Plasenta di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan.
c. Mengidentifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial Pada Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Retensio Plasenta di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan.
d. Mengidentifikasi Kebutuhan Terhadap Intervensi dan Kolaborasi Pada Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Retensio Plasenta di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan.
e. Melakukan Perencanaan Pada Asuhan Kebidaan Persalinan Dengan Retensio Plasenta di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan.
f. Melakukan Implementasi Pada Asuhan Kebidaan Persalinan Dengan Retensio Plasenta di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan.
g. Melakukan Evaluasi Pada Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Retensio Plasenta di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Institusi

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sebagai tambahan reverensi ke perpustakaan dan pengembangan teori di Universitas Aufa Royhan khususnya Prodi Kebidanan Program Diploma Tiga.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Laporan dari kasus ini dapat menambah pengalaman dan keterampilan praktek dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan Retensio Plasenta di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan di Kota Padangsidimpuan Tahun 2025.

1.4.3 Bagi Penulis

Dapat menerapkan ilmu yang telah diperoleh serta wawasan tentang penatalaksaan asuhan kebidanan secara langsung pada ibu bersalin dengan masalah Retensio Plasenta.

1.4.4 Bagi Bidan

Dapat memberikan pelayanan kesehatan dengan melaksanakan asuhan kebidanan teori dan standar pelayanan yang berlaku.

1.5 Ruang Lingkup

1.5.1 Materi

Retensio Plasenta adalah kondisi di mana plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir.

1.5.2 Responden

Ibu Bersalin Dengan Retensio Plasenta di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan.

1.5.3 Tempat

Tempat asuhan kebidanan dilakukan di Praktek Mandiri Bidan Sahara Kelurahan Aek Tampang, Kec Padangsidimpuan Selatan di Kota Padangsidimpuan, Sumatera Utara, Indonesia.

1.5.4 Waktu

Waktu dimulai sejak pelaksana studi kasus pada Retensio Plasenta.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Ada beberapa pengertian persalinan, yaitu sebagai berikut:

a. Persalinan menurut *World Health Organizatio* (WHO) adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin atau uri) yang telah cukup bulan (37-42 minggu) atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam tanpa adanya komplikasi pada ibu maupun janin (Batubara & Rangkuti, 2021).
b. Persalinan adalah proses pengeluaran janin pada kehamilan cukup bulan yaitu sekitar 37-42 minggu dan lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18-24 jam tanpa komplikasi (Nurasih & Nurkholifah, 2016).
c. Persalinan adalah serangkaian kejadian pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri) (Kurnianingrum, 2016).
d. Persalinan adalah suatu kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampirh cukup bulan yang kemudian, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin (Rinata & Andayani, 2018).
e. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar rahim melalui jalan lahir atau jalan lahir (Diana & Rufaida, 2019).

2.2.2 Macam-Macam Persalinan

Menurut Manuaba (1999), bentuk-bentuk persalinan dapat digolongkan menjadi :

a. Persalinan spontan, yaitu bila persalinan berlangsung dengan tenaga sendiri.
b. Persalinan buatan, yaitu bila persalinan dengan rangsangan sehingga terdapat kekuatan untuk persalinan.

c. Persalinan anjuran, yaitu persalinan yang paling ideal karena tidak memerlukan bantuan apapun dan mempunyai trauma persalinan yang paling ringan sehingga kualitas sumber daya manusia dapat terjamin.

2.2.3 Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

a. Abortus

   Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram.

b. Partus Immarturus

   Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

c. Partus Prematurus

   Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

d. Partus Maturus Atau Aterm

   Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.

2.2.4 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:

a. Penurunan Kadar *Progesteron*

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

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

b. Teori *Oxitosin*

   Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis parst posterior*. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesteron* dapat mengubah

sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Di akhir kehamilan kadar *progesteron* menurun sehingga *oxitocin* bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

c. Keregangan Otot-otot.

Otot rahim *mempunyai* kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan *Bladder* dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

d. Pengaruh Janin

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

e. Teori *Prostaglandin*

Konsentrasi *prostaglandin* meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang *dikeluarkan* oleh *desidua*. *Prostaglandin* yang dihasilkan oleh *desidua* diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa *prostaglandin* F2 atau E2 yang diberikan secara *intravena*, intra dan *extra amnial* menimbulkan kontraksi *miometrium* pada setiap umur kehamilan. Pemberian *prostaglandin* saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar *prostaglandin* yang tinggi baik dalam air maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

2.2.5 Tanda Dan Gejala Persalinan

a. Adanya Kontraksi Rahim

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

1) *Increment*: Ketika intensitas terbentuk.
2) *Acme*: Puncak atau maximum.
3) *Decemen*t: Ketika otot relaksasi

Kontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat. Perutakan mengalami kontraksi dan relaksasi, diakhir kehamilan proses kontraksi akan lebih sering terjadi (Huliana. 2001). Mulanya kontraksi terasa seperti sakit pada punggung bawah berangsur-angsur bergeser ke bagian bawah perut mirip dengan mules saat haid (Rose. 2007). Kontraksi terjadi simetris di kedua sisi perut mulai dari bagian atas dekat saluran telur ke seluruh rahim, kontraksi rahim terus berlangsung sampai bayi lahir (Indiarti. 2008).

Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan wanita tersebut. Kontraksi pada persalinan aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Pada persalinan awal, kontraksi mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik. Frekuensi kontraksi ditentukan dengan mengukur waktu dari permulaan satu kontraksi ke permulaan kontraksi selanjutnya. Kontraksi biasanya disertai rasa sakit, nyeri, makin mendekati kelahiran. Kejang nyeri tidak akan berkurang dengan istirahat atau elusan, wanita primipara ataupun yang sedang dalam keadaan takut dan tidak mengetahui apa yang terjadi pada dirinya serta tidak dipersiapkan dengan teknik relaksasi dan pernapasan untuk mengatasi kontraksinya akan menagis dan bergerak tak terkendali di tempat tidur hanya karena kontraksi ringan, sebaliknya wanita yang sudah memiliki pengalaman atau telah dipersiapkan dalam menghadapi pengalaman kelahiran dan mendapat dukungan dari orang terdekat atau tenaga

professional yang terlatih memimpin persalinan, atau wanita berpendidikan tidak menunjukkan kehilangan kendali atau menagis bahkan pada kontraksi yang hebat sekalipun (Varney. 2007).

b. Keluarnya Lendir Bercampur Darah

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

Blood slim paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Ketika melihat rabas sering, wanita sering kali berpikir bahwa ia melihat tanda persalinan. Bercak darah tersebut biasanya akan terjadi beberapa hari sebelum kelahiran tiba, tetapi tidak perlu khawatir dan tidak perlu tergesa-gesa ke rumah sakit, tunggu sampai rasa sakit di perut atau bagian belakang dan dibarengi oleh kontraksi yang teratur. Jika keluar pendarahan hebat, dan banyak seperti menstruasi segera ke rumah sakit (Maulana. 2008).

c. Keluarnya Air-Air (Ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi (Maulana. 2008). Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Kebocoran cairan amniotik bervariasi dari yang mengalir deras sampai yang menetes sedikit demi sedikit, sehingga dapat ditahan dengan memakai pembalut yang bersih. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum (Stoppard. 2008).

d. Pembukaan Serviks

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat (Liu. 2002). Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim (Simkin. 2008). Servik menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan, kematangan servik mengindikasikan kesiapanya untuk persalinan (Varney. 2007).

2.2.6 Tahapan Persalinan

Pada proses persalinan menurut (*Mochtar,2001)* di bagi 4 kala, yaitu:

a. Kala I: Kala Pembukaan

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase:

1) Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung kurang dari 8 jam

2) Fase aktif

Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat/3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1cm/lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10). Terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berlangsung selama 6 jam dan di bagi atas 3 fase, yaitu:

Berdasarkan kurva friedman:

a) Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.
b) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm.

c) Periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm/lengkap.

b. Kala II: Kala Pengeluaran Janin

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar.mPada kala II ini memiliki ciri khas:

a) His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali.
b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan.
c) Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB.
d) Anus membuka.

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan mengejan yang terpimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin. Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu:

a) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam-2 jam
b) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam-1 jam

Pimpinan persalinan

Ada 2 cara ibu mengejan pada kala II yaitu menurut dalam letak berbaring, merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga dagu mengenai dada, mulut dikatup; dengan sikap seperti di atas, tetapi badan miring kearah dimana punggung janin berada dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas. (JNPKR dan Depkes, 2002)

c. Kala III: Kala Uri

Yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan Fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan *brand androw*, seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Dan pada

pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200cc.

Tanda kala III terdiri dari 2 fase:

a) Fase pelepasan uri

Mekanisme pelepasan uri terdiri atas:

1) *Schultze*

Data ini sebanyak 80% yang lepas terlebih dahulu di tengah kemudian terjadi *reteroplasenterhematoma* yang menolak uri mula mula di tengah kemudian seluruhnya, menurut cara ini perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

2) *Dunchan*

Lepasnya uri mulai dari pinggirnya, jadi lahir terlebih dahulu dari pinggir (20%). Darah akan mengalir semua antara selaput ketuban.

3) Serempak dari tengah dan pinggir plasenta

b) Fase pengeluaran uri

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya uri yaitu:

1) Kustner

Meletakkan tangan dengan tekanan pada atas simfisis, tali pusat diregangkan, bila plasenta masuk berarti belum lepas, bila tali pusat diam dan maju (memanjang) berarti plasenta sudah lepas.

2) Klien

Sewaktu ada his kita dorong sedikit rahim, bila tali pusat kembali berarti belum lepas, bila diam/turun berarti sudah lepas.

3) Strastman

Tegangkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, bila tidak bergetar berarti sudah terlepas.

4) Rahim menonjol di atas symfisis.

5) Tali pusat bertambah panjang.

6) Rahim bundar dan keras.

7) Keluar darah secara tiba-tiba.

d. Kala IV (Tahap Pengawasan)

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan selam kurang lebih dua jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak, yang berasal dari pembuluh darah yang ada di dinding rahim tempat terlepasnya plasenta, dan setelah beberapa hari anda akan mengeluarkan cairan sedikit darah yang disebut lokia yang berasal dari sisa-sisa jaringan. Pada beberapa keadaan, pengeluaran darah setelah proses kelahiran menjadi banyak. Ini disebabkan beberapa faktor seperti lemahnya kontraksi atau tidak berkontraksi otot-otot rahim. Oleh karena itu perlu dilakukan pengawasan sehingga jika perdarahan semakin hebat, dapat dilakukan tindakan secepatnya.

2.2.7 Tanda-Tanda Persalinan

Gejala persalinan sebagai berikut:

a. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
b. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda, yaitu:
    1) Pengeluaran lendir
    2) Lendir bercampur darah
c. Dapat disertai ketuban pecah dini.
d. Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan servix:
    1) Perlunakan serviks
    2) Perdarahan serviks
    3) Terjadi pembukaan serviks

Berikut tentang jalannya persalinan

a. Tanda persalinan sudah dekat

1) Terjadi lightening

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan:

a) Kontraksi Braxton Hicks
b) Ketegangan perut dinding

c) Ketegangan ligamentum rotundum

d) Gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah

Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul

a) Di bagian bawah terasa sesak

b) Terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang

c) Terjadi kesulitan saat berjalan

d) Sering miksi (beser kencing)

Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu, power (kekuatan his), passage (jalan lahir normal), dan pasanger (janinnya dan plasenta). Pada multipara gambarannya tidak jelas, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.

2) Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Kontraksi ini dapat dikemukakan sebagai keluhan, karena dirasakan sakit dan mengganggu. Kontraksi Braxton Hicks terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen, progesteron, dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin.

Dengan makin tua hamil, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu.

Sifat his permulaan (palsu)

a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah

b) Datangnya tidak teratur

c) Tidak ada perubahan pada servix atau pembawa tanda

d) Durasi pendek

e) Tidak bertmbah bila beraktivitas.

2.2.8 Faktor-faktor yang Memengaruhi Persalinan

1. Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir dibagi atas:

1) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul)

2) Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan, ligamen-ligament.

Ukuran ukuran panggul:

a). Alat pengukur ukuran panggul:

- Pita meter
- Jangka panggul: martin, oseander, collin, dan baudelokue
- Pelvimetri klinis dengan periksa dalam
- Pelvimetri rongenologis

b). Ukuran-ukuran panggul:

- Distansia spinarum: jarak antara kedua spina iliaka anterior superior 24-26 cm.
- Distansia kristarum: jarak antara kedua Krista iliaka kanan dan kiri 28-30 cm.
- Konjungata eksterna: 18-20 cm.
- Lingkaran panggul:80-100 cm.
- Conjugate diagonalis: 12.5 cm.
- Distansia tuberum: 10,5 cm.

c). Ukuran dalam panggul:

Pintu atas panggul merupakan suatu bidang yang di bentuk oleh promontorim, linea innuminata dan pinggir atas simpisis pubis.

- Konjugata vera: dengan periksa dalam di peroleh: Konjugata diagonalis 10,5-11 cm.
- Konjugata tranversa: 12-13 cm.
- Konjugata oblingua: 13 cm.
- Konjugata obstetrika adalah jarak bagian tengah simfisis ke promontorium.
- Ruang tengah panggul.
- Bidang terluas ukurannya 13 x 12,5 cm.
- Bidang tersempit ukurannya 11,5 x 11 cm.
- Jarak antara spina isciadika 11 cm.
- Pintu bawah panggul (outlet).
- Ukuran anterior-posterior 10-12 cm.
- Ukuran melintang 10,5 cm.

- Arcus pubis membentuk sudut 90 derajat lebih, pada laki-laki kurang dari 80 derajat.

2. Power (His dan Mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament.

1) His (kontraksi uterus)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang di mulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari "pacemaker" yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut.

Pada waktu kontraksi, otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna memiliki sifat:

a). Kontraksi simetris
b). Fundus dominan
c). Relaksasi

Pada waktu berkontraksi, otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi menebal dan lebih pendek. Kafum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantong amnion ke arah segmen bawah rahim dan cervik.His memiliki sifat:

a). Involutir
b). Intermiten
c). Terasa sakit
d). Terkoordinasi
e). Serta kadang dipengaruhi oleh fisik, kimia, psikis

Perubahan-perubahan akibat his:

a). Pada uterus dan servik: uterus teraba keras/padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatis air ketuban dan tekanan intrauteri naik serta menyebabkan servik menjadi mendatar (affecement) dan terbuka (dilatasi).
b). Pada ibu: rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi uterus. Juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.

c). Pada janin: pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenta kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat kurang jelas didengar krena adanya iskemia fisiologis, jika benar-benar terjadi hipoksia janin yang agak lama, misalnya pada kontraksi tetanik, maka terjadi gawat janin asfiksia dengan denyut jantung janin di atas 160 per menit, tidak teratur.

Pembagian dan sifatnya:

a). His palsu atau pendahuluan
- His tidak kuat, tidak teratur.
- Dilatasi servik tidak terjadi.

b). His pembukaan kala I
- His pembukaan servik sampai terjadi pembukaan lengkap 10.
- Mulai makin, teratur dan sakit.

c). His pengeluaran atau his mengejan (kala II)
- Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama.
- His untuk mengeluarkan janin.
- Koordinasi bersama antara: his kontraksi otot peru kontraksi diafragma dan ligament.

d). His pelepasan uri (kala III)
- Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

e). His pengiring (kala IV)
- Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (meriang) pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

2) Mengejan

Dalam proses persalinan normal ada 3 komponen yang amat menentukan, yakni passenger (janin), passage (jalan lahir) dan power (kontraksi). Agar proses persalinan berjalan lancar, ketiga komponen tersebut harus sama-sama dalam kondisi baik. Bayi yang ukurannya tidak terlalu besar pasti lebih mudah melalui jalan lahir normal, jalan lahir yang baik akan memudahkan bayi keluar, kekuatan ibu mengejan akan mendorong bayi cepat keluar.

Yang pegang kendali atau yang paling menentukan dalam tahapan ini adalah proses mengejan ibu yang dilakukan dengan benar, baik dari segi kekuatan maupun keteraturan. Ibu harus mebgejan sekuat mungkin seirama dengan instruksi yang diberikan. Biasanya ibu diminta menarik nafas panjang dalam beberapa kali saat kontraksi terjadi lalu buang secara perlahan. Ketika kontraksi mencapai puncaknya, doronglah janin dengan mengejan sekuat mungkin. Bila ibu mengikuti instruksi dengan baik, pecahnya pembuluh darah disekitar mata dan wajah bias dihindari. Begitu juga resiko berkurangnya suplai oksigen kejanin yang harus dilakukan:

1) Mulai trimester dua sempatkan mengikuti senam hamil. Ini akan sangat membantu dalam melemaskan otot panggul, menguatkan nafas dan sebagainya yang amat diperlukan saat persalinan tiba.
2) Usahakan jangan tegang, tetapi tetaplah relaks dengan melemaskan seluruh otot tubuh. Ketegangan hanya akan menyulitkan di saat ibu harus mengejan.
3) Jangan panik. Ikuti saja instruksi dengan baik. Kepanikan hanya akan membuat segalanya kacau karena dorongan jadi tidak teratur sementara tenaga terhambur sia-sia dan tidak efisienkarena bayi malah jadi lebih susah lahir.

Harus disesar bila:

Meski sangat ingin, banyak ibu hamil yang tidak bisa menjalani persalinan normal hingga harus di bantu dengan operasi sesar. Ada beberapa alas an medis yang membuat ibu terpaksa menjalani operasi sesar.

Kelainan power

Sangat mungkin ibu hamil tidak memiliki cukup power untuk mengejan. Ini biasanya dialami oleh ibu-ibu hamil yang sakit jantung atau asma yang membuat kemampuan mengejannya sedemikian lemah. Bisa juga akibat pengaruh dari penyakit lain.

3. Passengger

Passenger terdiri dari:

a. Janin

Selama janin dan plasenta berada dalam rahim belum tentu pertumbuhannya normal, adanya kelainan genetic dan kebiasaan ibu yang buruk dapat manjadikan pertumbuhannya tidak normal antara lain:

1) Kelainan bentuk dan besar janin anensefalus, hidrosefalus, janin makrosomia.
2) Kelainan pada letak kepala: presentasi puncak, presentasi muka, presentasi dahi dan kelainan oksiput.
3) Selain letak janin: letak sungsang, letak lintang, letak mengelak, presentasi rangkap (kepala tangan, kepala kaki, kepala tali pusat).
4) Kepala janin (bayi) merupakan bagian penting dalam proses persalinan dan memiliki cirri sebagai berikut: Bentuk kepala oval, sehingga setelah bagian besar lahir. maka bagian lainnya lebih mudah lahir.
5) Persendian kepala terbentuk kogel, sehingga dapat digerakkan kesegala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan putaran paksi dalam.
6) Letak persendian kepala sedikit kebelakang, sehingga kepala melakukan fleksi untuk putaran paksi dalam.

b. Plasenta

Plasenta terbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15-20 cm tebal 2-3 cm, berat 500-600 gram.

Sebab-sebab terlepasnya plasenta adalah:

Waktu bayi dilahirkan rahim sangat mengecil dan setelah bayi lahir uterus merupakan alat dengan dinding yang tebal sedangkan rongga rahim hampir tidak ada. Fundus uteri terdapat sedikit di bawah pusat, karena pengecilan rahim yang tiba-tiba ini tempat perlekatan plasenta jika sangat mengecil. Plasenta sendiri harus mengikuti pengecilan ini hingga menjadi dua kali setebal pada permulaan persalinan dan karena pengecilan tempat melekatnya plasenta dengan kuat, maka plasenta juga

berlipat-lipat dan ada bagian-bagian yang terlepas dari dinding rahim karena tak dapat mengkuti pengecilan dari dasarnya.

Pelepasan plasenta ini terjadi dalam stratum spongeosum yang sangat banyak lubang-lubangnya. Jadi secara singkat faktor yang sangat penting dalam pelepasan plasenta ialah retraksi dan kontraksi otot-otot rahim setelah anak lahir.

c. Air Ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, Air ketuban berfungsi sebagai bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar. Air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu, dan menjadi sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas.

Seiring dengan pertambahan usia kehamilan, aktifitas organ tubuh janin juga memengaruhi cairan ketuban. Saat usia kehamilan mulai memasuki 25 minggu, rata-rata air ketuban di dalam rahim 239 ml, yang kemudian meningkat menjadi 984 ml pad usia kehamilan 33 minggu.

2.2.9 Tujuan Asuhan Persalinan

Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Kebijakan pelayanan asuhan persalinan:

Semua persalinan harus dihadiri dan dipantau oleh petugas kesehatan terlatih.

1) Rumah bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetric dan neonatal harus tersedia 24 jam.
2) Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih. Rekomendasi kebijakan teknis asuhan persalinan dan kelahiran.

Asuhan sayang ibu dan sayang bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang memberi dukungan bagi ibu.

1) Partograf harus digunakan untuk memantau persalian dan berfungsi sebagai suatu catatan atau reka medic untuk persalinan. Selama persalian normal, intervensi hanya dilaksanakan jika benar-benar dibutuhkan. Prosedur ini hanya dibutuhkan jika ada infeksi atau penyulit.
2) Management kala III, termasuk melakukan penjepitan dan pemutusan tali pusat secara dini, memberikan suntikan oksitoksin IM, melakukan penegangan tali pusat terkendali (TTP) dan segera melakukan masase fundus, harus dilakukan pada semua persalinan normal.
3) Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi setidak-tidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu sudah dalam keadaan stabil. Fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
4) Masase fundus harus dilakukan sesuai kebutuhan untuk memastikan tonus uterus tetap baik, perdarahan minimal dan pencegahan perdarahan.
5) Selama 24 jam pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan dimasase sampai tonus baik. Ibu atau anggota keluarga dapat diajarakan melakukan hal ini.
6) Segera setelah lahir seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan bayi segera dikeringkan serta dijaga kehangatannya untuk mencegah terjadinya hipotermi.
7) Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga.

2.2 Retensio Plasenta

2.2.1 Pengertian Retensio Plasenta

Retensio Plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. Perdarahan pervaginam disebabkan oleh pelepasan plasenta secara Duncan yaitu pelepasan/separasi plasenta atau secara Schultze yaitu plasenta sudah sebagian lepas tetapi tidak keluar pervaginam. Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan

kala tiga) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan manual plasenta, meskipun kala uri belum lewat setengah jam (Salma Kusumastuti, Tri Maryani, 2018).

Retensio Plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Pada beberapa kasus dapat terjadi retensio plasenta (habitual retensio plasenta). Gejala dan tanda yang bisa ditemui adalah perdarahan segera, uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang. Plasenta tertahan jika tidak dilahirkan dalam 30 menit setelah janin lahir. Plasenta mungkin terlepas tetapi terperangkap oleh serviks, terlepas sebagian, secara patologis melekat (plasenta akreta, inkreta, perkreta) (Rukiyah, 2017).

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

Retensio plasenta adalah keadaan di mana plasenta belum lahir dalam waktu 24 jam setelah bayi lahir. Diagnosa ditegakkan berdasarkan adanya plasenta tidak lahir spontan dan tidak yakin apakah plasenta lengkap (Elisabeth, 2022).

2.2.2 Faktor Penyebab Masalah Retensio Plasenta

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

a. Fungsional
    1) His kurang kuat (penyebab terpenting), plasenta sudah lepas tetapi belum keluar karena atonia uteri dan akan menyebabkan perdarahan yang banyak. Atau karena adanya lingkaran kontriksi pada bagian bawah rahim (ostium uteri) akibat kesalahan penangan kala III, yang akan menghalangi plasenta keluar (plasenta inkreta).
    2) Plasenta sukar karena tempatnya (insersi disudut tuba), bentuknya (plasenta membranasea, plasenta anularis), dan ukurannya (plasenta

yang sangat kecil). Plasenta yang sukar karena penyebab ini disebut plasenta adesiva.

b. Patologi-anatomi Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena melekat dan tumbuh lebih dalam. Menurut perlengkatannya dibagi menjadi:
   1) Plasenta akreta: vilichorialis berimplantasi menembus desidua basalis dan nitabuch layer. Pada jenis ini plasenta melekat langsung pada miometrium.
   2) Plasenta inkreta: vilichorialis berimplantasi menembus miometrium tapi tidak menebus serosa uterus.
   3) Plasenta perkreta: vilichorialissampai menembus serosa atau perimetrium.

Plasenta akreta ada yang kompleta, yaitu jika seluruh permukaannya melekat dengan erat pada dinding rahim.Plasenta akreta yang persialis, yaitu jika hanya beberapa bagian dari permukaannya lebih erat berhubungan dengan dinding rahim.Plasenta akreta yang kompleta, inkreta, dan perkreta jarang terjadi (Berampu, 2018).

Faktor risiko terjadinya retensio plasenta yakni umur, paritas, anemia kehamilan, jarak kelahiran, usia kehamilan, penggunaan oksitosin dalam waktu yang lama, riwayat *sectio caesarea,* anomali rahim bawaan, riwayat retensio plasenta sebelumnya, dan konsepsi IVF (Perlman, 2019).

1. Pengaruh Umur dengan Kejadian Retensio Plasenta

   Umur berpengaruh bagi retensio plasenta, umur ibu <20 dan >35 tahun 3 kali lipat meningkatkan risiko terjadinya retensio plasenta dibanding umur ibu 20-35 tahun.

   Studi ini didukung dengan teori bahwasanya di usia muda endometrium belum sepenuhnya matang dan mengakibatkan plasenta nantinya mengidap hipertrofi (pembesaran) serta mampu menghalangi sebagian atau seluruh jalan lahir. Sementara itu, semakin tua usia ibu, endometrium nantinya mengalami kemunduran yang progresif, karenanya plasenta perlu tumbuh lebih besar untuk memenuhi kebutuhan nutrisi janin (Gitasari, 2022).

2. Pengaruh Paritas dengan Kejadian Retensio Plasenta

   Berdasarkan studi diketahui bahwasanya didapatkan hasil umur bepengaruh dengan kejadian retensio plasenta (Utami, 2023). Studi ini didukung dengan teori bahwa paritas berpeluang terjadinya retensio plasenta yakni pada grandemultipara dikarenakan adanya penurunan elastisitas uterus karenanya miometrium tidak mampu berkontraksi juga beretraksi dengan optimal dan dapat menyebabkan atonia dan akhirnya terjadi retensio plasenta (Intiyaswati, 2021).

3. Pengaruh Anemia Kehamilan dengan Kejadian Retensio Plasenta

   Berdasarkan studi diketahui bahwasanya anemia kehamilan berpengaruh bagi retensio plasenta, tingkatan hb ≤10 gr/dl pada masa kehamilan 2,626 kali lipat meningkatkan risiko terjadinya retensio plasenta dibandingkan dengan nilai hb >10 gr/dl.

   Studi ini didukung dengan teori bahwa ibu dengan anemia kehamilan dapat memengaruhi persalinanya disebabkan minimnya nutrisi karenanya plasenta yang tumbuh menjadi abnormal. Ibu hamil dengan anemia akan mengalami penurunan suplai oksigen ke miometrium, yang dapat mengakibatkan kegagalan rahim berkontraksi sehingga terjadi retensio plasenta (Gill, 2024).

4. Pengaruh Jarak Kelahiran dengan Retensio Plasenta

   Berdasarkan studi diketahui bahwasanya jarak kelahiran berpengaruh bagi retensio plasenta, jarak kelahiran ≤2 tahun 4,056 kali lipat meningkatkan risiko terjadinya retensio plasenta dibandingkan dengan jarak kelahiran >2 tahun.

   Studi ini didukung dengan teori bahwa pada jarak yang terlampau dekat ibu nantinya relatif terjadi kerusakan sistem reproduksi baik secara fisiologis ataupun patologis. Untuk ibu sendiri, mampu menaikkan risiko terserang anemia akut. Ibu hamil dengan anemia akut memiliki peningkatan risiko keguguran, komplikasi kehamilan, kelahiran prematur, risiko perdarahan ketika melahirkan juga retensio plasenta (Dewie, 2020)

5. Pengaruh Usia Kehamilan dengan Kejadian Retensio Plasenta

   Berdasarkan studi didapatkan hasil usia kehamilan berpengaruh bagi retensio plasenta, umur kehamilan <37 minggu 4,056 kali lipat meningkatkan risiko terjadinya retensio plasenta dibandingkan dengan usia kehamilan ≥37 minggu.

   Studi ini didukung dengan teori bahwa usia kehamilan kurang bulan atau preterm yakni suatu faktor risiko kejadian retensio plasenta. Retensio plasenta diketahui begitu erat kaitannya dengan persalinan prematur, terlebih dibawah 37 minggu usia kehamilan. Perihal berikut dikarenakan degenerasi fibrinoid dari arteriol desidua kerap memicu persalinan prematur juga perlekatan abnormal dari plasenta (Endler, 2012).

6. Pengaruh Riwayat *Sectio Caesarea* dengan Kejadian Retensio Plasenta

   Berdasarkan studi diketahui bahwasanya ibu yang memiliki riwayat *sectio caesarea* berpengaruh bagi retensio plasenta, memiliki riwayat *sectio caesarea* 2,851 kali lipat meningkatkan risiko terjadinya retensio plasenta dibanding dengan ibu tanpa riwayat *sectio caesarea.*

   Studi ini didukung dengan teori bahwa plasenta nantinya melekat di jaringan bekas luka *sectio caesarea* pada kelahiran yang lalu. Lapisan desidua yang menghalangi menyebabkan jaringan parut kurang memadai dan plasenta akan menempel tepat di miometrium dan menyebabkan villi pada otot uterus menembus lebih dalam. Penempelan plasenta yang terlalu supervisial mampu memicu retensio plasenta (Cahyaningrum, 2021).

7. Pengaruh Riwayat Retensio Plasenta dengan Kejadian Retensio Plasenta

   Berdasarkan studi diketahui bahwasanya tidak ditemukan pengaruh antara riwayat retensio plasenta dengan terjadinya retensio (Nabella, 2019).

   Studi ini berbanding dengan teori bahwa wanita dengan retensio plasenta sebelumnya pada persalinan pervaginam memiliki peningkatan risiko kekambuhan pada persalinan pervaginam berikutnya, karena cidera dari endometrium-miometrium yang menyebabkaban implantasi plasenta abnormal dan invasif pada kehamilan berikutnya (Iacovelli, 2020).

   Penyebab rentensio plasenta adalah :

1. Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena tumbuh terlalu melekat lebih dalam, berdasarkan tingkat perlekatannya dibagi menjadi:
   1) Plasenta adhesive, yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
   2) Plasenta akreta, implantasi jonjot khorion memasuki sebagian miometriun
   3) Plasenta inkreta, implantasi menembus hingga miometriun
   4) Plasenta perkreta, menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim.
   5) Plasenta normal biasanya menanamkan diri sampai batas atas lapisan miometrium (Suprapti, 2016).
2. Plasenta sudah lepas tapi belum keluar, karena :
   1) Atonia uteri yaitu ketidak mampuan uterus untuk berkontraksi setelah bayi lahir yang dapat menyebabkan perdarahan yang banyak
   2) Adanya lingkaran kontriksi pada bagian rahim akibat kesalahan
   3) penanganan kala III sehingga menghalangi plasenta keluar (plasenta inkarserata) (Suprapti, 2016).

2.2.3 Tanda Dan Gejala Retensio Plasenta

Tanda dan gejala retensio plasenta yaitu:

a. Plasenta belum lahir selama 30 menit
b. Perdarahan segera
c. Uterus berkontraksi dan keras
d. Tali pusat putus akibat traksi berlebihan
e. Inversio uteri akibat tarikan
f. Perdarahan lanjutan (Suprapti, 2016).

Tabel 2.2. Tanda plasenta dan gejala retensio plasenta

Gejala	Separasi/Akreta Parsial	Plasenta Inkarserata	Plasenta Akreta
Konsisten uterus	Kenyal	Keras	Cukup
Tinggi fundus	Sepusat	2 jari bawah pusat	Sepusat
Bentuk uterus	Discoid	Agak globuler	Discoid
Perdarahan	Sedang-banyak	Sedang	Sedikit/tidak ada
Tali pusat	Terjulur sebagian	Terjulur	Tidak terjulur
Ostium uteri	Terbuka	Kontriksi	Terbuka
Separasi plasenta	Lepas sebagian	Sudah lepas	Melekat seluruhya
Syok	Sering	Jarang	Jarang sekali

Sumber: Karya Ilmiah Akhir Sri Nur Famelia Rahmi, 2021.

2.2.4 Patofisiologis Retensio Plasenta

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

a. Plasentasi Invasif

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

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

b. Hipoperfusi Plasenta

Beberapa spektrum penyakit, seperti preeklampsia, kehamilan preterm, pertumbuhan janin terhambat, kehamilan mati, dan keguguran rekuren,

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

c. Kontraktilitas Inadekuat

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

1) Fase laten: Terjadi setelah kelahiran, seluruh miometrium akan berkontraksi terkecuali yang terletak di bawah plasenta
2) Fase kontraksi: Kontraksi miometrium retroplasenta
3) Fase pelepasan: Kontraksi miometrium retroplasenta menyebabkan stress horizontal pada lapisan luar plasenta sehingga terjadi pelepasan plasenta
4) Fase ekspulsi: Kontraksi miometrium plasenta menyebabkan pelepasan plasenta dari uterus.

Gangguan pada satu atau lebih dari keempat fase proses kala III persalinan dapat menyebabkan retensio plasenta. Beberapa keadaan, seperti fase laten memanjang dan distosia telah diduga dapat menyebabkan kontraktilitas inadekuat myometrium (Weeks A, Berghella V, 2016).

2.2.5 Dampak Retensio Plasenta

Salah satu dampak retensio plasenta adalah pendarahan karena uterus tidak mampu berkontraksi untuk menutup pembuluh darah. Apabila plasenta masih belum lahir dan terdapat salah satu tanda pelepasan plasenta yaitu semburan darah maka plasenta manual bisa dilakukan. Namun tindakan plasenta

manual harus dengan teknik aseptik yang tepat karena tindakan ini meningkatkan risiko infeksi. Bila plasenta belum lahir dan tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta, kemungkinan terjadi plasenta akreta yang memerlukan tindakan histerektomi. Dampak lain yang ditimbulkan yaitu nyeri, syok hemoraghie dan anemia.

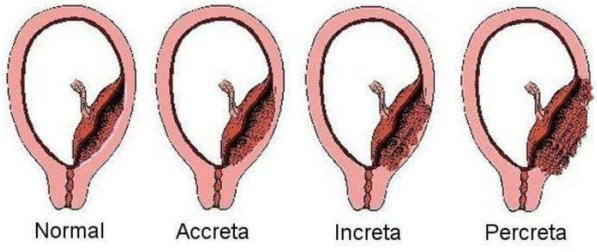
Pendarahan menyebabkan pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga berakibat syok. Syok mengakibatkan gangguan sirkulasi darah ke seluruh tubuh sehingga menyebabkan hipovolemi berat. Apabila pendarahan tidak ditangani dengan cepat dan tepat maka akan mengakibatkan kerusakan pada bagian korteks ginjal yang menyebabkan korteks ginjal dipenuhi oleh darah, sehingga akan menyebabkan pasien tidak terselamatkan (Prasiwi dkk, 2022).

2.2.6 Penatalaksanaan Retensio Plasenta

Dalam Penatalaksaan Retensio plasenta, yakni dimana akan di lakukan manual plasenta, ada beberapa hal yang harus di perhatikan oleh bidan, yaitu:

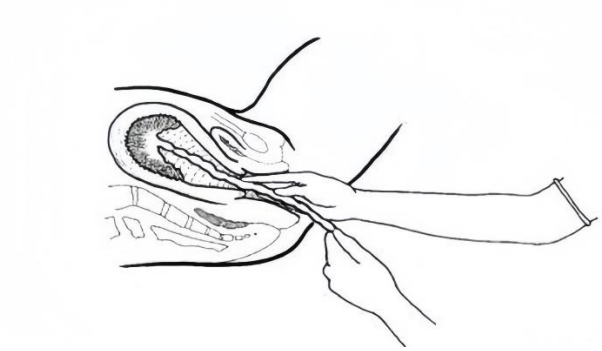
1) Dalam penatalaksanaan awal bidan perlu memperhatikan keadaan umum klien dan mengetahui jenis perlekatan plasenta.
2) Memperhatikan keadaan umum pasien (Apakah anemia, Jumlah perdarahan, TTV,
3) Keadaaan TFU, dan kontraksi)
4) Mengetahui keadaan plasenta
5) Melakukan pelepasan plasenta dengan metode yang benar seperti Manual Plasenta
6) Memasang infus dan memberikan cairan pengganti

TEKNIK MANUAL PLASENTA

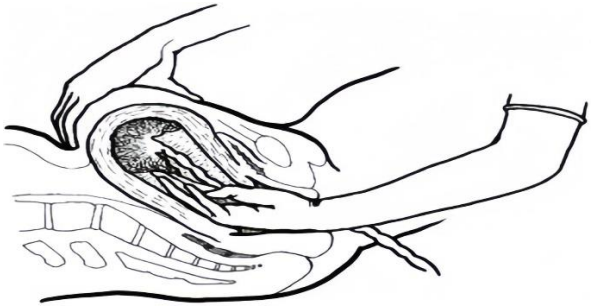


Gambar 2.2.5 Pelekatan Plasenta

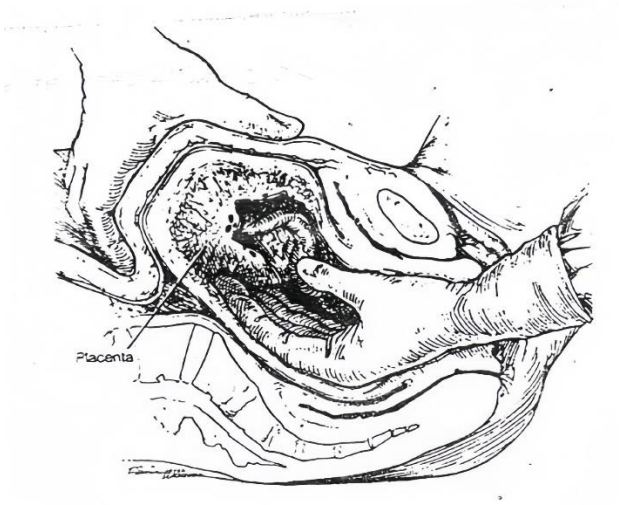
1) Plasenta manual merupakan tindakan kebidanan non operasi untuk melahirkan retensio plasenta, tidaklah sukar, tetapi harus kompeten agar dapat menyelamatkan jiwa pasien.
2) Setelah pemberian oksitosin ke dua dengan dosis 10 UI secara IM, lakukan PTT selama 15 menit, jika plasenta belum lahir dan masih terdapat pengeluaran darah pervagina maka diagnosa retensio plasenta dapat ditegakkan.
3) Cuci tangan dengan larutan klorin.
4) Lakukan pemasangan infus.
5) Gunakan handscoon Panjang.
6) Tangan kiri meregangkan tali pusat sejajar dengan lantai, dan tangan kanan menelusuri tali pusat.



7) Tangan kanan masuk ke dalam vagina secara obstertri, saat tangan sampai pada mulut Rahim, tentukan implantasi plasenta.
8) Minta keluarga untuk membantu meregangkan talipusat dan tangan kiri penolong berada di atas simphisis.
9) Telusuri tali pusat sampai ke tempat implementasi, kemudian menyisiri sisi plasenta dengan ujung jari sambil gerakan tangan ke kiri dan ke kanan.
10) Tangan kiri berada di atas fundus uteri.



11) Setelah terlepas seluruh bagian plasenta, maka lakukan eksplorasi sebelum tangan keluar dari rongga rahim.



12) Setelah plasenta keluar seluruhnya, maka lakukan masase segera.
13) Cek kelengkapan plasenta.
14) Rapihkan alat dan klien.

2.3 Kebijakan Terkait Retensio Plasenta (Permenkes dan Standar Kompetensi Bidan)

Retensio plasenta merupakan terlambat lahirnya plasenta hingga melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Retensio plasenta dapat terjadi sebagai komplikasi dalam 5 – 15 % persalinan pervaginam di negara maju dan negara berkembang. Faktor predisposisi terjadinya retensio plasenta yaitu jarak kehamilan, riwayat manual plasenta, anemia, partus lama, pre eklamsia, kehamilan bayi kembar serta usia, paritas dan riwayat sesar atau bekas seksio sesarea (Okta et al., 2019).

a. Kebijakan Terkait Retensio Plasenta Menurut Peraturan Mentri Kesehatan (Permenkes)

Menurut peraturan Mentri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2015 Tentang Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas dan Bayi Baru Lahir, penatalaksanaan komplikasi persalinan, dilakukan di Puskesmas Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Penatalaksanaan ini mencakup stabilisasi dan persiapan rujukan pada kasus perdarahan pada masa kehamilan dan persalinan.

b. Standar Kompetensi Bidan Mengenai Retensio Plasenta

Berdasarkan Keputusan Mentri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang standar Profesi Bidan, bidan diharahpkan memiliki kompetensi dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri, termasuk retensio plasenta. Standar 20 menyatakan bahwa bidan harus mampu mengenali dan melakukan tindakan yang tepat ketika terjadi retensio plasenta total atau parsial. Wewenang bidan dalam menangani kasus ini meliputi pemberian pertolongan pertama, termasuk tindakan manual plasenta dan penanganan perdarahan sesuai dengan kebutuhan.

2.4 Manajemen Kebidanan dan Dokumentasi SOAP

Manajemen kebidanan adalah sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan denga urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

2.4.1 Langkah-langkah Manajemen Kebidanan Berdasarkan 7 Langkah Varney

1) Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini kita harus mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara:

a. Anamnesa
b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital
c. Pemeriksaan khusus
d. Pemeriksaan penunjang

Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada

dokter dalam penatalaksanaan maka kita perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga kita harus melakukan pendekatan yang komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi / masukan klien yang sebenarnya dan valid. Setelah itu, kita perlu melakukan pengkajian ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat ataukah belum.

2) Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini kita akan melakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan pada pengumpulan data dasar. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah yang terjadi pada klien tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Standar nomenklatur diagnosa kebidanan adalah seperti di bawah ini:

a Diakui dan telah disahkan oleh profesi
b Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
c Memiliki ciri khas kebidanan
d Didukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan
e Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

3) Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita akan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa / masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan

dapat dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi penanganan agar masalah atau diagnosa potesial tidak terjadi.

4) Langkah IV: Mengidentifikasi Perlunya Tindakan Segera Oleh Bidan/Dokter

   Pada langkah ini kita akan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan / dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus. Pada penjelasan di atas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah / kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency / segera untuk ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan.

5) Langkah V: Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh yang Ditentukan Oleh Langkah Sebelumnya Pada langkah ini kita harus merencanakan asuhan secara menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi pada langkah sebelumnya. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau

masalah psikologi.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6) Langkah VI: Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.

7) Langkah VII: Evaluasi Keefektifan Asuhan

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik, maka dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik.

2.5 Dokumentasi SOAP

Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumntasi yang lain seperti yang telah dijelaskan diatas. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAP.

1) Data Subjektif

   Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang hruf "S", diberi tanda huruf "O" atau"X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penederita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2) Data Objektif

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

3) Analysis

   Langkah selanjutnya adalah analysis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intrepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan

intrepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4) Penatalaksanaan

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

BAB III

MANAJEMEN KEBIDANAN

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DENGAN RETENSIO PLASENTA DI PMB SAHARA KECAMATAN PADANGSIDIMPUAN SELATAN KOTA PADANGSIDIMPUAN TAHUN 2025

3.1 Pengumpulan Data/Pengkajian

3.1.1 Identitas

Nama	: Ny.D	Nama	: Tn.B
Umur	: 24 tahun	Umur	: 26 Tahun
Suku/bangsa	: Batak/Indonesia	Suku/ bangsa	: Batak/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Aek Tampang	Alamat	: Aek Tampang
No.Telp	: -	No.Telp	:-

3.1.2 Anamnese (Data Subjektif)

Pada tanggal: 04 desember 2024 Pukul: 15:00 Wib Oleh: bidan

1. Alasan utama ke rumah bidan : perut mules dan ingin bersalin
2. Perasan : cemas
3. Tanda-tanda persalinan:
   - Kontraksi : kuat sejak tanggal: 03 desember 2024 Pukul: 09.30 Wib
   - Frekuensi : 3 kali dalam 10 menit, selama 40 detik.
   - Pengeluaran pervaginam:
     - Darah lendir : (✓) Ada ( ) Tidak ada
     - Air ketuban : (✓) Ada ( ) Tidak ada
     - Jumlah : 100 cc Warna: merah
     - Darah : ( ) Ada (✓) Tidak ada
4. Riwayat kehamilan sekarang :
   - HPHT : 04-03-2024
   - TTP : 11-12-2024

- Lamanya : 6 Hari
- Siklus : 28 Hari
- ANC : Teratur
  - Frekuensi : 1 x / bulan, di rumah bidan
- Keluhan / penyulit pada kehamilan ini :
  - ( ) Anemia ( ) Epilepsi
  - ( ) Preeklamsia ( ) Diabetes
  - ( ) Jantung ( ) Dll, sebutkan…….
  - (✓) Tidak ada penyulit kehamilan
- Riwayat Imunisasi :
- TT1 : 11-04-2024
- TT2 : 15-05-2024

5. Pergerakan anak dalam 24 jam terakhir : Baik
6. Kesiapan menghadapi persalinan ini : (✓) Siap ( ) Tidak Siap
7. Pendamping persalinan yang diinginkan : Suami
8. Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang lalu : G: 1 P: 0 A: 0

No.	Tanggal Lahir/Usia	Usia K.H	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Komplikasi		Penolong	BBL		Nifas	
					Ibu	Bayi		BB	K/U	Lactasi	K/U
1.	P	A	R	T	U	S	I	N	I		
2.											
3.											
4.											

9. Makan dan minum terakhir pukul : 13.00 WIB
   - Jenis makanan : nasi, sayur, lauk-pauk
10. BAK terakhir : 14.30 Wib
    - BAB terakhir : 07.00 Wib
11. Istirahat dan tidur :
    - Siang: 2 Jam
    - Malam: 7 Jam

12. Psikologis : Baik

3.1.3 Pemeriksaan Fisik (Data Objektif)

1. Keadaan umum : baik
2. Tanda-tanda vital :
   - Tekanan Darah (TD) : 120/80 mmHg
   - Pernafasan (P) : 20 x/menit
   - Nadi (N) : 80 x/menit
   - Suhu (S) : 36,5 ℃
3. Tinggi badan (TB) : 160 cm
   - Berat badan (BB) : 67 kg
   - BB sebelum hamil : 57 kg
4. Muka
   - Kelopak mata : tidak oedema
   - Konjungtiva : tidak ikterik
   - Sklera : baik
5. Mulut dan gigi
   - Lidah dan geraham : bersih, tidak ada carises dan stomatis
   - Tonsil : tidak meradang
   - Pharing : tidak meradang
6. Leher :
   - Kelenjar thyroid : tidak ada pembengkakan
   - Kelenjar getah bening: tidak ada pembengkakan
7. Dada:
   - Jantung : baik
   - Paru : baik
   - Payudara : (✓) Simetris ( ) Asimetris
     - Puting susu : (✓) Menonjol ( ) Datar
       ( ) Masuk kedalam
     - Benjolan : (✓) Tidak Ada ( ) Ada, jelaskan
     - Pengeluaran : (✓) Tidak Ada ( ) Ada, jelaskan
     - Rasa nyeri : (✓) Tidak Ada ( ) Ada, jelaskan
     - Lain-lain :.....

8. Abdomen : ( ) Simetris (✓) Asimetris
   - Pembesaran : (✓) Tidak Ada ( ) Ada, jelaskan
   - Benjolan : (✓) Tidak ada ( ) Ada,jelaskan
   - Bekas luka operasi : (✓) Tidak ada ( ) Ada,jelaskan
   - Striae : (✓) Lividae ( ) Albicans
   - Linea : ( ) Alba (✓) Nigra
   - Pembesaran lien/liver : (✓) Tidak ada ( ) Ada, jelaskan
   - Kandung kemih : (✓) Kosong ( ) Penuh

I. PEMERIKSAAN KEBIDANAN (Kala I) :

1. Palpasi uterus :
   - Tinggi Fundus Uteri : pertengahan px-pusat (32 cm)
   - Kontraksi : 4 kali dalam 10 menit, selama 30 detik
   - Fetus :
     - Letak : (✓) Memanjang ( ) Melebar
     - Posisi : (✓) Pu-ka ( ) Pu-Ki
     - Penurunan : 4 /5
     - Pergerakan : aktif < 20 kali
     - TBJ : 3.255 gram
2. Auskultasi :
   - DJJ : terdengar
   - Frekuensi : 140x/menit
   - Punctum Maximum : 2 jari di bawah pusat sebelah kanan
3. Anogenital (Inspeksi)
   - Perineum (Luka Parut) : (✓) Tidak Ada ( ) Ada
   - Vulva Vagina : ( ) Fistula ( ) Farises (✓) Tidak Ada
     - Warna : merah
     - Luka : tidak ada
   - Pengeluaran vaginam :
     - Warna : merah
     - Jumlah : 100 cc
   - Kelenjar Bartholini :
     - Pembengkakan : (✓) Tidak Ada ( )Ada

- Anus : Haemoroid : (✓) Tidak Ada ( )Ada

4. Pemeriksaan dalam : pembukaan 5 cm atas indikasi inpartu, jam : 15.30 Wib
   - Dinding vagina :
     - Portio : (✓) Teraba ( ) Tidak teraba
     - Posisi Portio : (✓) Ante Flexi ( ) Retro flexi
     - Pembukaan Serviks : 5 cm
     - Konsistensi : (✓) Lembek ( ) Kaku
   - Penurunan bag. Terendah : Hodge 4/5
     (✓) UUK Ki-Dep ( ) UUK Ka-Dep
     ( ) UUK-Ki-Bel ( ) UUK-Ka-Bel
   - Spina Ischiadika : (✓) Runcing ( ) Tumpul
   - Promontorium : (✓) Tidak Teraba ( ) Teraba
   - Linea Inominata : (✓) Teraba ½ ( )Teraba 3/4
   - Arcus Pubis : (✓) < 90% ( )>90%
5. Uji diagnosa (Lab. Sederhana saat ANC)
   - Darah : tidak dilakukan pemeriksaan
   - Urine : tidak dilakukan pemeriksaan

II. INTERPRETASI DATA (KALA I)

1. Diagnosa : Ny. D Inpartu P1A0 kala I pembukaan 5 cm
2. Dasar : Ibu mengatakan merasakan perut mules dan ada rasa ingin meneran, dilakukan periksa dalam didapati adanya pembukaan serviks 5 cm tampak perineum menonjol dan ada tekanan pada anus TD: 120/80 mmHg P: 20x/i N: 80x/i S: 36,5℃ DJJ: 140x/i
3. Masalah : Ibu mengatakan merasa cemas dan takut untuk menghadapi persalinan karena sakit yang semakin kuat
4. Kebutuhan : Dukungan keluarga sebagai pendamping persalinan dan pemenuhan nutrisi ibu

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Beritahu hasil pemeriksaan keadaan ibu dan janin
2. Beritahu ibu untuk miring kiri untuk meningkatkan efisiensi kontraksi rahim
3. Beritahu keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ibu
4. Beritahu keluarga untuk mempersiapkan baju ganti ibu dan bayi
5. Berikan dukungan emosional

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 04 desember 2024 Pukul : 15.30 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan ibu dan janin dalam keadaan normal. Pembukaan 5 cm TD: 120/80 mmHg P: 20x/i N: 80x/i S: 36,5℃ DJJ: 140x/i TBJ: 3.255 gram
2. Memberitahu ibu untuk miring kiri. Miring kiri berguna untuk meningkatkan efisiensi kontraksi rahim, mengurangi tekanan pada punggung ibu, dan juga untuk memperlancar aliran darah ke janin, posisi miring kiri bukan hanya sekedar kenyamanan, tetapi sebagai strategi dalam medis untuk mendukung persalinan yang aman
3. Memberitahu keluarga untuk memberikan ibu nutrisi agar ibu tetap kuat dalam menjalani persalinan. Makanan-makanan yang diberikan bisa berupa roti-roti, buah-buahan seperti pisang dan buah pir, nasi lauk pauk dan minuman berupa air mineral dan teh.
4. Mempersiapkan pakaian ganti ibu dan bayi, yang hangat dan nyaman untuk dipakai setelah bersalin
5. Memberikan dukungan emosional berupa semangat pada ibu

VII. EVALUASI

Tanggal : 04 desember 2024 Pukul : 16.00 WIB

1. Ibu sudah mengerti keadaan umum dan kemajuan persalinannya
2. Ibu sudah melakukan miring kiri, ibu merasa jauh lebih nyaman
3. Kebutuhan nutrisi ibu sudah terpenuhi, keluarga sudah memberikan makan dan minum kepada ibu
4. pakaian ibu dan bayi sudah tersedia, ibu dan bayi sudah merasa hagat
5. Ibu sudah mengerti dan sudah diberikan dukungan emosional

I. PENGKAJIAN KALA II

Tanggal : 04 desember 2024 Pukul : 20.00 WIB

A. ANAMNESE (SUBJEKTIF)

1. Keinginan Meneran : ( ) Tidak Ada (✓)Ada
2. Perasaan adanya tekanan pada anus/vagina : ( ) Tidak Ada (✓)Ada
3. Rasa Nyeri : ( ) Tidak Ada (✓)Ada

B. PEMERIKSAAN FISIK (OBJEKTIF)

1. Penampilan Fisik : baik
2. Keadaan Emosional : compos mentis
3. Tanda – Tanda Vital :
   a. Tekanan Darah (TD) : 120/80mmHg
   b. Pernafasan (P) : 20 x/menit
   c. Nadi (N) : 83x/menit
   d. Suhu (S) : 36,7℃
4. Pemeriksaan Kebidanan :
   a. Abdomen :
      - HIS : Frekuensi 5x/10 menit, selama 40 detik
      - DJJ : Frekuensi 140 x/ menit, (✓) Reguler ( ) Irreguler
   b. Genitalia :
      - Perineum : (✓) Menonjol ( ) Tidak menonjol
      - Vulva /Anus : (✓) Terbuka ( ) Tidak terbuka
      - Bagian Janin : (✓) Terlihat, Maju mundur

II. INTEPRESTASI DATA, DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN

A. Diagnosa : Ny. D P1A0 Inpartu kala ll Pembukaan serviks 10 cm
   D/D : Pembukaan serviks 10 cm terlihat kepala maju mundur, ada dorongan yang sangat kuat untuk meneran.
B. Masalah : Ibu merasakan cemas dan kesakitan
C. Kebutuhan : Dukungan emosional

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal: 04 desember 2024 Pukul : 20.10 WIB

1. Beritahu keluarga keadaan ibu dan janin
2. Siapkan partus set serta pakain bersih dan hangat untuk ibu dan bayi
3. Beri dukungan emosional pada ibu
4. Beritahu ibu untuk memilih posisi persalinan yang paling nyaman
5. Kosongkan kandung kemih
6. Beritahu ibu cara mengejan yang baik dan benar
7. Pimpin persalinan bantu pengeluaran janin

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 04 desember 2024 Pukul : 20.20 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan ibu dan janin dalam keadaan normal. TD: 120/80 mmHg P: 20x/i N: 83x/i S: 36,5℃ DJJ: 140x/i his 5x dalam 10 menit 40 detik
2. Menyiapkan partus set, bak instrumen yang berisi 2 arteri klem, gunting tali pusat, benang tali pusat, ½ kocher 1 ½ pasang sarung tangan DTT, kassa, metal chateter, dan needle holder. Pakain ibu dan bayi (baju bersih dan hangat, gurita kain panjang pembalut dan gurita ibu. Perlengkapan bayi berupa baju set, popok, sarung tangan, sarung kaki, bedung bayi dan handuk bayi.
3. Menganjurkan suami untuk mendampingi ibu selama persalinan sebagai bentuk dukungan emosional
4. Menjelaskan jenis posisi dalam persalinan, posisi yang paling nyaman berupa posisi litotomi, miring kiri dan bertumpu pada suami, ibu memilih posisi litotomi, mengangkat kedua kaki dan mendekatkannya ke arah ibu.
5. Apabila kandung kemih ibu penuh, maka bantu ibu untuk mengosongkannya, lakukan pemasangan kateter sementara.

6. Memberitahu ibu untuk meneran apabila ada kontraksi dengan cara menarik paha ke arah ibu, kepala di tundukkan kedepan kemudian pernafasan di atur.
7. Memimpin persalinan dan membantu ibu
    a. Setelah tampak kepala bayi 5-6 cm di vulva lindungi perineum dengan menggunakan kain segitiga, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk memepertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
    b. Periksa kemungkinan apakah ada lilitan tali pusat (mengambil tindakan yang sesuai apabila hal ini terjadi).
    c. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.
    d. Pegang bahu secara biparietal, setelah kedua bahu lahir geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu setelah tubuh dan lengan lahir lakukan sanggah susur, pegang kedua mata kaki bayi (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk) lahirlah bayi.
    e. Setelah bayi lahir lakukan penilaian sepintas (bayi cukup bulan, bergerak aktif serta menangis kuat).
    f. Keringkan seluruh tubuh bayi (kecuali kedua telapak tangan) tanpa membersihkan verniks. Periksa kembali apakah hanya satu bayi yang lahir atau bukan kehamilan ganda.
    g. 1 menit setelah bayi lahir lakukan suntik oksitosin 10 unit IM di 1/3 distal lateral paha, 2 menit setelah bayi lahir, lakukan pemotongan tali pusat.
    h. Kemudian letakkan bayi secara tengkurap di dada ibu agar terjadi kontak kulit antara ibu dan bayi. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat kemudian pasangkan topi pada bayi.
    i. Beritahu kepada keluarga bayi sudah lahir spontan, tali pusat telah dipotong dan sudah melakukan IMD.

VII. EVALUASI

Tanggal : 04 desember 2024 Pukul : 20.50 WIB

1. Keluarga sudah mengetahui keadaan ibu dan janin
2. Partus set serta pakaian bersih dan hangat sudah tersedia

3. Keluarga sudah memberikan ibu dukungan emosional
4. Ibu sudah memilih posisi litotomi sebagai posisi ternyaman untuk bersalin
5. Kandung kemih ibu sudah di kosongkan dengan cara pemasangan kateter sementara.
6. Ibu sudah tau bagaimana cara mengejan yang baik dan benar
7. Sudah di lakukan pemimpinan persalinan, bayi sudah lahir

I. PENGKAJIAN KALA III

Tanggal : 04 desember 2024 Pukul : 20.50 WIB

A. ANAMNESE (Subjektif)

- Keinginan Meneran : Tidak Ada
- Mulas : Tidak Ada
- Keluhan Lain, Jelaskan : Tidak ada

B. PEMERIKSAAN FISIK (Objektif)

1. Penampilan Fisik
   - Keadaan Emosional : baik
   - Tanda – tanda Vital : compos mentis
     - Tekanan Darah (TD) : 110/70 mmHg
     - Pernafasan (P) : 20x/menit
     - Nadi (N) : 85 x/menit
     - Suhu (S) : 36,7℃
2. Pemeriksaan Kebidanan :
   - Abdomen : baik
     - TFU : 14 cm
     - Konsistensi Uterus : ( ) Keras (✓) Lembek ( ) Lunak ( ) Melebur
     - Kandung Kemih : (✓) Kosong ( ) Penuh
   - Genitalia :
     - Tali Pusat : ( ) Memanjang (✓) Menetap
     - Pengeluaran Darah dari Vagina: 250 mL
   - Pemeriksaan Plasenta :
     - Permukaan Maternal : lengkap
     - Permukaan Fetal : lengkap

- Keutuhan Selaput Khorion dan Amnion : lengkap
- Diameter Plasenta : 25 cm

- Pengkajian Tali Pusat :sentrali
  - Insersi Tali Pusat : iya
  - Panjang Tali Pusat : 50 cm

II. INTEPRETASI DATA

A. Diagnosa : Ny.D P1A0 kala lll dengan rentensio plasenta.

B. Masalah : ibu cemas dengan keadaannya karna plasenta yang belum lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir dan kontraksi uterusnya lemah

C. Kebutuhan : dukungan emosional

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

Ibu bersalin kala lll mengalami retensio plasenta.

IV. TINDAKAN SEGERA / KOLABORASI

Melakukan tindakan manual plasenta

V. PERENCANAAN

Tanggal: Pukul : 04 desember 2024 pukul: 21.00 WIB

1. Beritahu ibu akan dilakukan pemasangan infus RL
2. Beritahu ibu akan di suntik oksitosin
3. Pastikan kandung kemih ibu kosong
4. Beritahu ibu dan keluarga akan dilakukan tindakan manual plasenta

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 04 desember 2024 Pukul : 21.00 WIB

1. Memberi tahu ibu akan di lakukan pemasangn infus RL. Pemasangan infus dilakukan di tangan sebelah kiri ibu dengan meggunakan abocath nomor 18.
2. Memberitahu ibu akan dilakukan suntik oksitosin di paha kiri ibu untuk mempermudah pelepasan plasenta. Memasukkan oksitosin (1/2) ampul setelah 15 menit lahirnya bayi, setelah 15 menit kemudian menginjeksi ibu lagi ½ ampul pada bagian lateral pada sebelah kanan ibu karena tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta.
3. Memastikan kandung kemih ibu kosong, lakukan kateterisasi apabila ibu tidak dapat berkemih sendiri.

4. Melakukan tindakan manual plasenta. Jepit tali pusat dengan klem dan tegangkan tali pusat sejajar dengan lantai. Masukkan tangan secara obstetric dalam vagina dengan menelusuri bagian bawah tali pusat sampai mencapai bukaan serviks kemudian pindahkan tangan lainnya untuk menahan fundus, sambil menahan fundus uteri masukkan tangan kedalam hingga kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta, bila dikorfus dengan maka pindahkan tangan sebelah atas tali pusat dan sisipkan ujung jari tangan kedinding uterus plasenta dengan jalan menggeser tangan ke tangan kiri serta gerakkan keatas. Sementara satu tangan masih didalam kavum uteri dan lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada plasenta keluar (hindari adanya percikan darah). Memindahkan tangan luar ke supra simfisis untuk menahan uterus saat plasenta dikeluarkan. Plasenta lahir lengkap secara manual plasenta bersamaan dengan kotiledonnya, diameter plasenta 25 cm dengan berat 500 gram.

VII. EVALUASI

Tanggal : 04 desember 2024 Pukul : 22.00 WIB

1. Ibu sudah di pasangkan infus RL
2. Ibu sudah disuntikkan oksitosin di paha kiri dan suntik oksitosin kedua
3. Kandung kemih ibu sudah di kosongkan dengan menggunakan kateter sementara
4. Tindakan manual plasenta sudah di lakukan, plasenta sudah lahir lengkap

PENGKAJIAN KALA IV

Tanggal : 04 desember 2024 Pukul : 22.00 WIB

A. ANAMNESE (SUBJEKTIF)

1. Perasaan : Gembira
2. Keluhan Fisik :
   - Mules : (✓) Ada ( ) Tidak ada
   - Lelah : (✓) Tidak, ( ) Ya,jelaskan
   - Kedinginan : (✓) Tidak ( ) Ya,jelaskan
   - Nyeri : ( ) Tidak (✓) Ya, ibu merasa nyeri di area yang terdapat laserasi.
   - Haus : ( ) Tidak (✓) Ya

- Lapar : ( ) Tidak (✓) Ya
- Lain-lain : (✓) Tidak ( ) Ya, jelaskan

B. PEMERIKSAAN FISIK (OBJEKTIF)

1. Penampilan Fisika.
   a. Pucat : ( ) Tidak (✓) Ya
   b. Gelisah : ( ) Tidak (✓) Ya
   c. Keringat : ( ) Tidak (✓) Ya
   d. Gemetar : ( ) Tidak (✓) Ya
2. Keadaan Emosional
   a. Tampak Takut : ( ) Tidak ( ) Ya
   b. Lain-lain : (✓) Tidak ( ) Ya, Jelaskan ……
3. Tanda – tanda Vital.
   a. Tekanan Darah (TD) : 100/80 mmHg
   b. Pernafasan (P) : 24x/menit
   c. Nadi (N) : 85 x/menit
   d. Suhu (S) : 36 ^{0}C
4. Pemeriksaan Kebidanan.
   a. Abdomen- TFU: 2 jari dibawah pusat
      - Konsistensi Uterus : (✓) Keras ( ) Lembek ( ) Bulat ( ) Penuh
   b. Genital
      - Luka Jalan Lahir : ( ) Tidak Ada (✓) Ada
      - Pengeluaran darah pervaginam : 100 cc.

I. INTEPRETASI DATA

A. Diagnosa : Ny. D P1A0 Inpartu Kala III dengan Retensio Plasenta.
   D/D : Plasenta sudah lahir lengkap secara manual plasenta bersamaan dengan kotiledonnya
B. Masalah : Ibu merasa nyeri di bagian perut
C. Kebutuhan : Memberikan dukungan emosional dan pemenuhan nutrisi pada ibu

II. ANTISIPASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

III. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

IV. PERENCANAAN

Tanggal : 04 desember 2024 Pukul : 22.05 WIB

1. Informasikan keadaan ibu dan berikan bayi tetap berada di atas dada ibu memerisak kontraksi uterus
2. Periksa tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan ibu
3. Pastikan kontraksi uterus baik dan lakukan massase uterus
4. Lakukan penangan BBL setelah 1 jam bayi lahir
5. Lakukan pengawasan ibu selama 2 jam

V. PELAKSANAAN

Tanggal : 05 desember 2024 Pukul : 22.05 WIB

1. Menginformasikan pada ibu serta keluarga bahwa bayi dalam keadaan baik dan sehat, tetap biar bayi berada diatas perut ibu untuk terus mencari puting susu.
2. Memeriksa TTV ibu TD: 100/80 mmHg P: 24/i N: 85x/i S: 36℃
3. Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kontraksi uterus baik dan mengajarkan pada ibu masase uterus untuk memeriksa kontraksi uterus.
4. Mengukur suhu, nadi, dan pernafasan bayi, vital sign setiap 15 menit selama 2 jam postpartum berikan salap mata dan suntik Vit K di paha kiri bayi.
5. Memonitor perdarahan pervaginam dan memeriksa TTV ibu setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

VI. EVALUASI

Tanggal: 05 desember 2024 Pukul :00.05 WIB

1. Ibu dan keluarga sudah mengetahui kedaan umum ibu dan bayi
2. TTV ibu dalam batas normal
3. Kontraksi utreus ibu berjalan dengan baik
4. TTV bayi dalam batas normal, sudah di lakukan pemberian salap mata dan suntik Vit K di paha kiri lateral bayi
5. Pemantauan ibu dalam 2 jam sudah dilakukan

3.1.4 Data Perkembangan

Hari/tanggal	S: Data Subjektif	O: Data Objektif	A: Asessment	P: Planning
04 desember 2024 Jam 15.00 Wib	1. Ny.D inpartu G1P0A0 merasa cemas menghadapi persalinan karena sakit semakin kuat	1. KU baik 2. TTV TD: 120/80mmHg Pernafasan: 20x/menit Nadi: 80x/menit Suhu: 36,5℃ DJJ frekuensi: 140x/menit 3. His 4x dalam 10 menit lamanya 30 detik.	Ny.D umur 24 tahun G1P0A0 hamil 38 minggu kala l fase aktif dengan masalah nyeri kontraksi uterus keadaan ibu dan janin baik.	1. Beritahu hasil pemeriksaan keadaan ibu dan janin, observasi KU,TTV dan kemajuan persalinan. 2. Beritahu ibu posisi yang nyaman 3. Perhatikan kebutuhan nutrisi dan cairan ibu. 4. Persiapan baju ganti ibu dan bayi 5. Berikan dukungan emosional
04 desember 2024 Jam 20.00 Wib	2. Ny.D merasakan kesakitan saat adanya his yang adekuat dan nyeri yang dirasakn semakin kuat.	1. Keadaan umum lemas, 2. TTV TD: 120/80mmHg Pernafasan: 20x/menit Nadi: 83x/menit	Ny.A umur 28 tahun G1P0A0 hamil 38 minggu inpartu kala ll fase aktif dengan masalah nyeri kontaraksi uterus	1. Beritahu keadaan ibu dan janin 2. Persiapan pertolongan persalinan

		Suhu: 36,7℃ DJJ frekuensi:140x/menit 3. His 5x dalam 10 menit lamanya 40 detik.	keadaan ibu dan janin baik.	3. Beri dukungan emosional dan semangat untuk ibu 4. Beritahu ibu posisi yang nyaman untuk bersalin 5. Pastikan kandung kemih ibu kosong 6. Beritahu ibu cara meneran yang baik dan benar 7. Pimpin persalinan dan keluarkan janin
04 desember 2024 Jam 20.50 Wib	3. Ny.D khawatir dikarenakan rasa sakit yang dialami, perut ibu mulas nyeri sudah berkurang.	1. Keadaan umum ibu lemas 2. TTV TD: 110/70mmHg Pernafasan: 20x/menit Nadi: 85x/menit Suhu: 36,7℃ DJJ frekuensi:135x/menit	Ibu inpartu kala III dengan retensio plasenta	1. Pemasangan infuse RL 2. Melakukan Suntik oksitosin dan suntik oksitosin kedua 3. Pengosongan kandung kemih

		His 4x dalam 10 menit lamanya 40 detik Tali pusat memanjang Kandung kemih kosong		4. Melakukan pengeluaran plasenta dengan manual plasenta
04 – 05 desember 2024 Jam 22.00-00.05 Wib	1. Keadaan umum ibu dan janin baik 2. Ibu sudah merasa senang karena bayinya sudah lahir 3. Plasenta sudah keluar lengkap konsistensi lahir lemah	1. Keadaan umum:lemas 2. TTV TD: 100/80mmHg Pernafasan: 24x/menit Nadi: 85xmenit Suhu: 36℃ 3. Kandung kemih kosong	Ibu P1A0 umur 24 tahun dalam impartu kala lV	1. Informasikan keadaan ibu dan berikan bayi tetap berada di atas dada ibu 2. Periksa TTV ibu 3. Memeriksa kontraksi uterus dan melakukan massase uterus 4. Melakukan penangan BBL setelah 1 jam bayi lahir 5. Lakukan pemantauan ibu selama 2 jam 6. Lakukan pengawasan ibu selama 2 jam.

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan Retensio Plasen ta pada Ny.D G1 P0 A0 usia kehamilan 38 minggu di Klinik Sahara di Kota Padangsidimpuan, maka penulis akan membahas permasalahan yang akan timbul pada kasus ibu bersalin dengan Retensio Plasenta dengan membandingkan antara teori dengan kasus yang ada dilapangan.

Dalam pembahasan ini penulis akan membahas berdasarkan pendekatan Manajemen Asuhan Kebidanan dengan 7 langkah Varney, yaitu tahap pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial, mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan akan tindakan segera, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan perencanaan asuhan kebidanan dan evaluasi.

4.1 Hasil Dan Pembahasan

1. Langkah 1: Pengumpulan Data Dasar

   Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid. Kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat.

   a. Menurut Kasus

      Pada kasus Ny.D umur 24 tahun dengan retensio plasenta ditemukan konsistensi rahim lemah, tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta dalam 30 menit setelah bayi lahir. Tanda vital: TD:110/70, Pernafasan (P) 20x/menit, Nadi (N) 85 x/menit, Suhu (S) 36,7℃.

b. Menurut Teori

Retensio plasenta adalah belum lepasnya plasenta dengan melebihi waktu setengah jam setelah bayi lahir. Keadaan ini dapat diikuti perdarahan yang banyak, artinya hanya sebagian plasenta yang telah lepas sehingga memerlukan tindakan plasenta manual dengan segera Prawiroharjo (2008).

c. Pembahasan

Pada kasus Ny. D dengan retensio plasenta, penulis memperoleh hasil pengkajian dimana semua keluhan yang di rasakan oleh Ny.D ditemukan pula pada teori yaitu retensio plasenta dengan plasenta tidak lahir selama 30 menit setelah bayi lahir. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

a. Menurut Kasus

Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada Ny.D ditemukan , keadaan umum ibu baik, nampak cemas dengan keadaannya karena plasenta yang tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir dan kontraksi uterusnya lemah.

b. Menurut Teori

Gejala dan tanda yang bisa ditemui pada retensio plasenta adalah perdarahan segera, uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang. Plasenta tertahan jika tidak dilahirkan dalam 30 menit setelah janin lahir. Plasenta mungkin terlepas tetapi terperangkap oleh serviks, terlepas sebagian, secara patologis melekat (plasenta akreta, inkreta, perkreta) (Rukiyah, 2017).

c. Pembahasan

Berdasarkan teori dari kasus yang ada, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus, karena menentukan apakah terjadi retensio plasenta yaitu dengan melihat tanda dan gejala. Tanda dan gejala terjadinya pelepasan plasenta yaitu plasenta tidak lahir dalam 30 menit, tali pusat yang memanjang, perubahan bentuk uterus dan adanya semburan darah.

3. Langkah III: Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

a. Menurut Kasus

Diagnosa pontensial pada kasus Ny.D yaitu ibu bersalin kala III dengan retensio plasenta ibu merasa cemas dan takut karena plasenta tidak lahir.

b. Menurut Teori

Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala tiga) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan manual plasenta, meskipun kala uri belum lewat setengah jam (Salma Kusumastuti, Tri Maryani, 2018).

c. Pembahasan

Menurut teori masalah potensial yang dialami pasien plasenta tidak lahir dalam 30 menit, pasien merasa cemas dan takut serta adanya perdarahan akibat plasenta yang tidak lahir. Berdasarkan teori dari kasus yang ada tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

4. Langkah lV: Tindakan segera

a. Menurut Kasus

Pada kasus Ny. D kehamilan 38 minggu diberikan induksi pemasangan infuse RL 500 ml, memberikan injeksi oksitosin, melakukan manual plasenta dengan dibantu asisten.

b. Menurut Teori

Plasenta manual merupakan tindakan kebidanan non operasi untuk melahirkan retensio plasenta, tidaklah sukar, tetapi harus kompeten agar dapat menyelamatkan jiwa pasien.

Setelah pemberian oksitosin ke dua dengan dosis 10 UI secara IM, lakukan PTT selama 15 menit, jika plasenta belum lahir dan masih terdapat pengeluaran darah pervagina maka diagnosa retensio plasenta dapat ditegakkan (Herselowati 2024).

c. Pembahasan

Pada Ny. D setelah dilakukan suntik oksitosin ke 2 tetap tidak ada perubahan, plasenta masih belum lahir juga. Maka tindakan segera yang dilakukan oleh bidan yaitu melakukan manual plasenta. Berdasarkan teori dari kasus yang ada, terdapat bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

5. Langkah V: Pelaksanaan Asuhan Kebidanan
    a. Menurut Kasus

        Pada studi kasus Ny.D perencanaan yang dilakukan adalah:

        1) Pemasangan infuse RL
        2) Suntik oksitosin pertama setelah 15 menit bayi lahir
        3) Suntik oksitosin kedua 15 menit kemudian
        4) Memastikan kandung kemih ibu kosong
        5) Pelepasan plasenta dengan manual plasenta
        6) Memantau jumlah pendarahan kala III

    b. Menurut Teori

        Pada langkah ini bidan harus merencanakan asuhan secara menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi pada langkah sebelumnya (Lely & Erli 2021).

    c. Pembahasan

        Pada teori langkah ini merupakan kelanjutan dari menajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah di identifikasikan atau di antisipasi. Pada study kasus Ny. D perencanaan yang dilakukan adalah beritahu ibu akan dilakukan pemasangan infuse RL, beritahu ibu akan dilakukan suntik oksitosin, beritahu ibu akan di lakukan pengosongan kandung kemih, beritahu ibu dan keluarga akan dilakukan tindakan manual plasenta.

6. Langkah Vl: Pelaksanaan Asuhan Kebidanan
    a. Menurut Kasus

        1) Memberitahu ibu akan dilakukan pemasangan infuse RL
        2) Memberitahu ibu akan dilakukan suntik oksitosin
        3) Memastikan kandung kemih ibu kosong
        4) Melakukan tindakan manual plasenta

    b. Menurut Teori

        Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau

sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya (Lely & Erli 2021).

c. Pembahasan

Menurut teori pada langkah ke enam, rencana asuhan yang menyeluruh dilakukan efisien dan aman, sedangkan pada kasus telah dilakukan asuhan kebidanan yaitu pengeluaran plasenta dengan tindakan manual plasenta. Berdasarkan teori dan kasus di atas tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

7. Langkah Vll: Evaluasi Asuhan Kebidanan

a. Menurut Kasus

1) Ibu sudah di pasangkan infus RL, keadaan ibu sudah membaik.
2) Ibu sudah diberitahu akan dilakukan suntik oksitosin
3) Kandung kemih ibu sudah dikosongkan
4) Tindakan manual plasenta sudah dilakukan, plasenta telah lahir lengkap

b. Menurut Teori

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah di identifikasi di dalam diagnosa dan masalah (Lely & Erli 2021).

c Pembahasan

Menurut teori pada langkah ketujuh ini, dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan. Pada kasus ini dilakukan pemantauan dari pelaksanaan kasus ibu dengan Retensio Plasenta. Sudah dilakukan tindakan manual plasenta, plasenta telah lahir lengkap keadaan ibu dan bayi baik, sudah dilakukan IMD. Berdasarkan teori dari kasus yang ada, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan Asuhan Kebidanan yang dilakukan dalam pembahasan "Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Retensio Plasenta di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan di Kota Padangsidimpuan Tahun 2025" menggunakan 7 langkah varney mulai dari pengumpulan data sampai evaluasi maka penulis akan mengambil kesimpulan.

Kesimpulan ini akan disusun berdasarkan pendekatan manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah varney, yaitu:

1. Pengkajian dilaksanakan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dapat disimpulkan data subyektif dan obyektif yang memberikan gambaran tentang kasus Retensio Plasenta pada Ny.D ibu merasa cemas, takut dan konsistensi uterus lemah. Hal inilah yang menjadi data dasar untuk menegakkan diagnosa.
2. Interpretasi data telah dilakukan, diagnosa atau masalah yang terjadi yaitu Ny. D G1 P1 A0 kala III dengan Retensio Plasenta. Pada kasus Ny. D tidak menjadi kesenjangan antara teori dan praktik hal tersebut dapat dilihat dari tanda-tanda dan gejala Retensio Plasenta yaitu plasenta yang belum lahir selama 30 menit setelah bayi lahir.
3. Diagnosa potensial pada kasus Ny. D G1 P1 A0 persalinan kala III plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit, masalah potensial yang muncul pada ibu adalah Retensio plasenta, ibu merasa cemas dan kontraksi uterus lemah.
4. Tindakan segera yang dilakukan pada Ny. D G1 P1A0 kala III dengan Retensio Plasenta ini sesuai dengan teori yaitu: melakukan manual plasenta, memantau keadaan umum ibu dan pemenuhan nutrisi ibu.
5. Perencanaan yang dilakukan pada Ny. D telah direncanakan berdasarkan diagnosa dan sesuai dengan kebutuhan jadi dalam perencanaan tindakan yang akan dilakukan pada kasus Ny. D tidak ada hambatan.
6. Pelaksanaan yang dilakukan sesui dengan rencana, semua yang dilakukan pada kasus Ny.D dibuat berdasarkan diagnosa yang ditegakkan dan sesuai

kebutuhan ibu dimana penolong tidak menemukan hambatan karena adanya kerja sama antara penolong dan pasien dan keluarga yang kooperatif dan adanya sarana prasarana yang mendukung dalam pelaksanaan tindakan.

7. Evaluasi dari pelaksana pada kasus ibu dengan Retensio Plasenta keadaan ibu telah membaik dan sudah diperbolehkan untuk pulang.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas ,maka penulis dapat mengemukakan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Penulis

   Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan acuan dalam melakukan penelitian lebih jauh tentang Retensio Plasenta, sehingga hasil penelitian dapat sesuai dengan yang diharapkan.

2. Bagi Institusi

   Diharapkan LTA ini digunakan sebagai salah satu literature atau acuan dengan kasus yang sama dan dapat menjadi sumber ilmu pengetahuan dan bahan bacaan bagi mahasiswa kebidanan lainnya.

3. Bagi Lahan Praktek

   Diharapkan LTA ini dapat di jadikan sebagai acuan bagi lahan praktek dan dapat menjadi lebih baik dalam mengatasi masalah Retensio Plasenta.

4. Bagi Ibu

   Ibu dapat mengetahui bagaimana penatalaksanaan yang diberikan pada ibu bersalin dengan Retensio Plasenta sesuai teori dan asuhan kebidanan kejadian pada ibu bersalin dengan Retensio Plasenta dengan pengetahuan dan teknologi terkini.

5. Bagi Masyarakat

   Diharapkan LTA ini dapat digunakan sebagai masukan dalam hal mengenai masalah Retensio Plasenta yang ada dalam masyarakat khususnya pada ibu bersalin serta dapat menjadi masukan bagi tenaga kesehatan agar dapat memberikan pelayanan yang baik bagi ibu bersalin dengan Retensio Plasenta sesuai dengan proses.

DAFTAR PUSTAKA

Alfitri, P. R., Gumiarti, G., & Subiastutik, E. (2022). "Hubungan Riwayat Curettage dengan Kejadian Retensio Plasenta". *ARTERI: Jurnal Ilmu Kesehatan*, *3*(2), 45-50

Arlenti Lety, SST. M. Kes., Zainal Erli, M. Keb. (2021). *Modul Manajemen Pelayana Kebidanan*. Kota Bengkulu.

Batubara Novita Sari, S. ST., M.Kes, Hj. Rangkuti Nur Aliyah, S. ST., M.KM. (2021). *Buku Ajar Pengantar Asuhan Kebidanan*. Kota Padang. All Right Reserved.

Herselowati SST,M.Kes. (2024). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Kota Jakarta.

Lestari Retnaning Muji, S.ST., M.H., Bd. Anggraini Rista Dian., S.Tr. Keb., M.H., Islami Ica Maulina Rifkiyatul, S.Tr. Keb., M. Tr. Keb. (2024). *Buku Ajar Etika Dan Hukum Kesehatan Dalam Kebidanan.* Kota Jakarta Barat. PT Nuansa Fajar Cemerlang.

Lubis, C. R., Simanullang, E., & Azizah, N. (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.

Pulungan Pebrin Wanita, Sitorus Samsider, Amalia Riza, dkk. (2020). *Buku Ilmu Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan.* Kota Medan. Yayasan Kita Menulis.

Rahmayanti, E. (2022). Determinan kejadian perdarahan post partum karena retensio plasenta. *Journal of Baja Health Science*, *2*(02), 158-171.

Sapitri, R. (2024). Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Retensio Plasenta Di Pmb Sahara Kota Padangsidimpuan Tahun 2024.

Sinaga, K., Surbakti, I. S., Nurpiani, L., Sitorus, R., Sinaga, A., & Sinaga, R. (2024). Efektifitas Penggunaan Injeksi Oksitosin pada Penanganan Perdarahan Post Partum di RSU Latersia Binjai Kec. Binjai Kota Binjai Provinsi Sumatera Utara Tahun 2024. *Jurnal Siti Rufaidah*, *2*(2), 29-37.

SRI, N. F. R. (2022)." *Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosis Medis P3003 Post Partum Spontan Hari Ke 0+ Retensio Placenta Di Ruang F1 Rspal Dr. Ramelan Surabaya* (Doctoral dissertation, Stikes Hang Tuah Surabaya)".

Wahyuni Seri, SST., M.Kes, Dr. Ns. Setyorini Dhiana, S. Kep., M.Kep., Sp. Mat ; Arisani Greiny, SST., M.Kes, dkk. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Kota Pangkalpinang. CV. Science Techno Direct.

Wanda, A. N., Setyabudi, M. T., Irsam, M., & Ratnaningrum, K. (2024, December). "Analisis Faktor Risiko Kejadian Retensio Plasenta". In *Prosiding Seminar Nasional Unimus* (Vol. 7).

Yatiningsih, S. S., Shammakh, A. A., & Maharani, I. A. M. (2023). "Hubungan Usia, Paritas, Dan Riwayat Sesar Dengan Kejadian Retensio Plasenta Pada Ibu Post Partum Di Rsud Kota Mataram". *Cakurawala Medika: Journal of Health Sciences*, *2*(1), 50-61.

LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

Nama : Suci Amalia Daulay

NIM : 22020020

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Retensio Plasenta Di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan Tahun 2025

Program Studi : Kebidanan Program Diploma Tiga

Laporan Tugas Akhir (LTA) ini telah diuji dan dipertahankan di hadapan pembimbing, komisi penguji dan Mahasiswa Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan dan dinyatakan LULUS pada tanggal 20 Mei 2025.

Menyetujui Pembimbing

.....(Bd. Hj. Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb, M.K.M)

Komisi Penguji

.....(Dr. Novita Sari Batubara, S.Keb., Bd., M.Kes)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan

Bd. Hj. Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb. M.KM

NUPTK: 6159766667237103

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Suci Amalia Daulay
NIM : 22020020
Nama Pembimbing : Bd. Hj. Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb, M.K.M
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Retensio Plasenta di PMB Sahara Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan Tahun 2025

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbng
1.	Kamis, 13/03/2025	BAB 1	Perbaikan latar belakang dan BAB 1	
2.	Jumat, 14/03/2025	BAB 1	ACC BAB 1 Responsi, Lanjut BAB 2	
3.	Rabu, 19/03/2025	BAB 2	Perbaikan BAB 2	
4.	Kamis, 20/03/2025	BAB 2	ACC BAB 2 Responsi, Lanjut BAB 3	
5.	Senin, 05/05/2025	BAB 3	Perbaikan BAB 3	
6.	Selasa, 06/05/2025	BAB 3	ACC BAB 3 Responsi, lanjut BAB 4, 5	
7.	Rabu, 07/05/2025	BAB 4, 5	Perbaikan BAB 4,5 Perbaikan Daftar Pustaka	
8.	Kamis, 08/05/2025	BAB 4,5	ACC BAB 4,5 Lanjut Lengkapi Lampiran	
9.	Jumat, 09/05/2025	LAMPIRAN	Perbaikan Lampiran	
10.	Sabtu, 10/05/2025		ACC Sidang	