

**LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)
STASE ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN
KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL PADA NY.
N USIA 26 TAHUN P1A0 DENGAN RETENSIO PLASENTA
DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL**



**Disusun oleh:
Iis Wahyuningsih
2510106060**

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

HALAMAN PENGESAHAN

STASE ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL PADA NY. N USIA 26 TAHUN P1A0 DENGAN RETENSIO PLASENTA

Disusun oleh :
Iis Wahyuningsih
2510106060

Telah diperlihatkan kepada dosen pembimbing pendidikan dan pembimbing lahan sebagai syarat untuk mendapatkan nilai praktek kerja lapangan yang dilaksanakan di

RSU PKU Muhammadiyah Bantul

Bantul, 27 Januari 2026

Pembimbing pendidikan

Pembimbing lahan

Mahasiswa

(Belian Anugrah Estri, S.ST., MMR)

(Bdn. Siti Abdillah, S.ST) (Iis Wahyuningsih)



KATA PENGANTAR

Segala puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Kuasa atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan *Case Based Discussion* (CBD) yang berjudul Asuhan Kebidanan Dengan Komplikasi Dan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal Pada Ny. N Usia 26 Tahun P1A0 Dengan Retensio Plasenta

Penyusunan laporan *Case Based Discussion* (CBD) ini, mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Kedua orang tua tercinta, Ibunda Tri Rahayu dan Ayahanda Sarjono yang berkat doa, dukungan, serta nasehatnya penulis semangat menjalani perkuliahan selama ini.
2. Belian Anugrah Estri, S.St., Mmr selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan serta arahan dengan penuh kesabaran dalam penyusunan laporan ini.
3. Bdn. Siti Abdillah, S.ST selaku Pembimbing lahan (CI) yang telah memberikan bimbingan dalam pelaksanaan tindakan klinis dilahan praktik.
4. Rsu pku Muhammadiyah bantul yang telah memberikan ijin untuk tempat menimba ilmu
5. Kepada pihak-pihak yang turut membantu dalam pembuatan Laporan ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa laporan ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, keterbatasan waktu dan kemampuan penulis maka kritik dan saran yang membangun senantiasa penulis harapkan. Semoga laporan dapat berguna bagi penulis khususnya dan pihak lain yang berkepentingan pada umumnya.

Bantul, 27 januari 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1. Latar Belakang	1
2. Tujuan	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
BAB III DOKUMENTASI SOAP.....	9
BAB IV PEMBAHASAN.....	16
BAB V PENUTUP	18
1. SIMPULAN	18
2. SARAN	18
DAFTAR PUSTAKA	19



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Perdarahan post partum merupakan salah satu penyebab tertinggi kejadian AKI di seluruh dunia. Perdarahan post partum adalah keadaan dimana jumlah darah yang keluar setelah melahirkan baik dalam 24 jam pertama (primer) atau lebih dari 24 jam (sekunder) setelah melahirkan sebanyak lebih dari 500cc. Perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan disebabkan, robekan jalan lahir, atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan gangguan pembekuan darah (Agustin, 2021). Perdarahan pasca persalinan (PPP) adalah perdarahan yang masif yang berasal dari tempat implantasi plasenta, robekan jalan lahir, dan jaringan sekitarnya. Perdarahan postpartum merupakan penyebab pertama kematian ibu di negara berkembang sebesar 25% dari seluruh kematian ibu. Dilihat dari data yang ada, perdarahan menjadi penyumbang kematian ibu setiap tahunnya dan menduduki peringkat kedua di Provinsi DIY setelah lain-lain. Selain atonia uteri sebagai penyebab terjadinya perdarahan postpartum, penyebab-penyebab lainnya yaitu retensio plasenta, robekan jalan lahir, ruptur uterus dan sisa plasenta atau membran (Cheung, 2020).

Perdarahan post partum karena retensio plasenta adalah kondisi dimana plasenta tertahan dalam rahim dan belum keluar selama 30 menit setelah bersalin disebabkan uterus tidak berkontraksi dengan baik. Oleh karena itu, penting untuk mengetahui keadaan tipe perdarahan mana yang terjadi dan faktor risikonya terkait. Resiko meninggal akibat perdarahan post partum tidak hanya tergantung pada jumlah kehilangan darah, tetapi juga status kesehatan wanita. Sosial ekonomi, gaya hidup, malnutrisi sebagai hal yang tak terhindarkan dan tidak dapat diubah serta kecepatan dan ketepatan penanganan mempengaruhi keberhasilan penanganan dari pasien dengan haemorrhage post partum. Oleh karena itu penting sekali melakukan upaya untuk mencegah retensio plasenta pada persalinan melalui deteksi dini komplikasi kehamilan, persalinan dan penatalaksanaan manajemen aktif kala III dengan tepat dan benar (Cunningham, 2005).

Retensio plasenta merupakan komplikasi persalinan di negara berkembang sebesar 2-3% pada persalinan pervaginam. Berdasarkan penelitian yang telah

dilakukan menyebutkan bahwa perdarahan dapat disebabkan oleh retensio plasenta dengan insiden sebesar 1,8%. Insiden dari plasenta akreta, inkreta, dan perkreta juga meningkat selama beberapa dekade terakhir. Hal ini berkaitan dengan meningkatnya jumlah Sectio Caesarea (SC). (Sugiyanto, 2013) Faktor risiko lain terjadinya retensio plasenta adalah riwayat seksio sesarea pada persalinan sebelumnya, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ashwal Eran et al yang menyatakan bahwa riwayat seksio sesarea pada persalinan sebelumnya berhubungan dengan terjadinya retensio plasenta dengan p value 0,001. (Varney, 2015)

Penelitian dengan variabel paritas menyatakan bahwa semakin tinggi paritas, risiko terjadinya retensio plasenta juga meningkat. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ashwal Eran (2013) menyatakan bahwa paritas merupakan faktor pencegah terjadinya retensio plasenta dengan p value 0,790. Penyebab kematian ibu terbanyak di Kabupaten Mandailing Natal tahun 2024 yaitu perdarahan sebanyak 8 kasus dan gangguan metabolik 1 kasus. Penyebab utama meningkatnya AKI di tahun 2024 disebabkan karena kondisi pandemi covid-19 di Kabupaten Mandailing Natal yang membatasi akses keluar daerah sehingga menyebabkan pelayanan rujukan terkendala. Retensio plasenta merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Kejadian retensio plasenta terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Berdasarkan data yang diperoleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal diperoleh jumlah kasus retensio plasenta pada tahun 2023 sebanyak 34 orang dan pada tahun 2024 sebanyak 34 orang.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengimplementasikan asuhan kebidanan dengan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal pada ny. N usia 26 tahun P1A0 dengan retensio plasenta

2. Tujuan khusus

Mahasiswa dapat melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan metode SOAP

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep dasar retensio plasenta

1. Definisi retensio plasenta

Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir (Prawirohardjo, Sarwono. 2020). Retensio plasenta adalah bila plasenta tidak lepas atau keluar lebih dari 30 menit setelah persalinan (Maryunani, Anik. 2023)

2. Penyebab retensio plasenta

Plasenta yang sukar dilepas dengan pertolongan aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. Bila sebagian kecil dari plasenta masih tertinggal di dalam uterus disebut rest plasenta dan dapat menimbulkan perdarahan post partum primer atau lebih sering sekunder (Maryunani, Anik. 2023). Retensio plasenta dapat terjadi karena:

a. Fungsional:

- 1) Nya kurang kuat
- 2) Terhalang oleh kandung kemih yang penuh

3) Plasenta sulit lepas

b. Kelainan- Anatomi:

- 1) Plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta
- 2) Plasenta belum lepas dari dinding rahim
- 3) Plasenta sudah lepas, tetapi belum dilahirkan (disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala II)
- 4) Plasenta melekat erat pada dinding uterus karena villi korialis menembus desidua sampai miometrium hingga di bawah peritoneum (plasenta akreta-perkreta) (Maternity, Dainty. 2020).

3. Jenis retensio plasenta

- a. Plasenta Adhesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.

- b. Plasenta Akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki bagian lapisan miometrium.
 - c. Plasenta Inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai lapisan miometrium.
 - d. Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
 - e. Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstriksi ostium uteri (Prawirohardjo, Sarwono. 2024)
4. Tanda dan gejala
- Tanda dan gejala dari retensio plasenta yaitu:
- a. Terjadinya perdarahan segera
 - b. Uterus tidak berkontraksi
 - c. Tinggi Fundus Uteri tetap atau tidak berkurang
 - d. Plasenta belum lahir selama 30 menit setelah bayi lahir (Prawirohardjo, 2214) Adapun tanda dan gejala berdasarkan jenis retensio plasenta yaitu:
- 1) Separasi/akreta parsial. Gejalanya:
 - a) Konsistensi uterus kenyal
 - b) Tinggi fundus sepusat
 - c) Bentuk uterus discoid
 - d) Perdarahan bisa sedang-banyak
 - e) Tali pusat terjulur didepan
 - f) Ostium uteri terbuka
 - g) Separasi plasenta lepas sebagian
 - h) Syok sering terjadi.
 - 2) Plasenta inkarserata. Gejalanya:
 - a) Konsistensi uterus keras
 - b) Tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat
 - c) Bentuk uterus agak globuler
 - d) Perdarahan sedang

- e) Tali pusat terjulur
- f) Ostium uterus konstriksi
- g) Separasi plasenta sudah lepas
- h) Syok jarang terjadi
- 3) Plasenta akreta. Gejalanya:
 - a) Konsistensi uterus cukup
 - b) Tinggi fundus uteri sepusat
 - c) Bentuk uterus discoid
 - d) Perdarahan sedang, sedikit bahkan tidak ada
 - e) Tali pusat tidak terjulur
 - f) Ostium uteri terbuka
 - g) Separasi plasenta melekat seluruhnya
 - h) Syok jarang sekali terjadi, kecuali akibat inversi oleh tarikan kuat pada tali pusat (Saifudin, Abdul Bari dkk. 2024)

5. Patofisiologis

Proses kala III yang didahului dengan tahap pelepasan/separasi plasenta akan ditandai oleh perdarahan pervaginam (cara pelepasan Duncan) atau plasenta sudah lepas sebagian tetapi tidak keluar pervaginam (cara pelepasan Schulze), sampai akhirnya tahap ekspansi, plasenta lahir. Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala III) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan plasenta manual, meskipun kala III belum lewat setengah jam (Maryunani, Anik. 2023)

6. Bentuk pelepasan plasenta

Terdapat 2 bentuk pelepasan plasenta, yaitu:

A. Schulze

Pelepasan dimulai pada bagian tengah dari plasenta dan disini terjadi hematoma retro plasental yang selanjutnya mengangkat plasenta dari dasarnya. Plasenta dengan hematoma di atasnya sekarang jatuh ke bawah dan menarik lepas selaput janin. Bagian plasenta yang nampak pada vulva ialah permukaan foetal, sedangkan hematoma sekarang terdapat dalam kantong yang terputar balik. Maka pada pelepasan plasenta secara Schultze tidak ada perdarahan sebelum plasenta lahir dan sekurang- kurangnya terlepas seluruhnya. Baru setelah

terlepas seluruhnya atau lahir, darah sekonyong-konyong mengalir. Pelepasan secara Schulze adalah cara yang paling sering kita jumpai (Sastrawinata, S. 2022).

B. Duncan

Pada pelepasan secara Duncan pelepasan plasenta mulai pada pinggir plasenta. Darah mengalir keluar antara selaput janin dan dinding rahim, jadi perdarahan sudah ada sejak sebagian dari plasenta terlepas dan terus berlangsung sampai seluruh plasenta lepas. Plasenta lahir dengan pinggirnya terlebih dahulu. Pelepasan secara Duncan terutama terjadi pada plasenta letak rendah (Sastrawinata, S. 2022).

7. Faktor prediposisi

Faktor predisposisi Retensio Plasenta yaitu (Sastrawinata, S. 2022):

a. Kelahiran prematur

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

b. Kontraksi uterus yang lemah

c. Tindakan manajemen aktif Kala III yang tidak benar. Adapun faktor predisposisi lainnya yaitu:

a. Grandemultipara, Persalinan lebih dari 4 kali. B

b. Usia ibu < 20 tahun dan > 35 tahun

c. Overdistensi rahim, seperti kehamilan kembar, hidramnion, atau bayi besar.

d. Partus lama, Persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi.

e. Partus presipitatus

f. Kotiledon tertinggal

g. Riwayat atonia uteri

h. Plasenta akreta, inkreta dan perkreta

i. Manajemen aktif kala III yang tidak benar.

j. Gangguan koagulopati seperti anemia dan hipofibrinogenemi (Sastrawinata, S. 2022). Adapun faktor predisposisi lainnya yaitu:

a. Pembedahan uterus sebelumnya

b. Plasenta previa

c. Kebiasaan merokok

d. Multiparitas grande (Norwitz, Errol, 2022).

8. Diagnosa

a. Data subjektif

Ibu mengatakan perutnya terasa mulas dan plasenta belum lahir.

b. Data objektif

Pemeriksaan fisik: Palpasi pada abdomen daerah perut didapatkan uterus tidak teraba bulat dan keras, kontraksi kurang baik, TFU 1 jari diatas pusat dan vesika urinaria teraba agak menonjol serta terjadi perdarahan segera setelah anak lahir (postpartum primer) (Maternity, Dainty. 2022).

9. Penatalaksanaan

Penanganan retensio plasenta berupa pengeluaran plasenta apabila plasenta belum lahir dalam satu setengah jam sampai satu jam setelah bayi lahir terlebih lagi apabila disertai perdarahan (Maternity, Dainty. 2020). Jika plasenta tetap melekat, tidak ada tindakan lain yang harus dilakukan sebelum dokter diberi tahu. Kemungkinan pemisahan manual dapat diindikasikan. Jika plasenta dapat di palpasi di dalam vagina, kemungkinan pemisahan telah terjadi, dan jika uterus berkontraksi dengan baik, upaya maternal (mengejan) dapat dianjurkan. Jika terjadi keraguan, bidan harus memakai sarung tangan steril sebelum melakukan pemeriksaan vagina untuk memastikan terjadinya pemisahan. Sebagai upaya terakhir, jika ibu tidak mampu mengejan secara efektif, tekanan fundus dapat dilakukan. Uterotonik harus diberikan sebelum tekanan fundus dilakukan. Kecermatan yang tinggi harus dilakukan untuk memastikan bahwa pemisahan plasenta sudah terjadi dan uterus berkontraksi dengan baik. Ibu harus rileks saat bidan member tekanan ke bawah dan ke belakang pada fundus yang sedang berkontraksi kuat (Myles. 2023).

Metode ini dapat menyebabkan nyeri yang cukup berat dan disstres pada ibu dan mengakibatkan peregangan dan memar pada ligament uterus peopang. Jika dilakukan tanpa kontraksi uterus yang baik, inverse akut dapat terjadi. Hal ini merupakan prosedur yang sangat berbahaya jika dilakukan oleh tangan yang tidak trampil dan tidak dianjurkan dalam praktik sehari- hari jika dapat dilakukan metode yang lain yang lebih aman (Myles. 2023). Pelepasan plasenta secara manual. Hal ini harus dilakukan oleh dokter. Infuse intravena dipasang dulu dan anestetik bekerja secara efektif. Pilihan anesthesia yang digunakan bergantung

pada kondisi umum ibu. Jika anestetik epidural efektif sudah diberikan dan masih bekerja, tambahannya dapat diberikan untuk menghindari anestesi umum. Anestetik spinal merupakan alternatif lain, tetapi jika waktu merupakan faktor yang sangat mendesak, anestetik umum dapat dilakukan (Myles. 2023).

Pelepasan manual dilakukan dengan tindakan aseptik penuh dan kecuali jika terdapat kedaruratan yang memaksa, tindakan ini tidak boleh dilakukan sebelum memastikan keadekuatan kerja analgesia pada ibu. Dengan tangan kiri, tali pusat dipegang dan direntangkan, sedangkan tangan kanan ditangkupkan dan dimasukkan ke dalam vagina dan rahim sesuai arah tali pusat. Setelah letak plasenta ditemukan, tali pusat dilepaskan sehingga tangan kiri dapat digunakan untuk menopang fundus pada abdomen, untuk mencegah rupture uterus bagian bawah. Operator akan merasakan adanya pelepasan tepian plasenta. Jari-jari tangan direntangkan dan tepi diselipkan tangan secara di antara plasenta dan dinding uterus, dengan telapak tangan menghadap plasenta. Secara perlahan, plasenta dilepaskan dari dinding uterus dengan gerakan mengiris dari arah tepi. Setelah lepas sepenuhnya, tangan kiri merangsang kontraksi dan tangan kanan dikeluarkan dengan plasenta dalam genggaman. Plasenta harus segera diperiksa kelengkapannya sehingga eksplorasi uterus lebih lanjut dapat dilakukan tanpa keterlambatan. Obat uterotonik diberikan setelah plasenta terpisah sepenuhnya (Myles. 2023).

Pada situasi yang sangat khusus, yaitu ketika tidak ada dokter yang dapat dipanggil, bidan diharapkan dapat melakukan pelepasan plasenta secara manual. Setelah mendiagnosis adanya retensi plasenta sebagai penyebab perdarahan pasca partum, bidan harus bertindak cekatan untuk menurunkan risiko awitan syok dan kehilangan darah. Harus diingatkan bahwa risiko terjadinya syok akibat pelepasan plasenta secara manual lebih besar jika anestetik tidak diberikan. Di Negara maju, bidan jarang berhadapan langsung dengan situasi ini (Myles. 2023). Di rumah. Jika retensi plasenta terjadi setelah persalinan di rumah, bantuan obstetric darurat harus dihubungi. Ibu tidak boleh dipindahkan ke rumah sakit sampai infuse intravena diberikan dan kondisinya stabil (Myles. 2023). Peran bidan dalam penatalaksanaan retensio plasenta meliputi:

- c. Melakukan penatalaksanaan aktif kala tiga pada semua ibu yang melahirkan melalui vagina.

- d. Bila plasenta tidak lahir dalam waktu 15 menit, berikan 10 IU oksitosin IM dosis kedua.
 - e. Periksa kandung kemih, jika ternyata penuh, gunakan teknik aseptik untuk memasukkan kateter katun desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk mengosongkan kandung kemih.
 - f. Ulangi kembali penanganan tali pusat dan tekanan dorso-kranial.
 - g. Nasehati keluarga bahwa rujukan mungkin diperlukan jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit.
 - h. Pada menit ke 30 coba lagi melahirkan plasenta dengan melakukan penegangan tali pusat untuk terakhir kalinya, jika plasenta tetap tidak lahir, segera rujuk.
 - i. Jika plasenta belum lahir kemudian mendadak terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual untuk segera mengosongkan kavum uteri.
 - j. Melakukan prosedur manual plasenta sesuai dengan standar Adapun prosedur melakukan manual plasenta adalah sebagai berikut:
 - k. Memasang infus set dan cairan infuse NaCl 0,9% atau RL dengan tetesan cepat, jarum berlubang besar (16 atau 18 G) untuk mengganti cairan yang hilang.
- B. Menjelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan.
- c. Melakukan anestesi verbal atau algesia per rectal.
 - d. Menyiapkan dan menjalankan prosedur pencegahan infeksi.
 - e. Mengirimkan kandung kemih ke dalam keadaan kosong.
- F. Menjepit tali pusat dengan klem pada jarak 5-10 cm dari vulva, tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai.
- g. Secara obstetrik, masukan tangan lainnya (punggung tangan menghadap ke bawah) ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat.
 - h. Setelah mencapai bukaan servik, minta seorang asisten/penolong lain untuk menegangkan klem tali pusat kemudian pindahkan tangan luar untuk menahan fundus uteri.
 - i. Sambil menahan fundus, masukkan tangan dalam hingga ke kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta.
 - j. Bentangkan tangan obstetrik menjadi datar seperti member salam (ibu jari merapat ke jari telunjuk dan jari-jari lain saling merapat).
 - k. Tentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta paling bawah. Bila plasenta berimplantasi di korpus belakang, tali pusat tetap disebelah atas dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung

tangan menghadap ke bawah (posterior ibu). Bila di korpus depan maka pindahkan tangan ke sebelah atas tali pusat dan sisipkan ujung jari-jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke atas (anterior ibu).

- l. Setelah ujung-ujung jari masuk diantara plasenta dan dinding uterus maka perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan ke kanan dan kiri sambil digeser ke atas (cranial ibu) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus.
- m. Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.
- n. Memindahkan tangan luar dari fundus ke supra simfisis (tahan segmen bawah uterus) kemudian instruksikan asisten/penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta keluar (hindari terjadinya percikan darah).
- o. Melakukan penekanan (dengan tangan yang menahan supra simfisis) uterus kearah dorso-kranial setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta di dalam wadah yang telah disediakan.
- P. Mendekontaminasi sarung tangan (sebelum dibiarkan) dan peralatan lain yang digunakan.
- q. Melepaskan dan rendam sarung tangan dan peralatan lainnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- r. Mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir.
- s. Mengeringkan tangan dengan handuk bersih dan kering.
- t. Memeriksa kembali tanda-tanda vital ibu.

Prosedur tindakan manual plasenta di tingkat pelayanan sekunder:

- a. Sebelum memulai tindakan, lakukan narcosis/ pembiusan terlebih dahulu.
- b. Pasang infus NaCl 0,9%
- c. Lakukan desinfeksi tangan dan vulva termasuk daerah sekitarnya.
- d. Labia dibuka dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan dimasukkan secara obstetric ke dalam vagina.
- e. Tangan kiri menahan fundus untuk mencegah kolporeksis (robekan melintang pada bagian atas vagina).
- f. Tangan kanan dengan posisi obstetric menuju ke ostium uteri dan terus ke lokasi plasenta dengan menyusuri tali pusat.
- g. Agar tali pusat mudah diraba, mintalah bantuan asisten untuk meregangkan.

- h. Sebelah tangan menyentuh plasenta, pindahkan ke pinggir lalu cari bagian plasenta yang sudah lepas untuk menentukan bidang pelepasan yang tepat.
- i. Dengan menggunakan tangan kanan bagian bawah kelingking (ulnar), plasenta dilepaskan dari bagian yang sudah terlepas dari dinding rahim dengan gerakan yang sejajar dengan dinding rahim.
- j. Setelah seluruh plasenta terlepas, tarik plasenta keluar secara perlahan-lahan.
- k. Pastikan plasenta keluar lengkap dan tidak ada yang tersisa (jika plasenta tidak dapat tertinggal secara manual, segera rujuk ke rumah sakit).
- l. Apabila terjadi atonia uteri, segera lakukan kompresi bimanual uterus dan berikan suntikan Ergometrin 0,2 mg IM atau IV sampai kontraksi uterus baik.
- m. Apabila kontraksi rahim tetap buruk dilanjutkan dengan tindakan sesuai prosedur tindakan pada atonia uteri (Maternity, Dainty. 2021).

Menurut Bukusaku, 2023 yaitu:

- a. Berikan 20-40 IU oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0.9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 60 tetes/menit dan 10 IU IM.
- b. Lanjutkan infus oksitosin 20 IU dalam 1000 ml larutan NaCl 0.9% atau ringer laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti.
- c. Lakukan tarikan tali pusat terkendali.
- d. Bila tarikan tali pusat tidak berhasil, lakukan plasenta manual secara hati-hati.
- e. Berikan antibiotik profilaksis dosis tunggal (ampisilin 2 g IV dan metronidazol 500 mg IV)
- f. Segera atasi atau rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap bila terjadi komplikasi perdarahan hebat atau infeksi.

BAB III

DOKUMENTASI SOAP

ASUHAN KEBIDANAN DENGAN KOMPLIKASI DAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL PADA NY. N USIA 26 TAHUN P1A0 DENGAN RETENSIO PLASENTA

Tanggal Pengkajian : 25 September 2025

Pengkajian Oleh : Iis Wahyuningsih

A. Data Subjektif

Biodata

Nama Ibu	: Ny. N	: Tn. A
Umur	: 26 tahun	: 27 tahun
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	: Islam
Pendidikan	: SMA	: SMK
Pekerjaan	: Swasta	: Swasta
Alamat	: Soropandan rt 010, caturharjo pandak bantul	

1. Alasan kunjungan saat ini :

Ibu baru melahirkan anak pertamanya, dan plasenta belum keluar dalam waktu 30 menit, dan sudah dilakukan pemberian oksitosin ke 2

2. Keluhan utama :

Ibu mengatakan perut terasa mulas

3. Riwayat menstruasi

menarche: umur 13 tahun, siklus: 28 hari, lama: 6-7 hari, banyaknya: 4-5 ganti pembalut, keluhan: tidak ada keluhan saat menstruasi

HPHT: 05-05-2025

4. Riwayat pernikahan :

Ibu mengatakan menikah satu kali secara sah dengan suami sekarang, lama pernikahan 3 bulan, menikah usia 26 tahun

5. Imunisasi TT

Ibu mengatakan sudah mendapatkan imunisasi TT lengkap (TT 5)

6. Riwayat Obstetri

G1P0A0

7. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu
Ibu mengatakan ini merupakan hamil pertama
8. Riwayat kehamilan ini
HPHT: 05-05-2025
HPL : 12-02-2026
UK : 36+2 minggu
TM I : ibu mengatakan mual dan muntah
TM II : tidak ada keluhan
TM III : tidak ada keluhan
9. Riwayat kontrasepsi
Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya
10. Pemenuhan Kebutuhan sehari-hari
 - a. Pola nutrisi sebelum hamil
 - 1) makan : 2-3x/hari, porsi sedang, jenis sayur dan lauk, disertai buah, tidak ada keluhan
 - 2) minum : 7-8x/hari, jenis air mineral, tidak ada keluhan
 - b. Pola nutrisi saat hamil
 - 1) Makan : 1-2x/hari, porsi sedikit, jenis sayur dan lauk, makan sedikit karena sering mual
 - 2) Minum : 5-7x/hari, jenis air mineral, tidak ada keluhan
 - c. Pola istirahat
ibu mengatakan tidur 5-7 jam/hari dan tidak ada keluhan
 - d. Pola aktifitas
ibu mengatakan kegiatan sehari-hari adalah bekerja di pabrik, dan melakukan pekerjaan membersihkan lingkungan di sekitar rumah.
 - e. Pola eliminasi
 - 1) BAB : 1x/hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, bau khas feses, tidak ada keluhan
 - 2) BAK : 4-5x/hari, warna kuning jernih, konsistensi cair bau khas urine, tidak ada keluhan
 - f. Personal hygiene
Ibu mengatakan mandi 2-3x/hari, gosok gigi pada saat mandi, keramas 3 hari sekali, ganti pakaian 2-3x/hari, mengganti celana dalam jika basah/lembab

g. Pola seksualitas

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual dengan suami 1-2x/seminggu

h. Pola menyusui

ibu mengatakan belum pernah menyusui.

i. Pola kebiasaan sehari-hari

ibu mengatakan tidak merokok, tidak minum minuman berakohol, tidak mengkonsumsi narkoba

11. Riwayat kesehatan :

a. Penyakit yang pernah diderita oleh ibu dan suami : ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit Hipertensi, DM, Penyakit Ginjal, Kanker, IMS dan penyakit hati ataupun penyakit lainnya yang di derita oleh ibu dan suami.

b. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga : ibu mengatakan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit Hipertensi, DM, Penyakit Ginjal, Kanker, IMS dan penyakit hati ataupun penyakit lainnya

c. Riwayat keturunan kembar : ibu mengatakan tidak memiliki riwayat hamil kembar

12. Riwayat psikososial spiritual dan ekonomi :

Ibu mengatakan senang sekali dengan kehamilan ini, dan keluarga juga sangat mendukung penuh ibu

13. Keadaan lingkungan

ibu mengatakan lingkungan rumahnya aman, nyaman, bersih dan ibu mengatakan tidak memiliki hewan peliharaan

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum : baik

b. Kesadaran : composmentis

c. Vital sign

1) TD : 132/87 mmHg

2) Nadi : 83x/menit

3) Respirasi : 20x/menit

4) Suhu : 36⁰ C

- d. Antropometri
- 1) BB sebelum hamil : 40 kg
 - 2) BB saat hamil : 55,8 kg
 - 3) TB : 148 cm
 - 4) Lila : 22 cm
 - 5) IMT : 18 cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : bentuk mesosefal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan/ pembengkakan, penyebaran rambut merata
- b. Leher : tidak ada pembengkakan pada vena jugularis, kelenjar, limfe, dan kelenjar tiroid
- c. Wajah : tidak ada oedema, tidak ada chloasma gravidarum
- d. Mata : simetris, konjungtiva sedikit anemis, sklera ikterik, tidak ada secret
- e. Telinga : simetris, ada dua daun telinga dan dua lubang, tidak ada penumpukan serumen
- f. Hidung : tidak ada pembengkakan, tidak ada polip, tidak ada secret, cuping normal
- g. Mulut : bibir pucat dan kering, gigi tidak berlubang, tidak berbau
- h. Payudara : tidak ada benjolan, puting susu menonjol, tidak ada pengeluaran asi.
- i. Abdomen : teraba glober, kontraksi lembek
- j. Ekstermitas atas dan bawah : bagian atas tidak ada oedem, jari-jari tangan lengkap, kuku bersih, tidak ada nyeri tekan. bagian bawah tidak ada oedema, jari-jari kaki lengkap, kuku bersih tidak ada nyeri tekan, tidak ada varices
- k. Genitalia luar : tidak dilakukan pemeriksaan
- l. Anus : tidak dilakukan pemeriksaan
- m. Data penunjang
- 1) HB : 13,2 g/dl (normal 12-16 g/dl)

- 2) GDS : 103 mg/dl (normal <180 mg/dl)
- 3) Golongan darah : O
- 4) Protein urin: negatif (-)
- 5) HBSAG : Non Reaktif
- 6) HIV : Non Reaktif
- 7) Syphilis : Non Reaktif

C. Analisa

Ny. N umur 26 tahun P1A0 postpartum dengan retensio plasenta

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan hasil suhu 36,°C, Nadi 84x/menit, tekanan darah 112/78 mmHg, respirasi 20x/ menit,
Palpasi abdomen, belum teraba
Hasil evaluasi : Ibu paham dengan penjelasan yang diberikan oleh bidan.
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu atau keluarga klien bahwa ibu mengalami retensio plasenta dan perlu tindakan khusus yaitu manual plasenta.
Hasil evaluasi : Ibu menerima informasi dengan baik dan mengerti dengan kondisinya
3. Memberikan inform choice dan inform concent pada ibu atau keluarganya.
Hasil evaluasi : Ibu mengerti atas penjelasan dan bersedia dilakukan tindakan manual plasenta.
4. Berkonsultasi dengan dokter untuk tindakan awal.
Pasien telah dipasang infus NaCL 0,9% 40 tetes per menit dan diberikan analgetik supositoria.
5. Melakukan persiapan tindakan manual plasenta Persiapan telah dilakukan
6. Melakukan tindakan manual plasenta
 - a. Lakukan desinfeksi tangan dan vulva termasuk daerah seputarnya.
 - b. Labia dibuka dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan dimasukkan secara obstetric ke dalam vagina.
 - c. Tangan kiri menahan fundus untuk mencegah kolporeksis (robekan melintang pada bagian atas vagina).
 - d. Tangan kanan dengan posisi obstetric menuju ke ostium uteri dan terus ke lokasi plasenta dengan menyusuri tali pusat.
 - e. Agar tali pusat mudah diraba, mintalah banyuan asisten untuk

- meregangkan.
- f. Sebelah tangan menyentuh plasenta, pindahkan ke pinggir lalu cari bagian plasenta yang sudah lepas untuk menentukan bidang pelepasan yang tepat.
 - g. Dengan menggunakan tangan kanan bagian bawah kelingking (ulner), plasenta dilepaskan dari bagian yang sudah terlepas dari dinding rahim dengan gerakan yang sejajar dengan dinding rahim.
 - h. Lakukan eksplorisasi hingga tidak ada sisa plasenta yang menempel pada dinding rahim
 - i. Setelah seluruh plasenta terlepas, tarik plasenta keluar secara perlahan-lahan.
 - j. Pastikan plasenta keluar lengkap dan tidak ada yang tersisa. Plasenta keluar pukul 13.20WIB
 - k. Suntik ergometri
- 7. Bersihkan ibu dan bereskan alat
 - 8. Melakukan pemantauan kala IV. KU ibu stabil, hasil observasi pada halaman belakang partograf.
 - 9. Melakukan Dokumentasi Asuhan Kebidanan. Dokumentasi Asuhan Kebidanan telah dilakukan.

Bantul, 27 Januari 2026

Pembimbing pendidikan

Pembimbing lahan

Mahasiswa

(Belian Anugrah Estri, S.ST., MMR)

(Bdn. Siti Abdillah, S.ST) (Iis Wahyuningsih)

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan retensio plasenta, membandingkan antara tinjauan pustaka, literature jurnal dan tinjauan kasus yang ada. Pada pengajian terdapat kesenjangan yaitu pengkajian tidak dilakukan secara lengkap karena terbatasnya waktu. Pada assesment antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yang ada tidak terdapat kesenjangan dan diagnosa yang didapatkan yaitu ibu mengalami retensio plasenta dan diagnose potensial yang akan terjadi apabila tidak segera ditangani yaitu ibu akan mengalami syok haemorrhagik.

Pada Planning antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yang ada tidak terdapat kesenjangan. Dan intervensi yang diberikan yaitu Melakukan komunikasi terapeutik kepada klien agar dapat terjalin hubungan antara bidan dan klien, Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu atau keluarga klien tentang pemeriksaan bahwa klien mengalami retensio plasenta dan apabila tidak segera ditangani akan menyebabkan terjadinya syok haemorrhagik, Memberikan inform choice dan inform consent pada ibu atau keluarganya, Berkonsultasi dengan dokter untuk tindakan awal yaitu dengan memasang infus NaCL 0,9% 40 tetes per menit dan diberikan analgetik supositoria. Melakukan persiapan tindakan manual plasenta, Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk melakukan tindakan manual plasenta, Melakukan pemantauan kala IV. K/U dan menulis hasil observasi pada halaman belakang partograf, Melakukan dokumentasi hasil kegiatan asuhan kebidanan dengan melakukan pencatatan dan pelaporan di buku register.

Pada evaluasi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan. Evaluasi yang didapatkan yaitu ibu sudah dilakukan tindakan manual plasenta dan plasenta lahir lengkap beserta selaputnya pada pukul 13.20 WIB

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Kebidanan dengan menggunakan pendokumentasian SOAP, maka penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Konsep dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N Usia 26 Tahun P1A0 dengan Retensio Plasenta di RSUD Muhammadiyah Bantul sesuai dengan materi bahwa Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir (Prawirohardjo, Sarwono. 2024).
 - a. Assesment diperoleh dari pengumpulan data yang diambil dari pengkajian sehingga didapatkan diagnosa yang tepat yaitu: P1A0 Inpartu kala III dengan Retensio Plasenta
 - b. Rencana asuhan yang akan dilakukan yaitu melakukan komunikasi teraupetik, menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu atau keluarga klien tentang pemeriksaan, Memberikan inform choice dan inform concent kepada ibu dan keluarga klien, Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk tindakan awal, Melakukan persiapan tindakan manual plasenta, Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk tindakan manual plasenta, Melakukan pemantauan kala IV, Dokumentasi.
 - c. Evaluasi dari asuhan kebidanan yaitu ibu sudah dilakukan tindakan manual plasenta dan plasenta lahir lengkap beserta selaputnya pada pukul 13.20 WIB.

B. Saran

Diharapkan asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal yang sudah di berikan oleh Bidan bisa bermanfaat bagi:

1. Klien/orangtua Klien

Diharapkan orangtua klien pada kasus tersebut dapat menambah wawasan dan menerapkan informasi yang telah didapatkan dari tenaga kesehatan untuk diterapkan setelah dirumah.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan agar meningkatkan dan memberikan asuhan kebidanan sesuai standar pelayanan dan memberikan asuhan yang berdasarkan evidence based midwifery.

3. Lahan Praktik

Diharapkan agar meningkatkan pelayanan berkesinambungan kepada pasien, baik yang memiliki faktor risiko maupun yang tidak memiliki faktor risiko. Pasien yang memiliki faktor risiko maka sebaiknya, dilakukan pemantauan dan asuhan tambahan sesuai faktor risiko yang didapatkan.



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

DAFTAR PUSTAKA

- Delvia, Siska. 2018 Hubungan Usia Dan Paritas Dengan Kejadian Retensio Plasenta Pada Ibu Bersalin Di Rsud Dr. Ibnu Sutowo Baturaja Kabupaten Ogan Komering Ulu. maskarmedika [Intemet]. 21Aug 2018 [cited 27Feb.2021];6(1). Available <https://jmm.ikestmp.ac.id/index.php/maskarmedika/article/view/99>
- Dora, Mechi Sylvia dkk. 2019. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepuasan Pasien. Jurnal Kesehatan Volume 10 Nomor 2 (2019) 101-105
- Hoelman, B. Mickael, dkk. 2015. Panduan SDGs untuk Pemerintah Daerah (Kota dan Kabupaten) dan Pemangku Kepentingan Daerah
- Irawati, Arista dkk. 2020. Pendampingan Perlindungan Hukum Pelayanan Kesehatan Melalui Informed Consent. Indonesian Journal of Community Empowerment (1JCE) Vol 2. No 2 (2020)
- Kementrian Kesehatan RI. 2014. Info DATIN. Jakarta Selatan: Pusat Data dan Informasi; 2014. [Diakses tanggal 27 Februari 2021]. Didapat dari <http://www.depkes.go.id>
- Lukmawati, Dwi. 2019. Pengaruh Asuhan Kebidanan Kala IV Dengan Menggunakan Video Terhadap Kepatuhan Ibu Melakukan Massase Uterus Di Klinik Utama Rawat Inap Prisdhy. JuKe Vol.3 No.2, September-Desember 2019
- Maryunani, Anik. 2013. Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal, Jakarta: Trans Info Media
- Masni. 2017. Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Pada Ny"H" Dengan Retensio Plasenta di RS Umum Daerah Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tahun 2017. KTI Jurusan Kebidanan Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar Tahun 2017
- Maternity, Dainty. 2016. Asuhan Kebidanan Patologis. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara Publisher Norwitz, Errol. 2012. At a Glance Obstetri dan Ginekologi Edisi Kedua. Jakarta: Erlangga.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo