

LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)

**ASUHAN PERSALINAN PADA NY. N USIA 30 TAHUN G3P2A0 USIA
KEHAMILAN 38 MINGGU 5 HARI INPARTU KALA III DENGAN
RETENSIO PLASENTA DAN RIWAYAT VBAC
DI RSU PKU MUHAMMADIYAH
BANTUL**

Dosen Pembimbing Pendidikan : Bdn. Belian Anugrah Estri, S.ST, M.MR



Disusun Oleh :

Febriyanti Syamsudin

2510106020

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
2025/2026**

HALAMAN PENGESAHAN LAPORAN

CASE BASED DISCUSSION (CBD)

**ASUHAN PERSALINAN PADA NY. N USIA 30 TAHUN G3P2A0 USIA
KEHAMILAN 38 MINGGU 5 HARI INPARTU KALA III DENGAN
RETENSIO PLASENTA DAN RIWAYAT VBAC
DI RSU PKU MUHAMMADIYAH
BANTUL**



Bantul,

2026

Pembimbing Pendidikan

Preceptor

Mahasiswa

**Bdn. Belian Anugrah Estri,
S.ST, M.MR**

**Bdn. Siti Abdillah Hidayat, Febriyanti Syamsudin
S.ST**

DAFTAR ISI

HALAMA JUDUL

HALAMAN PENGESAHAN

DAFTAR ISI ii

BAB I PENDAHULUAN **1**

A. Latar Belakang 1

B. Rumusan Masalah 2

C. Tujuan 2

BAB II TINJAUAN TEORI **4**

BAB III DOKUMENTASI SOAP DAN RENCANA TINDAK LANJUT **20**

BAB IV PEMBAHASAN **36**

BAB V SIMPULAN **38**

DAFTAR PUSTAKA **39**



UNISA
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator penting yang mencerminkan kesejahteraan masyarakat dan kualitas pelayanan kesehatan maternal di suatu negara. Di Indonesia, pada tahun 2023 tercatat sebanyak 4.129 kematian ibu, dengan penyebab utama pre-eklamsia dan eklampsia, sedangkan penyebab lainnya adalah perdarahan postpartum. Dari kasus perdarahan, diketahui bahwa 60% disebabkan oleh laserasi, 25% oleh atonia uteri, dan sisanya disebabkan oleh retensio plasenta (Kemenkes RI, 2023).

Retensio plasenta merupakan keadaan di mana plasenta tertahan di dalam uterus dan belum keluar lebih dari 30 menit setelah persalinan, biasanya akibat kontraksi uterus yang tidak efektif atau kegagalan plasenta untuk lepas dari dinding uterus (Rukiyah, 2019; Perlman & Carusi, 2019). Kondisi ini merupakan salah satu penyebab perdarahan postpartum dan telah dilaporkan menyumbang 16–17% kasus perdarahan serta 2–3% kematian ibu di negara berkembang (Juraida, 2021; Ulya et al., 2021; Manuaba, 2021; WHO, 2021).

Beberapa faktor predisposisi yang dapat meningkatkan risiko retensio plasenta antara lain usia ibu, paritas tinggi, ukuran uterus yang besar, jarak kehamilan yang pendek, status sosial ekonomi, pendidikan, riwayat komplikasi persalinan sebelumnya, dan status anemia (Wahyuni, 2023; Yatiningsih et al., 2023; Misnawati & Rosdiana, 2021). Faktor-faktor ini memengaruhi kemampuan uterus untuk berkontraksi efektif dan melepaskan plasenta secara sempurna, sehingga meningkatkan risiko perdarahan postpartum.

Paritas juga menjadi faktor penting dalam kejadian retensio plasenta. Ibu multipara atau grandemultipara lebih berisiko mengalami retensio plasenta karena bekas implantasi plasenta sebelumnya dapat menimbulkan kecacatan pada endometrium dan menurunkan vaskularisasi uterus. Hal ini dapat mengganggu kontraksi otot rahim, memperlambat pelepasan plasenta, dan meningkatkan risiko perdarahan postpartum. Semakin tinggi paritas, semakin besar kemungkinan terjadinya kelainan pada tempat implantasi plasenta, seperti plasenta adhesiva, akreta, inkreta, dan perkreta (Vitriani, 2019; Salma, 2018).

Dengan demikian, retensio plasenta merupakan komplikasi yang signifikan dan berpotensi mengancam keselamatan ibu, sehingga pemahaman tentang faktor risiko, identifikasi dini, serta penatalaksanaan yang tepat dan cepat sangat diperlukan dalam praktik kebidanan.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana pengkajian data subjektif pada Ny. N Inpartu Kala III Dengan Retensio Plasenta Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?
2. Bagaimana pengkajian data objektif melalui pemeriksaan fisik dan penunjang pada Ny. N Inpartu Kala III Dengan Retensio Plasenta Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?
3. Bagaimana menegakkan analisa atau diagnosis kebidanan secara tepat pada Ny. N Inpartu Kala III Dengan Retensio Plasenta Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?
4. Bagaimana penatalaksanaan persalinan yang dilakukan secara cepat, tepat, dan kolaboratif pada Ny. N Inpartu Kala III Dengan Retensio Plasenta Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul?

C. Tujuan

1. Tujuan umum :
Melakukan Asuhan Kebidanan Persalihan Pada Ny. N Inpartu Kala III Dengan Retensio Plasenta Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul
2. Tujuan khusus :
 - a. Melakukan pengkajian data subjektif pada Asuhan Kebidanan Persalinan pada Ny. N Inpartu Kala III Dengan Retensio Plasenta Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul
 - b. Melakukan pengkajian data objektif pada Asuhan Kebidanan persalihan maternal pada Ny. N Inpartu Kala III Dengan Retensio Plasenta Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul
 - c. Menegakkan analisa pada Asuhan Kebidanan persalinan pada Ny. N Inpartu Kala III Dengan Retensio Plasenta Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul

- d. Mampu melakukan penatalaksanaan pada Asuhan Kebidanan Persalinan pada Ny. N Inpartu Kala III Dengan Retensio Plasenta Di Ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian

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

2. Tujuan Asuhan Persalinan

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

3. Sebab-sebab yang Menimbulkan Persalinan

a. Penurunan kadar progesterone Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot Rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

b. Teori oksitocin

Oksitocin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot Rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Diakhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga oksitocin 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 rahim makin rentan.

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

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

4. Tanda dan Gejala Persalinan

a. Tanda-tanda permulaan persalinan

1) Lightening

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

2) Pollakisuria

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

- 3) False Labor Tiga atau empat minggu sebelum persalinan, ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya peningkatan dari kontraksi Braxton hicks. His pendahuluan ini bersifat:
 - a) Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah
 - b) Tidak teratur
 - c) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan berjalannya waktu dan bila dibawa jalan his nya berkurang.
 - d) Tidak ada pengaruh pada perdarahan atau pembukaan serviks
 - 4) Energy spurt
Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-48 jam sebelum persalinan mulai. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit.
 - 5) Gastrointestinal Upsets Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan
- b. Tanda-tanda timbulnya persalinan (inpartu)
- Pada fase ini sudah memasuki tanda-tanda inpartu:
- 1) Terjadinya his persalinan Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mencejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu:
 - a) Increment : Ketika intensitas terbentuk.
 - b) Acme : Puncak atau maximum.
 - c) Decement : Ketika otot relaksasiKontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat. Perut akan mengalami kontraksi dan relaksasi, diakhir kehamilan proses kontraksi akan lebih sering terjadi. Mulanya kontraksi terasa seperti sakit pada punggung bawa berangsur-angsur bergeser ke bagian bawah perut mirip dengan mules saat haid.

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

2) Keluarnya lendir bercampur darah (show)

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

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

4) Pembukaan servik

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim

sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim. Servik menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan, kematangan servik mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan (Walyani, 2021)

5. Tahapan Persalinan

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

- a. Kala I (kala pembukaan) Kala I persalinan adalah permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif yang diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm) pada Primipara kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multipara para kira-kira 7 jam. Kala I terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif:
 - 1) Fase laten Merupakan periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3-4 cm.
 - 2) Fase aktif Merupakan periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi, pembukaan pada umumnya dimulai dari 3-4 cm hingga 10 cm dan berlangsung selama 6 jam. Penurunan bagian persentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan. Fase aktif dibagi menjadi tiga fase antara lain:
 - a) Fase akselerasi, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - b) Fase dilatasi maksimal, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaanserviks berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - c) Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam permukaan 9 cm menjadi lengkap (Prawirohardjo, 2020).

Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Pada kala I tugas penolong adalah mengawasi dan memberikan semangat kepada Ibu bahwa proses persalinan adalah fisiologis. Pemberian obat atau tindakan hanya dilakukan apabila perlu dan ada indikasi. Apabila ketuban belum pecah, ibu inpartu boleh duduk atau

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

b. Kala II (Kala pengeluaran janin)

Beberapa tanda dan gejala persalinan kala II adalah ibu merasakan ingin mengedan bersama terjadinya kontraksi, Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya, perineum terlihat menonjol, vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran lendir darah. Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ke ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflekstoris timbul rasa mengedan, karena tekanan pada rectum Ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada saat terdapat his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan mengedan yang terpimpin akan lahir kepala dengan diikuti seluruh badan janin, kala II primi: $\frac{1}{2}$ -2 jam pada multipara $\frac{1}{2}$ -1 jam.

Pada permulaan kala II, umumnya kepala janin telah masuk PAP ketuban yang menonjol biasanya akan pecah sendiri. Apabila belum pecah, ketuban harus dipecahkan (Amniotomi). His datang lebih sering dan lebih kuat, lalu timbullah his mengedan. Penolong harus telah siap untuk memimpin persalinan. Apabila kepala janin telah sampai di dasar panggul, vulva mulai terbuka (membuka pintu), rambut kepala kelihatan, setiap kali his, kepala lebih maju, anus terbuka, perineum meregang.

Penolong harus menahan perineum dengan tangan kanan beralaskan kain kasa atau kain duck steril supaya tidak terjadi robekan (ruptur perinei). Tangan kiri penolong menekan bagian belakang kepala janin ke arah anus, tangan kanan di perineum. Dengan pimpinan yang baik dan sabar, lahir kepala dengan ubun-ubun ubun-ubun kecil (suboksiput) dibawah simfisis sebagai hipomoklion, kemudian secara berturut-turut tampaklah bregmatika (ubun-ubun besar), dahi, muka, dan dagu. Perhatikan apakah terdapat lilitan tali pusat, kalau ada lepaskan. Kepala akan mengadakan putaran ke salah satu paha

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

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

- c. Kala III (pengeluaran plasenta) Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri.
- d. Kala IV (empat) Persalinan Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum.

6. Tanda Bahaya Persalinan

- a. Bayi tidak lahir dalam 12 jam sejak terasa mulas.
- b. Keluar darah dari jalan lahir sebelum melahirkan.
- c. Tali pusat atau tangan/kaki bayi terlihat pada jalan lahir.
- d. Tidak kuat mengejan .
- e. Mengalami kejang-kejang.
- f. Air ketuban keluar dari jalan lahir sebelum terasa mulas.
- g. Air ketuban keruh dan berbau.
- h. Setelah bayi lahir, ari-ari tidak keluar.
- i. Gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat.
- j. Keluar darah banyak setelah bayi lahir.
- k. Bila ada tanda bahaya, ibu harus segera dibawa ke bidan/dokter

B. Retensio Plasenta

1. Pengertian

Retensio plasenta adalah keadaan tidak lahirnya plasenta dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. (Albertus, 2022). Hal itu disebabkan karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dengan uterus. Bila sebagian kecil plasenta masih tertinggal di dalam uterus dapat menimbulkan perdarahan post partum (Puteri, 2021).

2. Etiologi

Ada beberapa penyebab terjadinya retensio plasenta, yaitu :

a. Faktor uterus

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

b. Faktor maternal

1) Usia

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

2) Jarak persalinan

Terlalu sering bersalin (jarak anak (Nurlaelah, 2018).

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

4) Anemia

Anemia pada ibu hamil dan bersalin dapat menyebabkan kontraksi serat-serat myometrium terutama yang berada di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlengketan plasenta menjadi lemah sehingga memperbesar risiko terjadinya retensio plasenta karena myometrium tidak dapat berkontraksi. Ibu dengan anemia dapat menimbulkan gangguan pada kala uri yang diikuti

retensio plasenta dan perdarahan post partum. Ibu yang memasuki persalinan dengan konsentrasi hemoglobin yang rendah (

5) Tidak melakukan manajemen aktif kala III

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

3. Patofisiologi

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

a. Invasif

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

b. Hipoperfusi

Plasenta Hubungan antara hipoperfusi plasenta dengan retensio plasenta adalah adanya oxidative stress, yang diakibatkan oleh remodelling arteri spiral yang tidak lengkap dan plasentasi yang dangkal, hal ini umum pada hipoperfusi

plasenta dengan retensio plasenta. Pada model kedua ini terdapat pada hipoperfusi plasenta, berkaitan dengan komplikasi kehamilan terkait plasenta.

- c. Kontraksi yang tidak adekuat Tidak adekuatnya kontraksi pada retro-placental myometrium adalah mekanisme ketiga yang dapat menyebabkan terjadinya retensio plasenta (Dwi Syalfina, 2021).

Jika plasenta belum lepas sama sekali, tidak terjadi perdarahan, jika plasenta lepas sebagian terjadi perdarahan yang merupakan indikasi untuk mengeluarkannya. Plasenta belum lepas dari dinding uterus karena kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesive). Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab vili korialis menembus desidua sampai di bawah peritoneum (plasenta akreta-perkreta).

Plasenta yang sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran kontraksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi kaluarnya plasenta/inkarserio plasenta. Pada pelepasan plasenta selalu terjadi perdarahan karena sinus maternalis di tempat insersinya pada dinding uterus terbuka. Apabila sebagian plasenta lepas sebagian lagi belum, terjadi perdarahan karena uterus tidak bisa berkontraksi dan beretraksi dengan baik pada batas antara kedua bagian itu. Selanjutnya apabila sebagian besar plasenta sudah lepas, tetapi sebagian kecil masih melekat pada dinding uterus, dapat timbul perdarahan dalam masanifas (Siantar, dkk. 2022).

4. Jenis-jenis Retensio

Plasenta Jenis-jenis perlekatan plasenta yang abnormal yaitu :

- a. Plasenta Adhesiva Plasenta yang belum lahir dan masih melekat di dinding rahim oleh karena kontraksi rahim yang kurang kuat untuk melepaskan plasenta. Kegagalan mekanisme separasi fisiologis yang disebabkan karena implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta
- b. Plasenta Akreta Plasenta akreta yaitu bila implantasi plasenta menembus desidua basalis dan lapisan Nitabunch dan sebagian lapisan myometrium.
- c. Plasenta Inkreta Plasenta inkreta yaitu bila implantasi plasenta sampai menembus lapisan myometrium dan melewati lapisan myometrium.

- d. Plasenta Perkreta Plasenta perkreta yaitu apabila vili korialis plasenta menembus lapisan perimetrium (lapisan serosa dinding uterus) dan dapat menembus sampai organ sekitar terutama kandung kemih.
- e. Plasenta Inkarserata Yaitu dimana plasenta sudah lepas dari dinding rahim tetapi belum lahir karena terhalang oleh lingkaran kontraksi di bagian bawah rahim.

5. Tanda dan Gejala Retensio Plasenta

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

- a. Tanda dan gejala yang selalu ada
 - 1) Plasenta belum lahir setelah 30 menit
 - 2) Perdarahan segera
 - 3) Kontraksi uterus kurang baik
- b. Tanda dan gejala yang kadang terjadi
 - 1) Tali pusat putus akibat tarikan berlebihan
 - 2) Inversio uterus akibat tarikan
 - 3) Perdarahan lanjutan

6. Diagnosis

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

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

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

1) Evaluasi Syok

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

2) Jenis-jenis syok yang bisa terjadi :

a) Syok kardiogenik

Syok ini terjadi ketika jantung sudah tidak mampu memompa darah yang cukup ke seluruh tubuh. Penyebab syok kardiogenik adalah rusaknya otot jantung, gangguan irama jantung, otot jantung lemah, atau infeksi pada jantung. Gejala tambahan syok yang muncul sama dengan serangan jantung, misalnya nyeri di dada seperti ditimpa beban dan menjalar ke leher, tangan, dan punggung, sesak napas, mual, muntah, serta ujung kaki terasa dingin.

b) Syok hipovolemik Terjadi ketika tidak ada cukup darah dalam pembuluh darah untuk membawa oksigen ke organ tubuh. Kondisi ini terjadi ketika tubuh kehilangan banyak darah atau cairan, misalnya karena luka robek yang berat atau kondisi medis tertentu seperti demam berdarah yang parah dan dehidrasi berat. Syok hipovolemik ditandai dengan penurunan suhu tubuh, detak jantung cepat, bibir dan kuku membiru, serta kehilangan kesadaran.

c) Syok neurogenik Disebabkan oleh kerusakan pada sistem saraf pusat, biasanya karena cedera tulang belakang. Syok neurogenik menyebabkan pembuluh darah melebar sehingga kulit terasa hangat, bengkak, dan kemerahan. Selain itu, gejala lainnya adalah detak jantung melambat dan tekanan darah turun drastis.

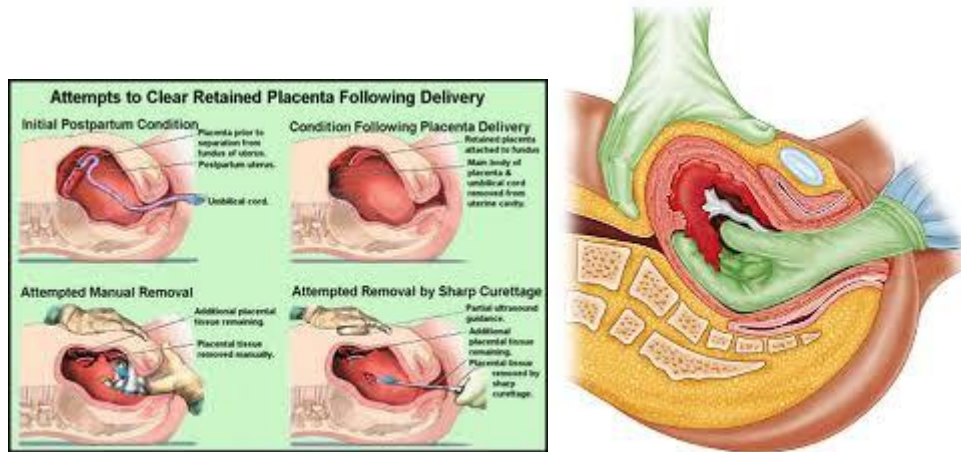
- d) Syok anafilaktik Merupakan komplikasi dari reaksi alergi berat yang mengancam nyawa. Kondisi ini disebabkan oleh reaksi berlebihan pada sistem kekebalan tubuh terhadap penyebab alergi sehingga muncul berbagai gejala, seperti sesak napas, wajah bengkak, denyut nadi cepat, ruam kulit, mual, dan muntah. Gejalanya terjadi dalam hitungan detik atau menit setelah penderita terpapar alergen, seperti kacang, udang, atau sengatan lebah.
- e) Syok sepsis Syok sepsis atau dikenal sebagai keracunan darah merupakan kondisi yang disebabkan oleh infeksi bakteri yang memasuki aliran darah, sehingga memicu peradangan. Segala jenis bakteri dapat menyebabkan syok sepsis. Dalam kasus yang jarang terjadi, syok sepsis juga disebabkan oleh infeksi virus atau jamur. Karena infeksi, penderita syok sepsis juga mengalami gejala berupa demam dan menggigil. Syok sepsis berisiko terjadi pada orang tua, anak-anak, atau orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah, seperti orang yang menjalani pengobatan immunosupresan atau kemoterapi. Penderita diabetes, AIDS, leukemia, dan limfoma juga lebih berisiko mengalami syok sepsis. (Kemenkes,2019).

Membedakan plasenta trapped dengan plasenta adhesive dan akreta adalah melalui terdapatnya tanda-tanda pelepasan plasenta. Pada saat melakukan peregang tali pusat awasi tanda-tanda pelepasan dari dinding uterus, yaitu : PAGE 45 a) Korda umbilical yang memanjang b) Semburan darah mendadak dan singkat c) Perubahan tinggi dan bentuk uterus dari diskoid menjadi globular d) Meningginya tinggi fundus uteri e) Kontraksi fundus.

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

dengan retensio plasenta adalah tidak adanya kontraksi uterus dengan plasenta yang sudah berhasildilahirkan (Puteri, 2021).

7. Penatalaksanaan Retensio Plasenta



Penatalaksanaan retensio plasenta bertujuan untuk mencegah terjadinya perdarahan postpartum, infeksi, serta komplikasi obstetri lainnya yang dapat mengancam keselamatan ibu. Penatalaksanaan dilakukan secara sistematis dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu serta respons uterus terhadap tindakan yang diberikan.

Langkah awal penatalaksanaan retensio plasenta adalah melakukan penilaian kondisi umum ibu yang meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital, jumlah perdarahan, kontraksi uterus, dan adanya tanda-tanda syok. Selanjutnya dilakukan pemasangan jalur intravena untuk pemberian cairan dan obat-obatan serta pemantauan ketat terhadap status hemodinamik ibu.

Pemberian uterotonika merupakan tindakan utama untuk merangsang kontraksi uterus dan membantu pelepasan plasenta. Oksitosin diberikan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan. Selain itu, dilakukan pijat uterus untuk meningkatkan tonus uterus dan membantu proses pelepasan plasenta. Kandung kemih dikosongkan karena distensi kandung kemih dapat menghambat kontraksi uterus dan proses pengeluaran plasenta.

Apabila plasenta belum lahir setelah 30 menit pascapersalinan meskipun manajemen aktif kala III telah dilakukan secara adekuat, maka diperlukan penatalaksanaan lanjutan. Dalam kondisi ini, tindakan manual plasenta dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan yang

memadai dengan menerapkan prinsip aseptik dan antiseptik serta pemberian analgesia atau anestesi sesuai indikasi.

Setelah plasenta berhasil dikeluarkan, dilakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaput ketuban untuk memastikan tidak terdapat sisa jaringan yang tertinggal di dalam uterus. Uterotonika lanjutan diberikan untuk mempertahankan kontraksi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan postpartum. Pemantauan pascatindakan meliputi penilaian kontraksi uterus, jumlah perdarahan, tanda-tanda vital, serta tanda-tanda infeksi puerperalis.

Pada kondisi retensio plasenta yang disertai perdarahan hebat, syok, atau kegagalan penatalaksanaan awal, bidan harus melakukan kolaborasi dengan dokter dan merujuk ibu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap. Seluruh tindakan dan hasil pemantauan harus didokumentasikan secara lengkap sebagai bagian dari asuhan kebidanan yang berkesinambungan (Setyowati, A., & Hermita, 2023).



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB III

DOKUMENTASI SOAP DAN RENCANA TINDAK LANJUT

ASUHAN PERSALINAN PADA NY. N USIA 30 TAHUN G3P2A0 USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 5 HARI INPARTU KALA III DENGAN RETENSIO PLASENTA DAN RIWAYAT VBAC DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL

No. Register : 10244071
Tgl Masuk RS : 06/01/2026
Jam Masuk RS : 07.00 WIB
Ruang : VK

Nama	Istri : Ny. N	Suami : Tn. A
Umur	: 30 tahun	30 tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Alamat	: Kembaran, RT 5	Tamantirto, Bantul

A. SUBYEKTIF

1. Alasan datang

Ibu mengatakan datang ingin melahirkan karena kenceng-kenceng dan sudah keluar lendir darah sejak pukul 04.00 WIB.

2. Keluhan

Ibu mengatakan perut terasa mulas dan ingin mengejan, serta ada rasa nyeri yang menjalar ke pinggang. Setelah bayi lahir, plasenta belum keluar lebih dari 30 menit.

3. Riwayat kehamilan ini

Kehamilan kedua

HPHT : 01-04-2025

HPL : 08-01-2026

Umur Kehamilan : 38 minggu 5 hari

Frekuensi ANC : 1 kali di Trimester I , 2 kali di Trimester II, dan 4 kali di Trimester III

Keluhan selama hamil : Mual pada TM I

Riwayat konsumsi obat : Tablet tambah darah, B6

4. Riwayat Menstruasi

Menarche Usia : 13 tahun
Siklus : 28 hari (teratur)
Banyak : 3-4 kali ganti pembalut
Lama : 7 hari
Warna : merah segar
Disminorhea : tidak ada

5. Riwayat Pernikahan

Menikah : 1 kali
Usia pertama menikah : 27 tahun
Usia pernikahan : 8 tahun
Status pernikahan : Sah

6. Riwayat Obstetri

G3P2A0

G (Gravida) : 3 Kehamilan ketiga
P (Para) : 2 Melahirkan 2 kali
A (Abortus) : 0 Tidak ada riwayat keguguran/abortus

7. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

No.	Tahun Persalinan	Jenis Persalinan	Usia kehamilan	Penyulit Kehamilan	Anak			
					JK	BB (gr)	PB	Keadaan
1.	2018	SC	Aterm	DKP	L	3100	49	Sehat
2.	2021	SC	Aterm	-		3300	48	Sehat
3.	2026	Hamil ini						

8. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

Ibu mengatakan pernah menggunakan KB Suntik 3 bulan Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a. Pola nutrisi

	Makan	Minum
Frekuensi	: 3x/hari	8x/hari

Jenis	: Nasi sayur lauk	Air putih, susu
Banyaknya	: 1 porsi cukup	1400 ml
Keluhan	: Tidak ada	Tidak ada
Terakhir	: 06.00 WIB	06.30 WIB

b. Pola Istirahat

Tidur 7-8 jam/hari

c. Pola aktivitas

Kegiatan sehari-hari ibu melakukan pekerjaan domestik seperti membersihkan rumah (menyapu, mencuci, memasak) dibantu oleh suami, berjalan kaki di pagi hari dan melakukan ibadah

d. Pola eliminasi

	BAB	BAK
Frekuensi	1x/hari	6-7x/hari
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning jernih
Konsistensi	Lunak	Cair
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
Terakhir	05.30	05.30 WIB

e. Personal hygiene

Ibu mandi 2x sehari, menjaga kebersihan genitalia dengan mengganti celana dalam bila lembab/berkeringat. Kuku tangan pendek, rambut bersih, pakaian longgar dan nyaman

f. Pola seksualitas

1xseminggu, tidak ada keluhan. Terakhir 3 hari yang lalu

g. Pola menyusui

Riwayat menyusui sampai anak berusia 2 tahun tidak ada masalah menyusui rencana menyusui sampai berusia 2 tahun

h. Pola kebiasaan sehari-hari

Merokok : ibu mengatakan tidak pernah merokok

Minum jamu : ibu mengatakan tidak minum jamu

Minuman beralkohol : Ibu mengatakan tidak minum alkohol

9. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat penyakit yang pernah/sedang diderita:

Ibu mengatakan tidak pernah/sedang menderita penyakit seperti hipertensi, asma, diabetes melitus, jantung, kanker

b. Riwayat penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga:

Ibu mengatakan keluarga tidak pernah/sedang menderita penyakit seperti hipertensi, asma, diabetes melitus, jantung, kanker

c. Riwayat kembar : Tidak memiliki riwayat keturunan kembar

d. Riwayat alergi : Tidak ada alergi obat

e. Riwayat operasi : Pernah operasi SC pada tahun 2018 dan tahun 2021

10. Riwayat Psikososial Spiritual

a. Psikososial:

Ibu mengatakan tinggal bersama suami dengan hubungan keluarga yang harmonis serta memperoleh dukungan penuh dari suami dan keluarga selama masa kehamilan. Pengambilan keputusan terkait kesehatan dilakukan melalui musyawarah antara ibu dan suami. Tidak ditemukan adanya gangguan psikologis. Ibu mengungkapkan perasaan cemas yang wajar namun disertai rasa bahagia dalam menantikan kelahiran anak pertamanya. Tidak terdapat kebiasaan adat atau budaya yang berpotensi membahayakan ibu maupun janin.

b. Spiritual:

Ibu mengatakan beragama Islam dan menjalankan ibadah shalat lima waktu secara rutin, serta membiasakan diri berdoa dan berdzikir sebagai upaya memohon kelancaran persalinan

c. Keadaan ekonomi:

Kondisi ekonomi keluarga tergolong baik, ibu terdaftar sebagai peserta BPJS yang aktif, memiliki penghasilan tetap, serta telah menyiapkan dana tabungan untuk kebutuhan persalinan.

11. Keadaan Lingkungan

Ibu mengatakan rumahnya memiliki ventilasi cukup, sumber air bersih, jamban sehat, lingkungan rumah bersih, jauh dari tempat pembuangan akhir, tidak memelihara hewan di rumah dan tidak padat penduduk

B. OBYEKTIF

1. Keadaan Umum : Sedang
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda Vital
 - Tekanan Darah : 90/63 mm/Hg
 - Nadi : 88 x/m
 - Pernapasan : 23 x/m
 - Suhu : 36,5⁰C
 - SpO₂ : 99 %
 - a. BB sebelum hamil : 64 kg
 - b. BB saat ini : 59 kg
 - c. TB : 155 cm
 - d. LiLA : 24 cm
 - e. IMT : 24,6 kg/m²
4. Pemeriksaan fisik
 - a. Kepala
 - Inspeksi : rambut bersih, tidak ada kelainan kulit kepala
 - Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
 - b. Leher
 - Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar, vena jugularis tidak distensi
 - Palpasi : kelenjar tiroid tidak membesar, tidak ada benjolan
 - c. Wajah : Tampak sangat pucat, ekspresi wajah menahan nyeri (grimace), tampak lemas, kulit teraba dingin dan lembap
 - d. Mata : Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, mata kanan kiri tidak minus, sklera simetris tidak strabismus
 - e. Telinga
 - Inspeksi : simetris, tidak ada sekret, tidak ada tanda infeksi
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 - f. Hidung
 - Inspeksi : tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada sumbatan atau gangguan indra penciuman
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 - g. Bibir dan mulut

- Inspeksi : mukosa bibir tampak pucat dan kering, tidak sianosis, mukosa mulut bersih, gigi terawat
- Palpasi : tidak ada luka/ulkus
- h. Payudara
- Inspeksi : simetris, aerola kehitaman, puting menonjol
- Palpasi : teraba tegang, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pengeluaran cairan
- i. Abdomen
- Inspeksi : perut belum tampak membesar, terlihat ada bekas luka operasi, tidak tampak striae gravidarum, linea nigra belum terlihat
- Palpasi : ada nyeri tekan pada perut bagian bawah,
- Pemeriksaan Leopold:
- Leopold I : Fundus uteri teraba bagian bokong
- Leopold II : Teraba punggung janin di sisi kiri dan ekstremitas di sisi kanan
- Leopold III : Bagian terbawah janin teraba kepala (presentasi kepala)
- Leopold IV : Bagian terbawah janin telah masuk pintu atas panggul
- Tinggi fundus uteri (TFU): 28 cm
- Denyut jantung janin (DJJ): 130 kali/menit
- His : 3x10/ 25-30"
- j. Ekstremitas atas: simetris, tidak ada edema, bantalan kuku (nail bed) tampak pucat, akral teraba dingin.
- k. Ekstremitas bawah
- Inspeksi : tidak ada varises, tidak ada luka, tidak ada varises
- Palpasi : tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan betis, akral teraba dingin
- l. Genetalia : vulva dan vagina tampak bersih, tidak terdapat edema, varises, atau lesi. Tidak tampak perdarahan pervaginam maupun pengeluaran cairan abnormal.
- m. Anus : anus tampak bersih, tidak terdapat hemoroid, fissura ani, perdarahan, maupun tanda iritasi. Tonus sfingter tampak baik.
- n. Genitalia Luar : Tampak tali pusat menjuntai di depan vulva, adanya perdarahan (\pm 250cc).
- o. Pemeriksaan dalam: Teraba plasenta masih menempel di dinding rahim.

5. Pemeriksaan penunjang

Laboratorium: Hb 10,8 gr/dl, Gol darah O.

6. Skala nyeri : 7

C. ANALISA

Ny. N usia 30 tahun G3P2A0 UK 38 Minggu 5 Hari Inpartu Kala III dengan Retensio Plasenta.

D. PENATALAKSANAAN

PENATALAKSANAAN	
Tanggal/ Jam	KALA I
06/01/2026 07.00 WIB	<ol style="list-style-type: none">1. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu saat ini dalam proses persalinan (Kala I fase aktif), pembukaan sudah maju, dan kondisi janin terpantau baik (DJJ normal). Evaluasi: Ibu memahami kondisinya dengan baik.2. Memberikan dukungan psikologis kepada ibu seperti menghadirkan pendamping persalinan (suami atau keluarga) untuk memberikan penguatan mental, membantu memijat punggung (teknik counter pressure) untuk mengurangi rasa nyeri. Evaluasi: Ibu memahami kondisinya dengan baik.3. Melakukan pemenuhan nutrisi dan hidrasi dengan menganjurkan ibu untuk makan makanan ringan dan minum di sela-sela kontraksi guna mencegah dehidrasi dan menjaga tenaga untuk proses mengejan nanti. Evaluasi: Ibu mau minum manis4. Memfasilitasi Mobilisasi dan Posisi dengan menganjurkan ibu untuk miring ke kiri guna melancarkan aliran oksigen ke janin atau berjalan-jalan ringan jika ibu masih merasa sanggup guna membantu penurunan kepala janin. Evaluasi: Ibu mau melakukannya5. Menjaga Kebersihan Tubuh (Personal Hygiene)

	<p>Evaluasi: Ibu menjaga kebersihan tubuh</p> <p>6. Memastikan Pengosongan Kandung Kemih</p> <p>Evaluasi: Kandung kemih sudah kosong</p> <p>7. Mengajarkan teknik relaksasi yaitu melatih ibu teknik napas dalam (tarik napas melalui hidung dan keluarkan lewat mulut) saat kontraksi datang untuk membantu sirkulasi oksigen dan mengurangi rasa sakit.</p> <p>Evaluasi: Ibu mau melakukan</p>
<p>06/01/2026 07.30 WIB</p>	<p>PENATALAKSANAAN KALA II</p>
	<p>S : Pasien mengatakan kenceng-kenceng dan ingin melahirkan</p> <p>O: KU baik, cm, infus+, his kuat 3-4x dalam 10 menit lama >40 detik, DJJ 138x/menit, VT : v/u tenang, pembukaan lengkap (10 cm), KK-, AK+,STLD+, preskep, H3.</p> <p>A : Ny. N usia 30 tahun G3P2A0 38 Minggu 5 Hari Dengan Inpartu Kala II</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan kepada ibu serta pendamping bahwa hasil pemeriksaan menunjukkan pembukaan telah lengkap (10 cm) dan proses kelahiran bayi segera dimulai. 2. Menghadirkan dukungan emosional yang suportif untuk menjaga kepercayaan diri ibu, memberikan motivasi, serta membantu ibu agar tetap rileks dalam mengikuti instruksi penolong persalinan. 3. Memandu ibu untuk mengejan secara efektif hanya pada saat puncak kontraksi (his) dengan teknik yang benar, yaitu menarik napas dalam dan mengarahkannya ke bawah (arah bokong) 4. Membantu ibu mendapatkan posisi persalinan yang ergonomis dan nyaman, seperti posisi setengah duduk atau posisi lain yang mendukung percepatan penurunan kepala janin.

	<p>5. Memastikan seluruh set peralatan persalinan (partus set) dan resusitasi telah siap pakai sesuai standar APN dengan tetap mengedepankan prinsip aseptik.</p> <p>6. Melakukan pemantauan kontinu terhadap kekuatan kontraksi uterus serta memastikan kondisi janin tetap stabil melalui observasi DJJ di sela-sela his.</p> <p>7. Pertolongan Persalinan Standar: Melaksanakan asuhan persalinan secara sistematis dan aman sesuai dengan langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal (APN).</p> <p>a. Mengenali Tanda dan Gejala Kala II Mendengar dan melihat tanda teknis: Tanda Gejala Kala II seperti adanya Dorongan meneran, Tekanan pada anus, Perineum menonjol, Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.</p> <p>b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Persiapan alat (partus set, wadah DTT, alat resusitasi). 2) Persiapan diri: Memakai celemek, mencuci tangan, dan menggunakan sarung tangan DTT. 3) Menyiapkan oksitosin di dalam spuit. <p>c. Memastikan Pembukaan Lengkap & Keadaan Janin Baik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Membersihkan vulva dan perineum (Vulva Hygiene). 2) Melakukan pemeriksaan dalam (VT) untuk memastikan pembukaan 10 cm. 3) Amniotomi (jika ketuban belum pecah). <p>d. Dekontaminasi sarung tangan dan pemeriksaan DJJ.</p> <p>e. Menyiapkan Ibu dan Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap. 2) Meminta keluarga membantu posisi ibu. 3) Membimbing ibu meneran saat ada HIS (kontraksi). 4) Memberi minum saat tidak ada kontraksi. <p>f. Menyiapkan Pertolongan Kelahiran Bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Letakkan handuk bersih di perut ibu dan kain bersih 1/3 di bawah bokong. 2) Buka partus set.
--	--

	<p>3) Lahirnya Kepala: Lindungi perineum (Stenose), cek lilitan tali pusat, tunggu putaran paksi luar.</p> <p>4) Lahirnya Bahu: Pegang secara biparietal, tarik curah ke bawah (bahu depan), tarik curah ke atas (bahu belakang).</p> <p>5) Lahirnya Seluruh Tubuh: Sanggah susur hingga kaki.</p> <p>g. Penanganan Bayi Baru Lahir</p> <p>Bayi lahir jam 08.10 WIB</p> <p>1) Nilai selintas: Bayi menangis? Warna kulit? Tonus otot?</p> <p>2) Keringkan bayi (kecuali telapak tangan), ganti kain basah dengan yang kering.</p> <p>3) Cek janin kedua (pastikan tidak ada bayi lagi sebelum suntik oksitosin).</p> <p>4) Jepit dan potong tali pusat.</p> <p>5) Lakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini) minimal 1 jam.</p> <p>8. Melakukan pengawasan ketat terhadap adanya tanda-tanda penyulit baik pada ibu maupun janin selama fase pengeluaran bayi.</p> <p>9. Melakukan dokumentasi secara detail dan tepat waktu mengenai seluruh intervensi yang diberikan serta evaluasi respon pasien dalam lembar catatan medik.</p>
06/01/2026	PENATALAKSANAAN KALA III
08.11 WIB	Melakukan Manajemen Aktif Kala III (MAK III): Memberikan injeksi Oksitosin 10 IU IM, melakukan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT), dan masase fundus uteri.
08.20 WIB	Melakukan kateterisasi untuk memastikan kandung kemih kosong agar tidak menghambat kontraksi dan pelepasan plasenta.
08.25 WIB	Memberikan dosis kedua Oksitosin 10 IU IM karena plasenta belum lahir 15 menit setelah pemberian pertama.
08.40 WIB	Plasenta belum lahir lebih dari 30 menit setelah bayi lahir.

	<p>S : Ibu mengeluh perutnya masih terasa mulas, namun plasenta belum keluar.</p> <p>O :</p> <p>TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik (keras).</p> <p>Tali pusat tampak di depan vulva, belum ada tanda-tanda pelepasan plasenta (semburan darah mendadak (-), pemanjangan tali pusat (-)).</p> <p>Kandung kemih: Penuh/Menonjol.</p> <p>A (Assessment): P1A0 Kala III dengan Retensio Plasenta.</p> <p>P (Planning):</p>
08.40 WIB	<p>1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan minta persetujuan tindakan</p> <p>Evaluasi : Ibu mengetahui dan menyetujui tindakan yang akan dilakukan</p>
08.41 WIB	<p>2. Mempersiapkan tindakan Manual Plasenta:</p> <p>a. Memasang infus RL tetesan cepat untuk rehidrasi dan jalur akses obat.</p> <p>b. Memberikan analgesik/sedasi ringan untuk mengurangi nyeri/syok neurogenik.</p> <p>Evaluasi: telah dilakukan</p>
10.45 WIB	<p>3. Melakukan prosedur Manual Plasenta secara aseptik dengan memasukkan tangan secara obstetrik mengikuti tali pusat, menyisir pinggir plasenta dengan sisi ulnar tangan hingga lepas, dan mengeluarkan massa plasenta.</p> <p>Evaluasi: Plasenta lahir lengkap (selaput dan kotiledon utuh).</p>
10.55 WIB	<p>4. Melakukan eksplorasi kavum uteri untuk memastikan tidak ada sisa plasenta dan melakukan masase uterus hingga kontraksi keras (globuler).</p>

	Evaluasi: tidak ada sisa, uterus berkontraksi teraba keras																																																								
06/01/2026 Jam: 11.15 WIB	PENATALAKSANAAN KALA IV																																																								
	<p>S :</p> <p>Ibu mengatakan perut mules dan terasa nyeri di bagian yang di jahit</p> <p>O :</p> <p>Keadaan umum : Baik</p> <p>Kesadaran : Compos mentis</p> <p>Kontraksi uterus : Keras</p> <p>TFU : 1 jari di bawah pusat</p> <p>Perdarahan : dalam batas normal</p> <p>A : Ny. N usia 30 tahun P3A0 dengan postpartum spontan kala IV</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membersihkan ibu menggunakan air bersih dan waslap dari sisa darah dan cairan ketuban. 2. Membantu ibu mengganti pakaian dengan pakaian yang bersih dan kering. Evaluasi: ibu sudah bersih, rapi, dan merasa nyaman. 3. Memantau tanda vital ibu (TD, nadi, RR, suhu), kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan jumlah perdarahan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua. <p>Evaluasi:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Waktu</th> <th>TD</th> <th>Nadi</th> <th>RR</th> <th>Suhu</th> <th>Kontraksi</th> <th>TFU</th> <th>Perdarahan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11:15</td> <td>100/70</td> <td>80</td> <td>20</td> <td>36.5</td> <td>Keras</td> <td>1 jari dibawah pusat</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>11:30</td> <td>112/78</td> <td>82</td> <td>20</td> <td>36.6</td> <td>Keras</td> <td>1 jari dibawah pusat</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>11:45</td> <td>112/75</td> <td>84</td> <td>22</td> <td>36.7</td> <td>Keras</td> <td>1 jari dibawah pusat</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>12:00</td> <td>115/80</td> <td>85</td> <td>20</td> <td>36.6</td> <td>Keras</td> <td>1 jari dibawah pusat</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>12:15</td> <td>120/82</td> <td>86</td> <td>22</td> <td>36.7</td> <td>Keras</td> <td>2 jari dibawah pusat</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>12:30</td> <td>118/78</td> <td>88</td> <td>20</td> <td>36.8</td> <td>Keras</td> <td>2 jari dibawah pusat</td> <td>30 cc</td> </tr> </tbody> </table>	Waktu	TD	Nadi	RR	Suhu	Kontraksi	TFU	Perdarahan	11:15	100/70	80	20	36.5	Keras	1 jari dibawah pusat	-	11:30	112/78	82	20	36.6	Keras	1 jari dibawah pusat	-	11:45	112/75	84	22	36.7	Keras	1 jari dibawah pusat	-	12:00	115/80	85	20	36.6	Keras	1 jari dibawah pusat	-	12:15	120/82	86	22	36.7	Keras	2 jari dibawah pusat	-	12:30	118/78	88	20	36.8	Keras	2 jari dibawah pusat	30 cc
Waktu	TD	Nadi	RR	Suhu	Kontraksi	TFU	Perdarahan																																																		
11:15	100/70	80	20	36.5	Keras	1 jari dibawah pusat	-																																																		
11:30	112/78	82	20	36.6	Keras	1 jari dibawah pusat	-																																																		
11:45	112/75	84	22	36.7	Keras	1 jari dibawah pusat	-																																																		
12:00	115/80	85	20	36.6	Keras	1 jari dibawah pusat	-																																																		
12:15	120/82	86	22	36.7	Keras	2 jari dibawah pusat	-																																																		
12:30	118/78	88	20	36.8	Keras	2 jari dibawah pusat	30 cc																																																		

	<p>4. Melakukan masase uterus untuk mempertahankan kontraksi yang baik dan mencegah perdarahan postpartum. Evaluasi: Uterus berkontraksi keras</p> <p>5. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya segera (Inisiasi Menyusu Dini) guna membantu involusi uterus dan meningkatkan ikatan ibu–bayi. Evaluasi: Ibu bersedia dan mau dilakukan IMD</p> <p>6. Menganjurkan ibu untuk berkemih secara spontan dan memastikan kandung kemih tidak penuh. Evaluasi: ibu sudah berkemih</p> <p>7. Memberikan dukungan emosional serta memastikan ibu dalam posisi yang nyaman dan aman. Evaluasi: ibu tampak nyaman dan beristirahat</p> <p>8. Mendokumentasikan seluruh hasil observasi dan tindakan secara lengkap dan berkesinambungan Evaluasi: sudah tercatat di laporan dan partograf</p>
--	--

IDENTITAS BAYI

Nama bayi : By. Ny. N
Tanggal lahir : 06/01/2026
Umur : 0 hari
Jenis Kelamin : Laki-laki

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum bayi : Baik
- b. Warna kulit : Merah muda
- c. Tangis : Kuat
- d. Tonus otot : Cukup, Gerakan aktif
- e. Kelainan : Tidak ditemukan kelainan

2. Antropometri

PB : 49 cm
BB : 3.200 gram

LK : 33 cm
LP : 32 cm
LD : 33 cm

3. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala bayi : Normal, tidak ada moulase, tidak ada benjolan
- b. Leher bayi : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening
- c. Wajah bayi : Simetris, kemerahan, tidak ada kelainan
- d. Mata bayi : Tidak ada infeksi, konjungtiva dan sklera normal, tidak strabismus
- e. Telinga bayi : Simetris, terdapat lubang telinga
- f. Hidung bayi : normal, tidak ada secret
- g. Mulut bayi : normal, tidak ada labioskizis
- h. Abdomen bayi : bentuk perut normal, tidak ada benjolan tali pusat saat mengangis, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ada benjolan/massa
- i. Ekstermitas atas : Bentuk tangan dan kaki bayi normal, bergerak aktif, simetris, jumlah jari tangan dan kaki lengkap
- j. Estermitas bawah : Testis sudah berada di dalam skrotum
- k. Anus : Berlubang/positif.

4. Pemerksaan refleks : Reflek Moro, Rooting, Sucking, dan Grasping semuanya positif (+).

Analisa bayi:

Bayi Ny. N Baru Lahir (BBL) Normal, Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan (SMK).

Penatalaksanaan bayi:

- a. Melakukan evaluasi segera setelah lahir yang meliputi status maturitas, tangis bayi, tonus otot, dan usaha napas. Diperoleh APGAR Score 7-9 (menit ke-1 dan ke-5), menunjukkan bayi dalam kondisi bugar. Memberikan informasi kepada ibu mengenai kesehatan bayinya.

Evaluasi: Penilaian awal tuntas, kondisi bayi stabil dan sehat.

- b. Termoregulasi & IMD: Menjaga kehangatan bayi dengan menempatkannya di bawah infant warmer, mengeringkan tubuh menggunakan handuk kering, serta mengganti kain

yang basah. Melanjutkan dengan memfasilitasi Inisiasi Menyusu Dini (IMD) selama minimal 60 menit untuk membangun bonding dan mendukung keberhasilan ASI.

Evaluasi: Suhu tubuh bayi terjaga (normotermi) dan IMD terlaksana.

- c. Manajemen Tali Pusat: Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat dengan teknik aseptik, serta memastikan tidak ada perdarahan pada puntung tali pusat.

Evaluasi: Tali pusat terawat dan tidak ada tanda-tanda perdarahan.

- d. Identifikasi Pasien: Memasang gelang identitas pada bayi dan ibu sebagai prosedur standar keamanan dan keselamatan pasien (Sasaran Keselamatan Pasien).

Evaluasi: Gelang identitas terpasang dengan benar dan sesuai.

- f. Pemeriksaan Antropometri: Melakukan pengukuran dimensi tubuh bayi yang meliputi Berat Badan (BB), Panjang Badan (PB), Lingkar Kepala (LK), dan Lingkar Dada (LD) guna memantau pertumbuhan awal.

Evaluasi: Parameter antropometri berada dalam rentang normal.

- g. Profilaksis Vitamin K1: Memberikan injeksi Vitamin K1 sebanyak 1 mg secara intramuskular (IM) pada paha kiri untuk mencegah Hemorrhagic Disease of the Newborn (HDN).

Evaluasi: Profilaksis perdarahan telah diberikan.

- h. Pencegahan Infeksi Mata: Memberikan salep atau tetes mata antibiotik profilaksis pada kedua mata bayi segera setelah lahir untuk mencegah komplikasi infeksi (Ophthalmia Neonatorum).

Evaluasi: Pemberian salep mata terlaksana.

- i. Imunisasi Hepatitis B (HB-0): Memberikan vaksin Hepatitis B dosis pertama (HB-0) secara IM pada paha kanan, minimal 1 jam setelah pemberian Vitamin K1.

Evaluasi: Imunisasi dasar awal telah disuntikkan.

- j. Pemeriksaan Fisik Head-to-Toe: Melakukan inspeksi dan palpasi secara menyeluruh dari kepala hingga ujung kaki untuk memastikan tidak adanya kelainan kongenital atau trauma lahir.

Evaluasi: Bayi dinyatakan normal tanpa kelainan anatomis.

- k. Monitoring Tanda Vital: Melakukan observasi periodik terhadap frekuensi napas, denyut jantung, serta suhu tubuh untuk mendeteksi dini adanya gangguan adaptasi ekstrainterin.

Evaluasi: TTV dalam batas normal.

1. KIE (Komunikasi, Informasi, & Edukasi): Memberikan penyuluhan kepada ibu mengenai pentingnya ASI Eksklusif, teknik perawatan tali pusat di rumah, serta mengenali tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir.

Evaluasi: Ibu memahami edukasi dan berkomitmen memberikan ASI saja.

- m. Dokumentasi Asuhan: Mencatat seluruh rangkaian tindakan, hasil observasi, dan respon bayi ke dalam buku KIA serta rekam medis pasien secara sistematis.

Evaluasi: sudah dicatat dalam rekam medis



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB IV

PEMBAHASAN

Ny. N usia 30 tahun G3P2A0 usia kehamilan 38 minggu 5 hari datang ke RSUD Muhammadiyah Bantul dengan keluhan mulas teratur disertai pengeluaran lendir darah sejak pukul 04.00 WIB. Berdasarkan hasil pengkajian subjektif dan objektif, ibu berada dalam proses persalinan inpartu hingga kala III dan mengalami komplikasi berupa retensio plasenta. Kondisi ini diperberat dengan adanya riwayat persalinan sebelumnya melalui sectio caesarea (VBAC), yang merupakan salah satu faktor risiko terjadinya gangguan pelepasan plasenta.

Pada kala I fase aktif, ibu menunjukkan tanda-tanda persalinan normal berupa kontraksi uterus teratur, pembukaan serviks progresif, dan denyut jantung janin dalam batas normal. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi edukasi proses persalinan, dukungan psikologis, pemenuhan nutrisi dan cairan, mobilisasi, pengosongan kandung kemih, serta teknik relaksasi napas. Tindakan tersebut sesuai dengan teori bahwa dukungan emosional, pemenuhan kebutuhan dasar, dan posisi yang nyaman selama kala I dapat membantu memperlancar proses persalinan serta menurunkan persepsi nyeri ibu. Kehadiran pendamping persalinan juga terbukti meningkatkan rasa aman dan kepercayaan diri ibu selama proses persalinan.

Kala II ditandai dengan pembukaan serviks lengkap (10 cm), kontraksi adekuat, serta dorongan meneran yang kuat. Penatalaksanaan kala II dilakukan sesuai standar APN, mulai dari persiapan alat dan penolong, bimbingan teknik meneran yang efektif, pemantauan DJJ, hingga pertolongan persalinan yang aman dan aseptik. Bayi lahir spontan pervaginam pada pukul 08.10 WIB dalam kondisi baik, dengan tangisan kuat, warna kulit merah muda, dan tonus otot baik. Keberhasilan persalinan pervaginam pada ibu dengan riwayat dua kali sectio caesarea menunjukkan bahwa seleksi kasus, pemantauan ketat, dan kesiapan fasilitas sangat berperan penting dalam keberhasilan VBAC.

Kala III pada Ny. N mengalami penyulit berupa retensio plasenta, yang ditandai dengan plasenta tidak lahir lebih dari 30 menit setelah bayi lahir meskipun telah dilakukan manajemen aktif kala III (pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, dan masase uterus). Secara teori, retensio plasenta dapat terjadi akibat gangguan kontraksi uterus atau perlekatan plasenta yang abnormal, dan riwayat operasi uterus sebelumnya (SC) merupakan faktor risiko terjadinya kondisi ini.

Meskipun kontraksi uterus teraba baik, tidak ditemukannya tanda-tanda pelepasan plasenta menunjukkan adanya gangguan pada proses pemisahan plasenta dari dinding uterus. Oleh karena itu, dilakukan tindakan manual plasenta setelah mendapatkan persetujuan ibu. Tindakan ini sesuai dengan pedoman bahwa manual plasenta diindikasikan bila plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit pascapersalinan atau disertai perdarahan.

Pelaksanaan manual plasenta dilakukan secara aseptik, disertai pemasangan infus dan pemberian analgesik. Evaluasi pascatindakan menunjukkan plasenta lahir lengkap, tidak terdapat sisa plasenta, dan uterus berkontraksi dengan baik. Hal ini menunjukkan bahwa penatalaksanaan retensio plasenta telah dilakukan secara tepat dan efektif.

Pada kala IV, ibu berada dalam kondisi stabil dengan tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus baik, TFU menurun sesuai waktu, dan jumlah perdarahan dalam batas normal. Pemantauan dilakukan secara berkala sesuai standar, yaitu setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua. Tindakan masase uterus, anjuran menyusui dini, pengosongan kandung kemih, serta dukungan emosional berperan penting dalam mencegah terjadinya perdarahan postpartum sekunder. Dengan demikian, asuhan kala IV telah sesuai dengan teori dan standar pelayanan kebidanan.

Bayi Ny. N lahir cukup bulan dengan berat badan 3.200 gram dan panjang badan 49 cm, sesuai masa kehamilan. Pemeriksaan fisik head-to-toe tidak ditemukan kelainan, refleks bayi lengkap, dan tanda vital dalam batas normal. Penatalaksanaan bayi baru lahir meliputi penilaian awal, pencegahan hipotermia, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), perawatan tali pusat, pemberian vitamin K1, salep mata, imunisasi HB-0, serta edukasi kepada ibu. Seluruh tindakan tersebut sesuai dengan standar asuhan bayi baru lahir dan bertujuan mendukung adaptasi ektrauterin serta mencegah komplikasi neonatal.

Secara keseluruhan, asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. N mulai dari kala I hingga kala IV serta asuhan bayi baru lahir telah sesuai dengan teori, standar APN, dan pedoman penatalaksanaan retensio plasenta. Deteksi dini penyulit, pengambilan keputusan yang cepat, serta kolaborasi dan tindakan yang tepat terbukti mampu mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat pada ibu dan bayi.

BAB V

SIMPULAN

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan yang telah diberikan pada Ny. N usia 30 tahun G3P2A0 usia kehamilan 38 minggu 5 hari dengan inpartu kala III disertai retensio plasenta dan riwayat VBAC di RSUD Muhammadiyah Bantul, dapat disimpulkan bahwa proses persalinan kala I dan kala II berlangsung secara fisiologis dengan pemantauan ketat dan sesuai standar Asuhan Persalinan Normal (APN). Bayi lahir spontan pervaginam dalam kondisi baik, cukup bulan, dan sesuai masa kehamilan.

Pada kala III, ibu mengalami retensio plasenta yang ditandai dengan plasenta tidak lahir lebih dari 30 menit setelah bayi lahir meskipun telah dilakukan manajemen aktif kala III. Penatalaksanaan retensio plasenta dilakukan secara tepat melalui pemberian uterotonika lanjutan, pengosongan kandung kemih, pemasangan infus, serta tindakan manual plasenta secara aseptik setelah memperoleh persetujuan ibu. Tindakan tersebut berhasil melahirkan plasenta secara lengkap tanpa sisa dan uterus berkontraksi dengan baik.

Pada kala IV, kondisi ibu stabil dengan tanda-tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus adekuat, involusi uterus sesuai waktu, serta tidak ditemukan perdarahan postpartum lanjutan. Asuhan bayi baru lahir menunjukkan bayi dalam kondisi sehat, adaptasi ekstrauterin baik, serta mendapatkan asuhan neonatal esensial secara lengkap. Secara keseluruhan, asuhan kebidanan pada kasus ini telah dilaksanakan sesuai teori dan standar pelayanan kebidanan sehingga komplikasi lebih lanjut dapat dicegah.

SARAN

Ibu dan keluarga diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan terhadap kunjungan antenatal care (ANC), memahami tanda bahaya persalinan dan masa nifas, serta segera mencari pertolongan medis apabila muncul keluhan yang tidak normal.

DAFTAR PUSTAKA

- Juraida, A. (2021). Prevalensi retensio plasenta sebagai penyebab perdarahan postpartum. *The Indonesian Journal of Health Promotion*, 5(2), 55–62.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Profil kesehatan Indonesia 2019*. Kemenkes RI.
- Lestari widiya,.dkk,2023,. Asuhan Kebidanan Kehamilan : Panduan Lengkap Asuhan Selama Kehamilan Bagi Praktisi Kebidanan. (2023). (n.p.): PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Manuaba, I. B. (2021). Pendarahan sebagai penyebab kematian ibu. *Indonesia Journal of Midwifery*, 1(2), 45–52.
- Misnawati, M., & Rosdiana, D. (2021). Faktor predisposisi kejadian retensio plasenta. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 8(1), 14–21.
- Nurdiati, R. D. S. (2024). *Pergeseran pola penyebab kematian ibu di Indonesia dan tantangan masa depan*. [Pidato Pengukuhan Guru Besar]. Universitas Gadjah Mada.
- Oka Irmayanti. (2025). *Asuhan kebidanan pada kegawatdaruratan maternal dan neonatal Prinsip, Tatalaksana, Dan Tantangan Global*. (N.P.): Penerbit Widina.
- Perlman, J., & Carusi, D. (2019). *Obstetric complications: Retained placenta*. New York: Springer.
- Puspitaningrum Elisa, 2022,. Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Pada Maternal. (N.D.). (N.P.): Penerbit Cv. Sarnu Untung.
- Rukiyah, S. (2019). Retensio plasenta: Keadaan klinis dan faktor risiko. *Scientia Journal*, 10(3), 101–108.
- Sari nurul,.dkk,.2025 Asuhan Kebidanan Kehamilan dan Persalinan. (2025). (n.p.): CV Eureka Media Aksara.
- Sari, I. P., Sucirahayu, C. A., Hafilda, S. A., Sari, S. N., Safithri, V., Fitria, Febriana, J., & Hasyim, H. (2023). Faktor penyebab angka kematian ibu dan angka kematian bayi serta strategi penurunan kasus: Systematic review. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(3).
- Siantar R, dkk., (2022). *Buku ajar asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal*. (n.p.): Rena Cipta Mandiri.
- Setyowati, A., & Hermita. (2023). *Asuhan kebidanan pada Ny. S P3A0 dengan retensio plasenta di Rumah Sakit Amelia*. MOO: Media of Obstetrics, 2(3), 750–754. ISSN 2963-1343.

- Wahyuni, R. (2023). Faktor risiko retensio plasenta pada ibu multipara. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 12(2), 34–41.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Maternal mortality: Key facts*. Geneva: WHO.
- Ulya, Y., Annisa, N. H., & Idyawati, S. (2021). Retained placenta as a contributor to maternal mortality in developing countries. *Indonesian Journal of Midwifery Research*, 7(1), 12–19.
- Vitriani, L. (2019). Paritas dan risiko retensio plasenta. *Jurnal Midwifery Science*, 7(3), 112–118.
- Yatiningsih, A., et al. (2023). Hubungan faktor obstetri dan retensio plasenta. *Jurnal Obstetri & Ginekologi Indonesia*, 9(1), 23–30.



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

CATATAN PERSALINAN

Tanggal : 06-01/2016 Penolong Persalinan : Bidan.
 Tempat persalinan : [] rumah ibu [] Puskesmas [] Klinik Swasta [] Lainnya PLU PLU Muhammadiyah Barul.
 Alamat tempat persalinan : Jl. Jenderal Sudirman No. 124 Hyangkingan, Barul.

KALA I

[] Partograf melewati garis waspada tidak
 [] Lain-lain, Sebutkan :
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :
 Bagaimana hasilnya? : kala I berjalan normal.

KALA II

Lama Kala II : 40 menit Episiotomi : [] tidak ya. Indikasi : pelebaran kepala.
 Pendamping pada saat persalinan : [] suami [] keluarga [] teman [] dukun [] tidak ada
 Gawat Janin : [] miringkan Ibu ke sisi kiri [] minta Ibu menarik napas [] episiotomi
 Distosia Bahu : [] Manuver Mc Robert Ibu merangkang [] Lainnya
 Penatalaksanaan untuk masalah tersebut :
 Bagaimana hasilnya? : Bayi lahir normal.

KALA III

Lama Kala III : 135 menit Jumlah Perdarahan : 350 ml
 a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? [] ya [] tidak, alasan :
 Pemberian Oksitosin ulang (2x) ? [] ya [] tidak, alasan : plasenta belum lahir
 b. Pemegangan tali pusat terkendali ? [] ya [] tidak, alasan :
 c. Masase fundus uteri? [] ya [] tidak, alasan :
 Laserasi perineum derajat 2 Tindakan : [] mengeluarkan secara manual [] merujuk
 [] tindakan lain :
 Atonia uteri : [] Kompresi bimanual interna [] Metil Ergometrin 0,2 mg IM [] Oksitosin drip
 Lain-lain, sebutkan :
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut : manual plasenta.
 Bagaimana hasilnya? : plasenta bisa lahir

BAYI BARU LAHIR

Berat Badan : 3.200 gram Panjang : 49 cm Jenis Kelamin : ♂ Nilai APGAR : 7/9
 Pemberian ASI < 1 jam [] ya [] tidak, alasan :
 Bayi baru lahir pucat/biru/lemas : [] mengeringkan [] menghangatkan [] bebaskan jalan napas
 [] stimulasi rangsang aktif [] Lain-lain, sebutkan :
 [] Cacat bawaan, sebutkan :
 [] Lain-lain, sebutkan :
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :
 Bagaimana hasilnya? : normal

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	11.15	100/70	80 x/m	36.5	1 Jr buah pih	keras	± 30 cc	-
	11.30	112/70	82 x/m		1 Jr buah pih	keras	keras	-
	11.45	112/70	84 x/m		1 Jr buah pih	keras	keras	-
	12.00	115/80	85 x/m		1 Jr buah pih	keras	keras	-
2	12.15	120/82	86 x/m	36.2	2 Jr buah pih	keras	keras	-
	12.30	110/70	88 x/m		2 Jr buah pih	keras	keras	-

Masalah Kala IV :
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :
 Bagaimana hasilnya? : berlangsung normal

KIE

No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
	6/01/2016	• Semua nifas	Bidan	Ibu mengerti
		• Breast care	Bidan	Ibu paham
		• ASI	Bidan	Ibu paham
		• Perawatan Tali Pusat	Bidan	Ibu paham
		• KL	Bidan	Ibu paham
		• Gizi	Bidan	Ibu paham
		• Imunisasi	Bidan	Ibu paham