

MAKALAH

KASUS KEBIDANAN DENGAN POTENSIAL PLASENTA TERTINGGAL DI UTERUS



Disusun dan diajukan untuk
Melengkapi Tugas Mata Kuliah Etika Kebidanan

Disusun oleh:

ELLYN KURNIA PUTRI DAMAYANTI

NIM. 2010115

**STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2011**

HALAMAN PENGESAHAN

**KASUS KEBIDANAN DENGAN POTENSIAL PLASENTA
TERTINGGAL DI UTERUS**

Makalah

Disusun oleh:

ELLYN KURNIA PUTRI DAMAYANTI
NIM. 2010115

Telah diperiksa dan disetujui:

Dosen Pengampu

Pada Tanggal

.....

KATA PENGANTAR

Penulis memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT., yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas makalah Etika Kebidanan tentang Plasenta Tertinggal di Uterus ini dengan baik.

Penyusunan makalah ini ditujukan untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam mengikuti mata kuliah Kasus Kebidanan. Terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan rangkuman ini, baik bantuan yang berupa bimbingan, semangat, dan penyampaian berbagai informasi sehingga tugas ini dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis menyadari bahwa makalah ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu segala kritik dan saran yang membangun selalu penulis harapkan. Selanjutnya, penulis berharap makalah ini mampu memberikan manfaat kepada semua pihak. Terima kasih.

Madiun, November 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Permasalahan.....	3
C. Tujuan Pembahasan.....	3
BAB II KASUS KEBIDANAN.....	4
A. Kajian tentang plasenta tertinggal di uterus (<i>retentio placenta</i>).....	4
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi.....	8
D. Contoh Kasus Kebidanan.....	8
BAB III PEMBAHASAN.....	9
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	26
A. Kesimpulan.....	26
B. Saran.....	26
BAB V PENUTUP.....	27
DAFTAR PUSTAKA.....	30

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Morbiditas dan mortalitas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Di negara miskin, sekitar 25-50% kematian wanita usia subur disebabkan hal yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan. Masalah kematian ibu adalah masalah yang kompleks, meliputi hal-hal yang bersifat nonteknis seperti status wanita dan pendidikan. Walaupun masalah tersebut perlu diperbaiki sejak awal, namun kurang realistis bila mengharapkan perubahan drastis dalam tempo singkat. Karena diperlukan intervensi yang mempunyai dampak nyata dalam waktu relatif pendek (Manuaba, 2002). Kematian saat melahirkan biasanya menjadi faktor utama mortalitas wanita muda pada masa puncak produktivitasnya. Tahun 2001, WHO memperkirakan lebih dari 585.000 ibu per tahunnya meninggal saat hamil dan bersalin.

Perdarahan pascapersalinan adalah sebab penting kematian ibu; $\frac{1}{4}$ kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan (perdarahan pascapersalinan, placenta previa, solutio plasenta, kehamilan ektopik, abortus, retensio placenta, dan ruptura uteri) disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan. Selain itu, pada keadaan dimana perdarahan pasca persalinan tidak mengakibatkan kematian, kejadian ini sangat mempengaruhi morbiditas nifas karena anemia dapat menurunkan daya tahan tubuh. Perdarahan pascapersalinan lebih sering terjadi pada ibu-ibu di Indonesia dibandingkan dengan ibu-ibu di luar negeri. Dan Retensio plasenta merupakan salah satu masalah yang masih menjadi penyebab terbesar terjadinya perdarahan post partum dan kematian maternal.

Menurut Depkes RI, kematian ibu di Indonesia (2002) adalah 650 ibu tiap 100.000 kelahiran hidup dan 43% dari angka tersebut disebabkan oleh perdarahan post partum. Perdarahan yang disebabkan karena retensio plasenta

dapat terjadi karena plasenta lepas sebagian, yang merupakan indikasi untuk mengeluarkannya. Plasenta belum lepas dari dinding uterus karena:

1. Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesiva);
2. Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab vili korialis menembus desidua sampai miometrium- 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 konstiksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (*inkarserasio plasenta*). Sehingga dilakukan tindakan *manual placenta*.

Tingginya kasus kesakitan dan kematian ibu dibanyak negara berkembang terutama disebabkan oleh pendarahan pasca persalinan, eklampsia, komplikasi keguguran. Sebagian besar penyebab utama kesakitan dan kematian ibu tersebut sebenarnya dapat dicegah. Melalui pencegahan yang efektif, beberapa negara berkembang dan hampir semua negara maju, berhasil menurunkan angka kesakitan dan kematian Ibu ketingkat yang sangat rendah.

Pada kala III persalinan, miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ini menyebabkan berkurangnya tempat pelekatan plasenta karena tempat pelekatan plasenta semakin kecil sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus.

Asuhan kesehatan Ibu selama dua dasa warsa terakhir terfokus pada keluarga berencana, asuhan antenatal terfokus, asuhan pasca keguguran, persalinan yang bersih dan aman serta pencegahan komplikasi, penata laksanaan komplikasi. Di dalam makalah ini penulis akan membahas tentang kasus tertinggalnya plasenta di uterus atau dalam istilah medis dikenal dengan nama retensio plasenta.

B. Permasalahan

Berdasarkan uraian di atas, maka dalam pembahasan kasus ini dapat disusun rumusan permasalahan sebagai berikut: "Bagaimanakah tindakan-tindakan yang diperlukan dalam menangani kasus plasenta tertinggal di uterus (*retentio placenta*)?"

C. Tujuan Pembahasan

Adapun pembahasan dalam makalah ini memiliki dua tujuan, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus.

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Kebidanan pada ibu *post partum* dengan *retentio placenta*.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian untuk memperoleh data subjektif dan data objektif.
- b. Mahasiswa mampu mengidentifikasi diagnosa atau masalah secara teliti berdasarkan data yang benar.
- c. Mahasiswa mampu mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin dapat terjadi dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi.
- d. Menilai adanya kebutuhan untuk intervensi segera atau tindakan konsultasi atau kolaborasi berdasarkan kondisi klien.
- e. Mahasiswa mampu membuat rencana tindakan berdasarkan diagnosa atau masalah.
- f. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan sesuai rencana yang dibuat.
- g. Mahasiswa mampu mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan.

BAB II

KASUS KEBIDANAN

A. Kajian tentang plasenta tertinggal di uterus (*retentio placenta*)

Retensio plasenta adalah placenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir (Wiknjosastro, 2007:656). Retensio placenta adalah keadaan dimana plasenta tidak dapat lahir setelah setengah jam kelahiran bayi (Subroto dalam <http://chvalsakura.wordpress.com/2011/02/02/retensio-plasenta/>). Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga melebihi waktu tiga puluh menit setelah bayi lahir (Saifuddin, 2002:178).

Retentio placenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir (Prawirohardjo, 2002:178). Sebab-sebab dari retentio placenta:

1. Plasenta belum lepas dari dinding uterus, atau
2. Plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan Jika plasenta belum lepas sama sekali, tidak terjadi perdarahan, jika lepas sebagian terjadi perdarahan yang merupakan indikasi untuk mengeluarkannya.

Plasenta belum lepas dari dinding uterus karena kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (*plasenta adhesiva*) dan plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab *vili korialis* menembus *desidua* sampai *miometrium* sampai di bawah *peritonium* (*plasenta akreta-perkreta*) (Prawirohardjo, 2002: 656-657).

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 konstiksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (*inserasio plasenta*) (Prawirohardjo, 2002:656-657).

Kejadian retentio placenta berkaitan dengan *grandemultipara* dengan implantasi plasenta dalam bentuk *plasenta adhesive*, *plasenta akreta*, *plasenta inkreta*, dan *plasenta perkreta* (Manuaba, 2002: 301). Plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya perdarahan, infeksi karena

sebagai benda mati, dapat terjadi plasenta inkarserata, dapat terjadi polip plasenta, dan dapat terjadi degenerasi ganas *koriokarsinoma*. Pada pelaksanaan pengeluaran plasenta secara manual perlu diperhatikan tekniknya sehingga tidak menimbulkan komplikasi seperti perforasi dinding uterus, bahaya infeksi dan dapat terjadi inversio uteri.

Jenis-jenis retensio plasenta:

1. Plasenta adhesive adalah: implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis
2. Plasenta akreta adalah: Implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium
3. Plasenta inkreta adalah: implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
4. Plasenta Prekreta adalah: implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
5. Plasenta inkarserata adalah: tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstiksi ostium uteri (Sarwono, Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, 2002:178).

Berdasarkan prognosa dan perawatannya, maka retensio plasenta dibagi:

1. Retensio plasenta tanpa perdarahan Terjadi bila belum ada bagian plasenta yang lepas atau seluruh plasenta malah sudah lepas dan plasenta terjepit dalam rahim.
2. Retensio plasenta dengan perdarahan Menunjukkan bahwa sudah ada bagian plasenta yang sudah lepas, sedangkan bagian lain masih melekat, sehingga kontraksi uterus tidak sempurna (Subroto, 1987:347).

Bidan sebagai tenaga terlatih di klinik terdepan sistem pelayanan kesehatan dapat mengambil sikap dalam menghadapi plasenta yang tertinggal di uterus (*retentio placenta*) ini dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Sikap Umum Bidan
 - a. Memperhatikan keadaan umum penderita:
 - Apakah anemis,

- Bagaimana jumlah perdarahannya,
 - Keadaan umum penderita: tekanan darah, nadi dan suhu,
 - Keadaan fundus uteri: kontraksi dan tinggi fundus uteri.
- b. Mengetahui keadaan plasenta
- Apakah plasenta dengan perdarahan dan
 - Melakukan tes plasenta lepas
2. Sikap Khusus Bidan
- a. Retentio placenta dengan perdarahan, yaitu dengan langsung melakukan plasenta manual, dan
- b. Retentio placenta tanpa perdarahan, yaitu:
- Setelah dapat memastikan keadaan umum penderita, segera memasang infus dan memberikan cairan
 - Merujuk penderita ke pusat fasilitas cukup, untuk mendapatkan penanganan yang lebih baik.
 - Memberikan transfusi
 - Proteksi dengan antibiotika
 - Mempersiapkan plasenta manual dengan letargis dalam keadaan pengaruh narkosa (Manuaba, 2002: 300)

Berkaitan dengan adanya kasus plasenta yang tertinggal di uterus (*retentio placenta*) ini, perlu dilakukan kajian tentang kasus tersebut, sehingga mahasiswa STIKES sebagai calon bidan dapat memahami berbagai hal berkaitan dengan kasus *retentio placenta* tersebut.

B. Etiologi

Sebab retensio plasenta ada 2:

1. Sebab fungsional

His yang kurang kuat (sebab utama) atau plasenta sulit lepas karena tempat melekatnya kurang menguntungkan seperti disudut tuba atau karena bentuknya luar biasa seperti plasenta membranosa.
2. Ukuran plasenta sangat kecil (Sarwono, P. Ilmu Bedah Kebidanan. 2002:163)

Sedangkan penyebab retensio plasenta yang lain menurut Sarwono (2002:656-657), yaitu:

1. Plasenta belum lepas dari dinding uterus.

Etiologi:

- a. Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesive)
- b. Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab vili korialis menembus desis dua sampai miometrium sampai dibawah peritonium (plasenta akreta perkreta)

2. Plasenta sah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar.

Etiologi:

Tidak adanya usaha untuk melahirkan/karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran konstriksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (Inkarserasio plasenta)

Menurut Subroto (1987: 347-348), sebab-sebab retensio plasenta adalah sebagai berikut:

1. Atonia uteri, sebagai lanjutan inertio yang sudah ada sebelumnya/yang terjadi pada kala III. Misalnya: partus lama, permukaan narkose dan sebagainya.
2. Pimpinan kala III yang salah Memijat rahim yang tidak merata, pijatan sebelum plasenta lepas, pemberian uterotonika dan sebagainya.
3. Kontraksi rahim yang hipertoniik, yang menyebabkan konstriksion ring, (bukan retraction ring), hour glass contraction.
4. Plasenta yang adhesive, sukar lepas karena plasenta yang lebar dan tipis (plasenta yang prematur, immature atau plasenta membranacea)
5. Vili chorialis yang melekatnya lebih dalam:
 - a. Plasenta akreta
 - b. Plasenta increta
 - c. Plasenta perkreta
6. Kelainan bentuk plasenta sehingga plasenta/sebagian plasenta sukar lepas:
 - a. Plasenta fenestrata
 - b. Plasenta membranacea

c. Plasenta bilabata, plasenta succenturiota, plasenta spuria

Dari berbagai sumber buku yang menyebutkan beberapa penyebab dari retensio plasenta, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa penyebab retensio plasenta adalah sebagai berikut:

1. HIS/usaha kontraksi uterus yang kurang kuat
2. Perlekatan plasenta pada dinding uterus, dimana semakin dalam plasenta melekat pada dinding uterus maka semakin besar usaha yang diperlukan untuk mengeluarkannya.
3. Piampinan kala III yang salah
4. Kelainan bentuk plasenta sehingga plasenta sukar lepas.

C. Patofisiologi

Segera setelah anak lahir, uterus berhenti kontraksi namun secara perlahan tetapi progresif uterus mengecil, yang disebut retraksi. pada masa retraksi itu lembek namun serabut-serabutnya secara perlahan memendek kembali. peristiwa retraksi menyebabkan pembuluh-pembuluh darah yang berjalan dicelah-celah serabut otot-otot polos rahim terjepit oleh serabut otot rahim itu sendiri. Bila serabut ketuban belum terlepas, plasenta belum terlepas seluruhnya dan bekuan darah dalam rongga rahim bisa menghalangi proses retraksi yang normal dan menyebabkan banyak darah hilang (TMA Chalik, 1998: 166).

D. Contoh Kasus Kebidanan

Pada kasus plasenta tertinggal di uterus ini, telah ditemukan salah satu kasus kebidanan pada Nyonya X di Rumah Bersalin A di kota M. Berdasarkan permasalahan atau kasus yang ada, diperlukan suatu analisis dan tindakan yang perlu dilakukan untuk menangani kasus retensio plasenta tersebut.

BAB III

PEMBAHASAN

Pada pembahasan dalam makalah ini disampaikan data asuhan kebidanan yang dilakukan terhadap suatu pasien rumah bersalin dengan kasus plasenta tertinggal di uterus.

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN PATOLOGIS DENGAN KASUS RETENSIO PLASENTA TERHADAP Ny. X DI RB A KOTA M

I. PENGUMPULAN DATA DASAR

A. Pengkajian

1. Identitas

Ibu	: Ny. A	Suami	: Tn. B
Umur	: 33 tahun	Umur	: 34 tahun
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Tani
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Alamat	: Ds. C, Kota M	Alamat	: Ds. C, Kota M

2. Anamnese pada tanggal 29 Oktober 2011 pukul 08.00

a. Keluhan utama

Ibu datang dengan hamil 9 bulan, G₄P₃A₀ pukul 18.30 WIB. Perut mulas-mulas sejak pukul 04.00 WIB nyeri menjalar ke pinggang bagian bawah serta sudah mengeluarkan tanda lendir bercampur darah.

b. Keluhan sejak kunjungan terakhir

Ibu mengatakan saat usia kehamilannya 9 bulan keluhan yang dirasakan pegal dan nyeri di sekitar pinggang dan perut bagian bawah .

c. Tanda-tanda persalinan

Ibu merasa mulas pada perut bagian bawah, sejak pukul 04.00 WIB tadi malam dengan frekuensi 3x dalam 10 menit dan lamanya > 40 detik ibu merasa tidak nyaman karena adanya nyeri disekitar pinggang dan symphisis .

d. Pengeluaran pervaginam

Ibu sudah mengeluarkan darah dan lendir . ketuban masih utuh

e. Riwayat Kehamilan sekarang

HPHT : 12 Februari 2011 TP : 19 Oktober 2011

ANC teratur di RB “A”.

f. Riwayat Imunisasi

Ibu mengatakan sudah mendapatkan imunisasi TT 2x pada usia kehamilan 4 bulan dan 5 bulan

g. Riwayat kehamilan, persalinan yang lalu

Hamil	Tahun	Tempat persalinan	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Penolong	Penyakit persalinan	Jk	BB/PB lahir	Keadaan
1.	1991	BPS	9 bulan	Normal pervaginam	Bidan	Tidak ada	Perempuan	3000 gr/49 cm	Sehat
2.	1999	BPS	9 bulan	Normal pervaginam	Bidan	Tidak ada	Laki-laki	3100 gr/50 cm	Sehat
3.	2006	BPS	9 bulan	Normal pervaginam	Bidan	Tidak ada	Perempuan	3200 gr/48 cm	Sehat

h. Riwayat kesehatan keluarga

Klien tidak pernah menderita penyakit menular seperti TBC, Hepatitis dan tidak pernah menderita penyakit diabetes melitus, jantung dan lain-lain. Dari pihak ibu atau suami tidak ada

keturunan kembar atau penyakit keturunan maupun penyakit kronis lainnya

i. Riwayat Seksual dan kontrasepsi

Klien menggunakan alat kontrasepsi suntik dan hubungan seksual dilakukan 2 x seminggu tanpa masalah dan keluhan.

j. Keadaan psikologis

Ibu mengatakan takut dan cemas dengan persalinannya kali ini. Ibu terlihat gelisah.

B. Pemeriksaan

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum ibu baik kesadaran kompos mentis, status gizi baik.

b. Tanda-tanda vital

TD : 130/90 mmHg RR : 20x/menit

Nadi : 80x/menit Suhu : 36,5°C

c. Tinggi badan dan berat badan

TB : 160 cm

BB : 68 kg

d. Inspeksi

1. Rambut : Bersih, tidak berketombe, rambut tidak mudah dicabut, kulit kepala bersih.

2. Muka : Tidak terdapat cloasma gravidarum, bentuk simetris.

3. Mata : Konjungtiva merah, sklera tidak ikterik, tidak mengalami gangguan fungsi .

4. Hidung : Simetris, bersih tidak terdapat polip tidak ada gangguan fungsi .

5. Mulut : Bersih, tidak ada sariawan, gigi tidak berlubang dan tidak ada caries gigi .

6. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe serta tidak ada bendungan vena jugularis.
7. Dada : Mamae simetris, puting susu menonjol, bersih, aerola mamae mengalami hiperpigmentasi dan colostrum sudah keluar.
8. Abdomen : Membesar sesuai dengan usia kehamilan, simetris, tidak ada luka bekas operasi, ada striae gravidarum.
9. Punggung : Lordosis.
10. Ekstremitas atas : Tidak ada oedem/varises, bentuk simetris, tidak ada gangguan fungsi, jari lengkap.
11. Ekstremitas bawah : Tidak ada oedem/varises, bentuk simetris, tidak ada gangguan fungsi, jari lengkap
12. Genetalia : Tidak oedem/varises, perineum tidak ada bekas luka, tidak ada haemoroid pada anus, pengeluaran blood slym.
- e. Palpasi
- Leopold I : TFU $\frac{1}{2}$ Px- Pusat, bagian yang teraba pada fundus lunak, tidak bulat berarti bokong.
- Leopold II : Sebelah kanan, keras, rata, seperti papan, berarti punggung fetus (PUKA) dan sebelah kiri teraba bagian-bagian kecil dan tidak rata berarti ekstremitas.
- Leopold III : Teraba bulat, keras dan melenting pada bagian bawah berarti kepala.
- Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (divergens).

TFU dalam cm : 31 cm

TBJ : 3100 gram

Konstraksi baik setiap 10 menit 3 x, lamanya > 40 detik, kuat.

f. Auskultasi

DJJ terdengar jelas dibagian bawah sebelah kiri, bawah pusat frekuensi 142x/menit teratur .

g. Perkusi

Reflek pattela (+) positif

h. Pemeriksaan lain

a) Pemeriksaan laboratorium : HB 10,7 gr%

b) Pemeriksaan panggul luar :

Distantia spinarum 25 cm, distantia kristarum 28 cm,

boudenloque : 19 cm,

lingkar panggul 92 cm .

c) Pemeriksaan dalam

Tanggal 19 Oktober 2011 Pukul 18.30 WIB

Introitus vagina : Tidak ada varises, oedeme.

Vulva : ada pengeluaran blood slym, tidak oedem, tidak varises.

Vagina : ada pengeluaran blood slym, tidak oedem, tidak varises .

Pembukaan : 9 cm

Portio : Konsistensi lunak, tipis

Ketuban : Utuh

Presentesi : Kepala/Ubun-ubun kiri atas

Penurunan : 3/5 Hodge III

Anus : teraba ada tekanan, tidak haemoroid

II. INTERPRESTASI DATA DASAR KALA I

1. Diagnosa

G₄P₃A₀ Usia kehamilan 40 minggu janin hidup, tunggal, inpartu kala 1 fase aktif .

Dasar :

- a. Ibu mengatakan hamil anak ke-4 dan belum pernah keguguran.
HPHT : 12 Februari 2011 TP : 19 Oktober 2011
- b. Palpasi abdomen : TFU $\frac{1}{2}$ Px – Pusat, Mc Donald 31 cm, TBJ 3100 gram, PUKA DJJ 142 x/mnt, presentasi kepala dan sudah masuk PAP.
- c. Periksa Dalam pukul 18.30 wib : Perineum elastis tidak oedema dan varises, dinding vagina tidak ada kelainan, portio tipis dan lunak, ketuban utuh, Pembukaan servik 9 cm, penurunan 1/5 hodge IV, Presentasi belakang kepala, Tidak ada moulage, His 3x tiap 10 menit dan lamanya >40 detik, Pengeluaran lendir bercampur sedikit darah.

2. Masalah

- a. Gangguan rasa nyaman

Dasar :

- 1) Ibu mengatakan nyeri yang hilang timbul teratur
- 2) HIS 10 menit 3 kali lamanya > 40 detik
- 3) Ibu sering BAK
- 4) Banyak keringat dan ibu mengatakan panas (gerah)

- b. Kurangnya kebutuhan nutrisi

Dasar :

- 1) Ibu mengeluh males makan sejak pagi karena menahan rasa nyeri
- 2) Ibu tampak lesu

- c. Rasa cemas

Dasar :

- 1) Ibu mengatakan cemas dengan persalinannya kali ini

- 2) Ibu terlihat gelisah
3. Kebutuhan
 - a. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan
 - b. Dukungan psikis bagi ibu

III. IDENTIFIKASI MASALAH DAN POTENSIAL

Potensial terjadi komplikasi persalinan kala I

IV. KEBUTUHAN TERHADAP TINDAKAN SEGERA DAN KOLABORASI

Kolaborasi dengan dokter bila ada komplikasi pada kala I dan proses persalinan.

V. RENCANA MANAJEMEN

1. Asuhan Persalinan kala I
 - a. Jelaskan kondisi ibu
 - b. Siapkan fisik dan psikis ibu dalam menghadapi persalinan
 - c. Siapkan alat dan obat untuk menolong persalinan serta resusitasi janin
 - d. Lakukan pengawasan kala I dengan menggunakan partograf
2. Gangguan rasa aman sehubungan nyeri pinggang
 - a. Jelaskan tahapan-tahapan yang akan ibu jalani dalam proses persalinan
 - b. Jelaskan pada ibu ketegangan akan mempengaruhi proses persalinan
 - c. Atur posisi ibu senyaman mungkin
 - d. Anjurkan ibu untuk beristirahat bila tidak ada His
 - e. Ajarkan pada ibu cara mengedan yang efektif
 - 1) Tenangkan ibu
 - 2) Ajarkan teknik relaksasi
 - 3) Anjurkan ibu untuk tidak mengedan sebelum waktunya

3. Kurangnya kebutuhan nutrisi
 - a. Menjelaskan pada ibu pentingnya istirahat, cairan, nutrisi untuk persiapan proses persalinan
 - b. Memenuhi kebutuhan nutrisi ibu
 - c. Observasi asupan pada ibu
 - d. Libatkan keluarga untuk pemenuhan asupan ibu

VI. IMPLEMENTASI LANGSUNG

1. Asuhan Persalinan kala I
 - a. Menjelaskan kondisi ibu, bahwa saat ini sudah memasuki proses persalinan yaitu pembukaan jalan lahir yang menyebabkan nyeri yang hilang timbul teratur .
 - b. Menyiapkan lingkungan dan ruang bersalin yang bersih dan nyaman serta terjaga privasinya.
 - c. Menyiapkan alat dan obat untuk menolong persalinan serta resusitasi janin .
 - d. Melakukan pengawasan kala I dengan menggunakan partograf .
2. Mengatasi gangguan rasa nyaman sehubungan nyeri pinggang
 - a. Menjelaskan tahapan-tahapan yang akan ibu jalani dalam proses persalinan yaitu tahap pembukaan jalan lahir, pengeluaran bayi, pengeluaran ari-ari, dan tahap 2 jam pengawasan.
 - b. Menjelaskan pada ibu ketegangan akan mempengaruhi proses persalinan seperti memperlambat proses persalinan.
 - c. Mengatur posisi ibu senyaman mungkin yaitu posisi $\frac{1}{2}$ duduk.
 - d. Menganjurkan pada ibu untuk beristirahat bila tidak ada His dengan mengatur pernafasan.
 - e. Mengkaji penyebab rasa cemas yaitu karena his yang makin sering dan lama.
 - f. Melibatkan keluarga untuk mengurangi rasa nyeri ibu dengan di masase pada pinggangnya.
 - g. Mengajarkan pada ibu cara mengedan yang efektif

- 1) Menenangkan ibu dengan memberi nasehat dan pujian
 - 2) Mengajarkan teknik relaksasi dengan menarik nafas panjang dan mengeluarkan lewat hidung.
 - 3) Menganjurkan ibu untuk mengedan saat memasuki kala II dan saat ada his.
3. Memenuhi kebutuhan nutrisi ibu
- a. Menjelaskan pada ibu pentingnya istirahat, cairan, nutrisi untuk persiapan proses persalinan
 - b. Memenuhi kebutuhan nutrisi ibu dengan memberinya makanan yang ibu inginkan yaitu biscuit dan teh hangat.
 - c. Mengobservasi asupan nutrisi dan cairan pada ibu
 - d. Melibatkan keluarga untuk pemenuhan asupan nutrisi dan cairan ibu

VII. EVALUASI

Tanggal 19 Oktober 2011

1. Ibu dapat lebih tenang untuk menjalani proses persalinan dengan suami dan ibu disampingnya .
2. Ibu mengatakan mengerti tentang kondisinya saat ini
3. Ibu mengatakan mengerti tentang cara mengatasi nyeri akibat his
4. Kala 1 Fase aktif berlangsung 1 jam .

CATATAN PERKEMBANGAN

KALA II

Tanggal 19 Oktober 2011 Pukul 19.30

SUBJEKTIF :

1. Ibu mengatakan sakitnya lebih sering dan lama
2. Ibu mengatakan seperti ingin BAB
3. Ibu tampak semakin gelisah sambil memegang perutnya

OBJEKTIF :

1. Kontraksi uterus makin sering, lama dan kuat, kualitas baik, dominasi di fundus his 4x tiap 10 menit selama 45 detik, relaksasi baik
2. Periksa Dalam terakhir pukul 16.00 WIB dengan hasil :
 - a. Vulva/vagina : Blood slym bertambah banyak
 - b. Portio : tidak teraba
 - c. Ketuban : pecah spontan
 - d. Presentasi : Kepala/ubun-ubun kecil kiri depan
 - e. Penurunan Kepala : 0/5 pada hodge IV
 - f. Pembukaan : 10 cm
3. Anus mengembang, vulva membuka dan perineum mulai menonjol
4. Djj terdengar jelas frekuensi 140x/menit
5. Pemeriksaan vital sign
 - a. TD : 120/80 mmHg
 - b. Pols : 80x/mnt
 - c. RR : 20x/mnt
 - d. Temp : 37°C
6. Ibu mulai mengedan dan setiap mengedan keluar blood slym
7. Ibu mengerti cara mengedan yang efektif dan kapan ibu boleh mengedan serta ibu dapat melakukannya dengan baik

ANALISA :

1. Diagnosa
G₄P₃A₀ usia kehamilan 40 minggu, janin hidup, tunggal, intra uterin, presentasi kepala, PUKA, partu Kala II
Dasar :
 - a. His kuat 4X tiap 10 menit, lamanya 45 detik, kualitas baik, dominasi fundus, relaksasi baik .
 - b. Ibu mulai mengedan bila ada his dan keluar blood slym semakin banyak .
 - c. Ketuban pecah spontan, anus dan vulva membuka .
 - d. Djj 140x/menit .

- e. Pembukaan lengkap 10 cm .
 - f. Penurunan kepala Hodge III-IV.
2. Diagnosa potensial : Potensial terjadi Perpanjangan kala II
Dasar : Ibu partu kala II
3. Masalah
- a. Nyeri persalinan
Dasar :
 - 1) Ibu tampak semakin gelisah sambil memegang perutnya
 - 2) Ibu mengatakan perutnya mulas dan makin sering
 - 3) Ibu mengatakan sudah tidak bisa menahan keinginan untuk mencedan
 - b. Rasa cemas
Dasar :
 - 1) Ibu mengatakan cemas dengan persalinannya kali ini dan karena his yang makin sering dan lama.
 - 2) Ibu tampak gelisah
4. Kebutuhan
- a. Asupan nutrisi adekuat
 - b. Dukungan psikologis
 - c. Asuhan Pertolongan persalinan normal
 - d. Pertolongan persalinan normal

PERENCANAAN :

1. Jelaskan tentang kondisi ibu dan bayi dan beri penjelasan bahwa persalinan akan segera dimulai
 - a. Siapkan perlengkapan untuk pencegahan infeksi
 - b. Siapkan tempat persalinan, peralatan dan bahan
 - c. Siapkan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi
2. Siapkan ibu dan keluarga
 - a. Anjurkan keluarga untuk mendampingi selama persalinan
 - b. Berikan dukungan dan semangat selama persalinan dan kelahiran bayinya
 - c. Siapkan kondisi ibu dan atur posisinya

- d. Lakukan masase pada punggung ibu dan usap perut lembut pimpin
3. Pimpin persalinan tiap ada his dan menganjurkan pada ibu untuk istirahat saat his hilang
 - a. Ajarkan ibu teknik relaksasi, istirahat diantara kontraksi
 - b. Anjurkan ibu untuk tidak mengeran berkepanjangan dan menahan nafas
 - c. Motivasi ibu agar tetap tenang
4. Pantau selama penatalaksanaan kala II persalinan
 - a. Periksa dan catat nadi setiap 30 menit, rekuensi dan lama his setiap 30 menit dan penurunan kepala bayi .
 - b. Observasi pengeluaran pervaginam, periksa warna cairan ketuban .
 - c. Periksa kemungkinan kehamilan kembar yang tidak diketahui sebelumnya .Periksa putaran paksi luar segera setelah kepala bayi lahir .
 - d. Lakukan semua tindakan dengan teknik septik-septik antiseptik .
5. Bayi lahir pukul 19.50 WIB, Jenis kelamin laki-laki, BB : 3100 gram, panjang badan 49 cm, APGAR SCORE 8-10, tidak ada cacat bawaan, bayi tunggal .

KALA III

Subyektif :

1. Ibu mengatakan perutnya terasa mulas placenta belum lahir .
2. Ibu mengatakan merasa lega dan senang dengan kelahiran bayinya .

Obyektif :

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum	: Baik
TD	: 120/70 mmHg
Nadi	: 80x/menit
RR	: 22x/menit
Suhu	: 37°C
2. Palpasi pada daerah perut didapatkan uterus tidak teraba bulat dan keras kontraksi baik, TFU 1 jari diatas pusat .
3. Placenta belum keluar lebih dari 30 menit .
4. Vesika urinaria teraba agak menonjol .

Analisa

1. Diagnosa

P₄A₀, partus kala III dengan retensio plasenta

Dasar :

- a. TFU 1 jari diatas pusat
- b. Placenta belum lahir > 30 menit
- c. Perdarahan pervaginam ada.

2. Masalah

Placenta belum lahir setelah 30 menit

3. Kebutuhan

Pemberian oksitosin kedua dan Manual Plasenta.

4. Potensial perdarahan post partum

Dasar :

Ibu post partum, placenta belum lahir

Perencanaan :

1. Jelaskan pada ibu bahwa ia memasuki kala III persalinan

- a. Jelaskan pada ibu tindakan yang mungkin dilakukan
- b. Jelaskan pada ibu bahwa pengeluaran plasenta tidak seperti pengeluaran bayi
- c. Lakukan observasi vital sign

2. Lakukan manajemen aktif kala III, meliputi

- a. Pemotongan tali pusat dengan memperlihatkan teknik steril
- b. Pemberian suntikan oksitosin 10 unit dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
- c. Penegangan tali pusat terkendali, dengan cara memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-20 cm dari vulva dan tangan kiri pada abdomen ibu tepat diatas simfisis pubis dan beri sedikit tekanan secara kranial .
- d. Masase fundus uteri dengan lembut dan gerakan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri selama 15 detik

- e. Jika plasenta belum lahir dalam waktu 15 menit, berikan 10 unit oksitosin yang ke 2 tunggu 30 menit .
 - f. Apabila plasenta belum lahir dan ada tanda terjadi perdarahan segera keluarkan plasenta.
3. Lakukan manual plasenta
- a. Masukkan 1 tangan kedalam vagina dengan menelusuri tali pusat bagian bawah
 - b. Tentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta yang paling bawah
 - c. Gerakkan tangan kanan ke kiri dan kanan sambil bergeser kranial sehingga semua permukaan maternal plasenta dapat dilepaskan.
 - d. Sementara satu tangan masih didalam kavum uteri, lakukan eksplorasi ulangan untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus
 - e. Keluarkan plasenta
4. Observasi perdarahan
- a. Observasi kontraksi uterus
 - b. Periksa placenta yang sudah dikeluarkan, selaput dan kotiledonya
 - c. Kontrol luka yang terjadi pada vagina dan perineum tidak ada robekan, perineum utuh.
 - d. Masase fundus 15 detik
 - e. Mandikan/bersihkan ibu dan lakukan vulva hygiene setelah plasenta dilahirkan
 - f. Ganti pakaian ibu dengan yang bersih
 - g. Berikan minuman dan anjurkan ibu untuk istirahat
5. Placenta lahir pukul 20.30, lengkap, berat 500 gr, kotiledon 20 buah, insersi lateralis, panjang tali pusat 45 cm, diameter 200cm.

KALA IV

Tanggal 19 Oktober 2011 Pukul 20 30 wib

Subyektif :

1. Ibu tampak tenang dan mengatakan lega karena bayi dan plasentanya telah lahir
2. Ibu tampak lemah

Obyektif :

1. TTV :
 - TD : 110/70 mmHg
 - Pols : 80x/menit
 - RR : 20x/menit
 - Temp. : 37°C
2. Keadaan umum baik, composmentis
3. Kontraksi uterus baik, TFU 1 jari dibawah pusat , jumlah perdarahan 120 cc.
4. Tidak ada laserasi
5. ASI sudah keluar

Analisa :

1. Diagnosa
 - P₄A₀ partus spontan pervaginam, kala IV
 - Dasar :
 - a. Bayi lahir tanggal 19 Oktober 2011, pukul 19.50 WIB
 - b. Plasenta lahir secara manual tanggal 19 Oktober 2011, pukul 20.30 WIB
2. Masalah
 - a. Nutrisi dan cairan kurang adekuat
 - Dasar : Ibu tampak lemah dan bibir ibu tampak kering
 - b. Rasa Cemas
 - Dasar : Ibu mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini
3. Potensial terjadi perdarahan post partum
 - Dasar :
 - a. Perut mulas, TFU 1 jari bawah pusat
 - b. Perdarahan kala III 150 cc

4. Kebutuhan

Observasi keadaan umum, TTV, involusi uterus, perdarahan dan kandung kemih.

PERENCANAAN

1. Pemantauan kala IV

- a. Pantau kondisi ibu saat ini
- b. Lakukan rangsangan taktil pada fundus untuk merangsang kontraksi uterus
- c. Perkirakan kehilangan darah

2. Evaluasi Keadaan umum ibu

- a. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus kandung kemih, perdarahan
- b. Lakukan peninjauan uterus tetap berkontraksi
- c. Pantau temperatur dan nilai perdarahan
- d. Dampingi ibu selama 2 jam Post Partum

3. Penuhi kebutuhan ibu sehari-hari

- a. Bersihkan ibu, anjurkan untuk menjaga personal hygieny
- b. Ajarkan ibu cara perawatan pada alat genitalianya
- c. Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi agar kondisinya stabil
- d. Bantu ibu dalam memenuhi kebutuhan aktifitas dan berikan posisi yang nyaman
- e. Anjurkan ibu untuk segera memberikan aji kepada bayinya

4. Observasi proses involusi (TFU, kontraksi uterus, nyeri tekan, perdarahan pervaginam) setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan tiap 30 menit pada 1 jam ke-2

5. Pemantauan kala IV

Jam ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	TFU	Kontraksi	Kandung kemih	Perdarahan
1.	20.30	120/70	80	38	3 Jari bawah pusat	Baik	Kosong	20 cc
	20.45	120/70	76		3 Jari bawah pusat	Baik	Kosong	40 cc
	21.00	110/70	76		3 Jari bawah pusat	Baik	Kosong	60 cc
	21.15	110/70	76		2 Jari bawah pusat	Baik	Kosong	80cc
2.	21.45	110/70	80	37	2 Jari bawah pusat	Baik	Kosong	100 cc
	22.15	110/70	80		2 Jari bawah pusat	Baik	Kosong	120 cc

2.1.4 Tanda Dan Gejala

1. Separasi/Akreta Parsial

- a. Konsistensi uterus kenyal
- b. TFU setinggi pusat
- c. Bentuk uterus discoid
- d. Perdarahan sedang – banyak
- e. Tali pusat terjulur sebagian
- f. Ostium uteri terbuka
- g. Separasi plasenta lepas sebagian
- h. Syok sering

2. Plasenta Inkarserata

- a. Konsistensi uterus keras
- b. TFU 2 jari bawah pusat
- c. Bentuk uterus globular
- d. Perdarahan sedang
- e. Tali pusat terjulur
- f. Ostium uteri terbuka
- g. Separasi plasenta sudah lepas
- h. Syok jarang

3. Plasenta Akreta

- a. Konsistensi uterus cukup
 - b. TFU setinggi pusat
 - c. Bentuk uterus discoid
 - d. Perdarahan sedikit/tidak ada
 - e. Tali pusat tidak terjulur
 - f. Ostium uteri terbuka
 - g. Separasi plasenta melekat seluruhnya
 - h. Syok jarang sekali, kecuali akibat inversio oleh tarikan kuat pada tali pusat
- (Prawirohardjo, S. 2002: 178)

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Dari pengkajian data subyektif dan obyektif sesuai dengan teori baik keseluruhan maupun sebagian.
2. Dari pengkajian data subyektif dan obyektif dapat dibuat diagnosa/masalah secara teliti menurut teori.
3. Dari diagnosa/masalah, kita dapat mengantisipasi diagnosa/masalah potensial yang mungkin dapat terjadi dari masalah/diagnosa yang telah diidentifikasi.
4. Dari diagnosa/masalah potensial, kita dapat menilai adanya kebutuhan untuk intervensi segera berdasarkan kondisi klien.
5. Dengan ditentukannya kebutuhan klien, kita dapat membuat rencana tindakan berdasarkan diagnosa/masalah.
6. Dari rencana tindakan tersebut, kita dapat melaksanakan tindakan asuhan.
7. Setelah kita melakukan tindakan, maka dapat mengevaluasi rencana tindakan dan membuat follow up.

B. Saran

Berdasarkan uraian pembahasan dan kesimpulan di atas, setelah membaca dan memahami isi dalam makalah ini diharapkan para pembaca agar:

1. Memahami pengertian retensio plasenta.
2. Memahami dan dapat menerapkan asuhan yang harus dilakukan pada retensio plasenta.
3. Memahami pengertian manual plasenta.
4. Mengetahui indikasi dilakukannya manual plasenta.
5. Memahami dan dapat menerapkan prosedur manual plasenta dengan baik.

BAB V

PENUTUP

Retensio plasenta merupakan plasenta yang belum lahir dalam setengah jam setelah janin lahir. Sedangkan sisa plasenta merupakan tertinggalnya bagian plasenta dalam rongga rahim yang dapat menimbulkan pendarahan post partum dini atau perdarahan post partum lambat yang biasanya terjadi dalam 6-10 hari pasca persalinan.

Sebab-sebabnya plasenta belum lahir bisa karena:

1. Plasenta belum lepas dari dinding uterus; atau
2. Plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan.

Plasenta belum lepas dari dinding uterus karena:

1. Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta.
2. Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab vili korialis menembus desidua sampai miometrium- sampai di bawah peritoneum (plasenta akreta-perkreta).
2. Kelainan dari uterus sendiri, yaitu anomali dari uterus atau serviks, kelemahan dan tidak efektifnya kontraksi uterus kontraksi yang tetanik dari uterus serta pembentukan.
3. Kelainan dari plasenta, misalnya plasenta letak rendah atau plasenta previa implantasi di corpus dan adanya plasenta akreta.
4. Kesalahan manajemen kala tiga persalinan, seperti manipulasi dari uterus yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak ritmik. Pemberian uterotonik yang tidak tepat waktunya yang juga dapat menyebabkan serviks kontraksi dan menahan plasenta, serta pemberian anestesi terutama yang melemahkan kontraksi uterus.

Rencana asuhan atau perawatan pada retensio placenta meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Jika plasenta terlihat, lakukan penegangan tali pusat terkendala dengan lembut dan tekanan berlawanan arah kea rah dorsokranial pada uterus, minta Ibu untuk meneran agar plasenta keluar.

2. Setelah plasenta lahir lakukan masase pada uterus dan periksa plasenta.
atau
 1. Lakukan pemeriksaan dengan tangan lembut, jika plasenta ada di vagina, keluarkan dengan hati hati sambil melakukan tekanan berlawanan arah (ke arah dorsokranial) pada uterus.
 2. Jika plasenta masih di dalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksitosin 10 unit IM, pasang infuse menggunakan jarum berdiameter besar (16/18) dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis (NS).
 3. Segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetric.
 4. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
 5. Jika plasenta masih dalam uterus dan ada perdarahan berat pasang infuse berdiameter besar (ukuran 16/18) dan bri RL atau cairan garam fisiologis (NS) dengan 20 Unit Oksitosin.
 6. Melakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjutan.
 7. Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kabilitas kegawatdaruratan obstetri.

Manual Plasenta adalah tindakan untuk melepas plasenta secara manual (menggunakan tangan) dari tempat inplantasinya dan kemudian melahirkannya keluar dari kavum uteri. Indikasi pelepasan plasenta secara manual adalah pada keadaan perdarahan pada kala tiga persalinan kurang lebih 400 cc yang tidak dapat dihentikan dengan uterotonika dan masase, retensio plasenta setelah 30 menit anak lahir, setelah persalinan buatan yang sulit seperti forsep tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir dan tali pusat putus.

Cara melepas plasenta dari dinding uterus dapat dilakukan melalui beberapa cara sebagai berikut:

1. Tentukan inplantasi plasenta, temukan tepi plasenta paling bawah.
 - a. Bila plasenta berimplantasi di korpus belakang,tali pusat tetap disebelah atas dan siapkan ujung jari jari tangan diantara plasenta dan dinding-

dinding uterus dimana punggung tangan tangan menghadap bawah (posterior ibu).

- b. Bila dikorpus depan maka pindahkan tangan ke sebelah atas tali pusat dan siapkan ujung jari jari tangan diantara plasenta dan dinding uterus dimana punggung tangan menghadap ke atas (anterior ibu).
- c. Setelah ujung-ujung jari masuk diantara plasenta dan dinding uterus maka perluas perlepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan kanan dan kiri sambil digeserkan ke atas (kranial ibu) hingga semua perlekatan plasenta terlepas dari dinding uterus.

Bila tepi plasenta tidak teraba atau plasenta berada pada dataran yang sama tinggi dengan dinding uterus maka hentikan upaya plasenta manual karena hal itu menunjukkan plasenta ikreta(tertanam dalam miometrium). Bila hanya sebagian dari inplantasi plasenta dapat dilepaskan dan bagian lainnya melekat erat maka hentikan pula plasenta manual karena hal tersebut adalah plasenta akret.untuk keadaan seperti ini sebaiknya diberi uterotonika tambahan (misoprostol 600 mcg per rektal) sebelum dirujuk ke fasilitas rujukan.

2. Sementara satu tangan masih didalam cavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada plasenta yang tertinggal.
3. Pindahkan tangan luar dari fundus ke supra simfisis (tahan segmen bawah uterus) kemudian instruksikan asisten atau penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta keluar (hindari terjadinya percikan darah).
4. Lakukan penekanan (dengan tangan yang menahan supra simfisis) uterus ke arah dorso kranial setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta didalam wadah yang telah disediakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta: Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi.
- Manuaba, G. 2002. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2002. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2002. *Buku Panduan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- <http://chvalsakura.wordpress.com/2011/02/02/retensio-plasenta>.