

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DENGAN RETENSIO PLASENTA DI KLINIK TUTUN SEHATI SUMATERA UTARA TAHUN 2026

Henny Saragi¹, Marta Armita Silaban², Salimah³, Ernika Manurung⁴, Misbah Nasution⁵, Yastri Puspitasari⁶, Mutiara Nanda⁷

^{1,2,3,4,5,6,7} Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Husada Medan

Email: 2519001027@mitrahusada.ac.id, martaarmita@mitrahusada.ac.id,
2519201216@mitrahusada.ac.id 2519001444@mitrahusada.ac.id, 2519001228@mitrahusada.ac.id
2519001402@mitrahusada.ac.id, 2519001455@mitrahusada.ac.id.

ABSTRAK

Latar Belakang: Retensio plasenta adalah kondisi terlambatnya kelahiran plasenta lebih dari 30 menit setelah bayi lahir, yang disebabkan oleh penurunan elastisitas uterus dan gangguan kontraksi. Faktor risiko yang memengaruhi kejadian ini meliputi paritas, usia, jarak kehamilan, anemia, status sosial ekonomi, makrosomia, serta komplikasi kehamilan. **Tujuan:** Penelitian ini berfokus pada analisis deskriptif mengenai manifestasi klinis serta evaluasi prosedur penatalaksanaan pada ibu bersalin yang mengalami retensio plasenta. **Metode:** Jenis penelitian ini adalah menggambarkan observasional melalui metode laporan kasus (*case report*). Teknik mengumpulkan data dilakukan melalui manajemen asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity of Care*) mulai dari masa kehamilan hingga penggunaan kontrasepsi melalui rumah klien. **Hasil:** Manajemen asuhan Kebidanan dilakukan di Klinik Tutun Sehati. Responden mengalami retensio plasenta. Asuhan yang dilakukan meliputi memasang infus, penyuntikan oksitosin 10 IU secara intramuskular, dan tindakan manual plasenta. **Kesimpulan:** Plasenta berhasil dilahirkan secara manual diikuti dengan edukasi masase uterus kepada keluarga untuk menjaga kontraksi tetap adekuat. Faktor risiko dominan pada yang memicu kondisi ini adalah obesitas. Pendampingan yang tepat terbukti mencegah terjadinya perdarahan pascapersalinan. Diharapkan adanya penguatan sinergi antara praktisi kesehatan dan masyarakat dalam mengoptimalkan deteksi dini terhadap risiko komplikasi sejak masa antenatal.

STIKes Mitra Husada Medan

Kata Kunci : Ibu Bersalin; Retensio Plasenta; Manajemen Asuhan Kebidanan; deskripsi Observasional

PENDAHULUAN

Masalah yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan merupakan penyebab utama kematian pada wanita usia reproduktif seluruh dunia. Perdarahan pasca persalinan (PPH₁, atau perdarahan lebih dari 500 cc, dikaitkan dengan lebih dari separuh Kematian tersebut terjadi pada fase krusial, yakni dalam 24 jam pertama pascapersalinan. Seperempat Dari total 275.000 kasus kematian maternal yang tercatat selama kehamilan dan persalinan setiap tahun disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan primer menurut WHO. Karena sebegini besar Sebanyak 88% kasus kematian ibu tercatat terjadi dalam kurun waktu empat jam pertama pascapersalinan kelahiran, bahkan ketika tahap ketiga persalinan ditangani secara aktif, perdarahan pascapersalinan primer tetap menjadi masalah kesehatan yang signifikan (Gregory Edie Halle-Ekane *et al.*, 2023)

Di Indonesia, angka kematian ibu meningkat dari 359/100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2012 menjadi 228/100.000 KH pada tahun 2020. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2014), Penyebab utama kematian ibu didominasi oleh perdarahan (30,3%), diikuti oleh hipertensi dalam kehamilan (27,1%), infeksi (7,3%), serta faktor-faktor lainnya (35,3%) menjadi penyebab tingginya angka tersebut. Angka kematian ibu (KMA) di Jawa Timur juga meningkat Kondisi ini sejalan dengan fluktuasi angka kematian ibu di Indonesia, yang tercatat sebesar 83 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH) pada tahun 2021 menjadi 97,43/100.000 KH pada tahun 2012. Ini adalah masalah yang terjadi baik di tingkat kabupaten maupun provinsi. Angka kematian ibu di Kabupaten Mojokerto meningkat dari 117 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 menjadi 174 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2017. Perdarahan pascapersalinan (35%),

preeklampsia Selain itu, terdapat **10%** kasus yang dipicu oleh penyakit penyerta (komplikasi), di antaranya adalah sepsis,

mencakup berbagai kondisi penyerta seperti patologi jantung, gagal ginjal kronis, keganasan (neoplasma), infeksi TBC, hingga tingginya insiden emboli (**55%** termasuk di antara penyebab AKI di Kabupaten Mojokerto.

Salah satu penyebab utama kematian ibu di dunia adalah perdarahan postpartum. Gangguan yang dikenal sebagai perdarahan postpartum terjadi ketika lebih dari 500cc darah hilang Kondisi ini dapat terjadi pascapersalinan, baik dalam kurun waktu 24 jam pertama (stadium primer) maupun setelah 24 jam (stadium sekunder) Robekan pada jalan lahir, atonia uterus, retensi plasenta, dan masalah pembekuan darah adalah penyebab Perdarahan pascapersalinan didefinisikan sebagai perdarahan yang terjadi dalam kurun waktu 24 jam pertama setelah proses persalinan (Yekti Satriyandari, 2017). Secara etiologi, kondisi ini Faktor penyebab utamanya meliputi **atonia uteri** (50–60%), diikuti oleh **sisia plasenta** (23–24%), **retensio plasenta** (16–17%), serta **laserasi jalan lahir** (4–5%) dan **gangguan koagulasi darah** (0,5–0,8%) adalah penyebab utama kematian ibu setelah melahirkan akibat perdarahan (Sugi Purwanti; Yuli Trisnawati, 2021).

Sindrom yang dikenal sebagai perdarahan postpartum akibat retensi plasenta terjadi ketika rahim gagal berkontraksi dengan benar, sehingga plasenta tertinggal di dalam rahim selama 30 menit setelah kelahiran. Akibatnya, sangat penting untuk memahami jenis perdarahan yang terjadi dan variabel risiko yang menyertainya. Selain volume darah yang hilang, kesehatan wanita juga memengaruhi peluangnya untuk meninggal akibat perdarahan postpartum. Keberhasilan penanganan perdarahan

postpartum dipengaruhi oleh variabel sosioekonomi, pilihan gaya hidup, dan malnutrisi yang semuanya tidak dapat dihindari kondisi tersebut bersifat irreversibel (tidak dapat diubah), sehingga menuntut kecepatan dan ketepatan dalam memberikan penanganan medis terapi. Oleh karena itu, deteksi dini masalah

kehamilan, persalinan yang tepat, dan penanganan agresif pada tahap ketiga persalinan sangat penting dalam mencegah retensi plasenta selama persalinan. Gambaran umum gejala retensi plasenta dan cara mengatasinya untuk menghentikan perdarahan postpartum diberikan dalam penelitian ini, yang dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi untuk prosedur perawatan kebidanan. Dengan mempertimbangkan konteks tersebut, tujuan penelitian ini adalah untuk menawarkan perawatan kebidanan kepada wanita yang melahirkan saat mengalami retensi plasenta.

METODE PENELITIAN

Dalam kategori laporan kasus, peneliti menggunakan epidemiologi deskriptif. Ibu "S," seorang ibu berusia 22 tahun, berperan sebagai responden penelitian. Klinik Tutun Sehati menjadi lokasi pengumpulan data (baik data subjektif maupun objektif); analisis masalah meliputi diagnosis, masalah, kebutuhan, dan tindakan segera; manajemen meliputi pelaksanaan rencana perawatan, justifikasi tindakan yang diambil, dan hasil dari tindakan tersebut. Menurut manajemen kebidanan Varney, yang diringkas sebagai SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Manajemen), metode pengumpulan data meliputi observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik menggunakan daftar periksa untuk wawancara perawatan kebidanan bagi wanita yang sedang melahirkan. Setelah pengumpulan, informasi tersebut dicatat dalam laporan perawatan kebidanan untuk

wanita yang sedang melahirkan, yang berisi data objektif dan subjektif.

HASIL

HASIL

Tabel 1. Rekapitulasi Data Persalinan

Kala I	Kala II	Kala III
Tanggal 3 Maret 2020 04.00 WIB	Tanggal 3 Maret 2020 10.15 WIB	Tanggal 3 Maret 2020 11.15 WIB
Data Subjektif: Ibu mengatakan ingin meneran	Data Objektif: KU: baik, kesadaran : kompos mentis Tekanan Darah: 110/80 mmHg Nadi: 88 x/menit Suhu: 36,8 °C Pernafasan: 20 x/menit TFU: 1 jari dibawah pusat UC keras.	Data Subjektif: Ibu mengatakan perutnya masih nulus.
Data Objektif: Tekanan Darah: 120/90 mmHg Nadi: 88 x/menit Pernafasan: 20 x/menit Suhu: 36,6 °C DJJ: 130 x/menit His: 3 x 30" dalam 10 menit TFU: 29 cm VT Ø 2 cm, eff 50 % ketuban (+), presentasi kepala, denominator UUK, Hodge II, Tidak ada molase.	Data Objektif: Tekanan Darah: 110/90 mmHg Nadi: 84 x/menit Pernafasan: 20 x/menit Suhu: 36,8 °C DJJ: 138 x/menit His: 5 x 45" dalam 10 menit VT Ø 10 cm, eff 100 % ketuban (+), presentasi kepala, denominator UUK, Hodge IV, tidak ada molase. Pukul 10.40 Bayi lahir spontan, segera menangis, jenis kelamin perempuan, BB: 2800 gram, PB: 50 cm	Data Objektif: Tampak plasenta lahir lengkap TFU 2 jari dibawah pusat Fluorid 50 cc TD: 100/80 mmHg Nadi: 88 x/menit Pernafasan: 20 x/menit Suhu: 36,8

NY "S" tiba di Klinik Tutun Sehati pada 3 Maret 2023, pukul 04.00 WIB, mengeluh merasa sesak sejak pukul 19.30 WIB dengan riwayat Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) pada 3 Juni 2020 dan Hari Perkiraan Lahir (HPL) 10 Maret 2021. Hasil pemeriksaan antropometri menunjukkan tinggi badan 153 cm, berat badan 86 kg, dan BMI Pasien memiliki Indeks Massa Tubuh (IMT) 36,7 kg/m² yang dikategorikan sebagai obesitas. Riwayat nutrisi terakhir tercatat pada pukul 19.00 dengan asupan makanan lengkap (nasi, lauk-pauk, dan sayur), serta asupan cairan 600 cc dan segelas susu. Pasien mengeluhkan gangguan tidur berupa sering terbangun akibat kram. Berdasarkan pemeriksaan dalam (*vagina toucher*), didapatkan pembukaan (Ø) 2 cm, pendataran (*effacement*) 50%, selaput ketuban utuh (+), presentasi kepala dengan penunjuk ubun-ubun kecil (UUK), posisi janin di Hodge II, serta tidak ditemukan

molase. Selain itu, dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk kadar protein urin. urin negatif. Pemeriksaan bidan menunjukkan kondisi umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 120/90 mmHg, laju pernapasan 20x/menit, suhu 36,6 °C, dan genitalia yang tampak mengeluarkan lendir dan utuh. Ibu ditempatkan dalam posisi lateral kiri sebagai bagian dari perawatan bidan, dan pernapasan dalam dianjurkan selama kontraksi, memberikan dukungan pemenuhan kebutuhan nutrisi dengan mengizinkan ibu untuk makan dan minum. Selain itu, dukungan emosional dan motivasi diberikan secara berkesinambungan kepada pasien, disertai dengan pemantauan ketat terhadap tanda-tanda vital (TTV) serta kemajuan persalinan (CHPB). Pada tanggal 3 Maret 2023, pukul 10.15 WIB, pasien melaporkan adanya dorongan untuk mengejan. Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, kondisi umum pasien dinyatakan baik dengan kesadaran compos mentis *compos mentis*. Tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 84 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu 36,8 °C. Pemeriksaan obstetri menunjukkan kontraksi (HIS) adekuat sebanyak 5 kali dalam 10 menit dengan durasi 45 detik, serta Denyut Jantung Janin (DJJ) terpantau normal 138 x/menit. Hasil pemeriksaan dalam (*vagina toucher*) menunjukkan pembukaan lengkap (10 cm), pendataran (*effacement*) 100%, selaput ketuban utuh (+), presentasi kepala dengan denominator ubun-ubun kecil (UUK) pada posisi Hodge IV, dan tidak ditemukan adanya molase, Bayi lahir secara spontan pada pukul 10:40, dengan berat 2800 gram dan tinggi 50 cm. Pasien mengatakan bahwa perutnya masih kram. Pasien mengatakan bahwa perutnya masih kram.

Kondisi kesehatan umum baik, kesadaran tenang, tekanan darah 110/80 mmHg, denyut nadi 88 denyut per menit, laju pernapasan 20 denyut per menit, suhu 36,80 derajat Celcius, perdarahan vagina yang jelas, TFU satu jari di bawah pusar, dan kontraksi uterus yang kuat termasuk di antara fakta-fakta objektif. Untuk secara aktif mengelola tahap ketiga, bidan memeriksa kemungkinan kehamilan kembar, memberikan 10 unit oksitosin secara intramuskular, menjepit tali pusar dengan dua penjepit sekitar 5 hingga 10 cm dari pusar, memotong tali pusar, dan mencari tanda-tanda pemisahan plasenta. Karena tidak ada indikasi pemisahan plasenta pada pukul 10:55, seperti keluarnya darah deras atau tali pusar yang memanjang, suntikan kedua 10 IU oksitosin diberikan, dan lima belas menit berikutnya dihabiskan untuk mengamati tanda-tanda pemisahan plasenta. Ketika tidak ada indikasi pemisahan plasenta pada pukul 11:05, bidan memberikan perawatan kebidanan, yang meliputi memasukkan infus IV RL 500 ml, menyuntikkan 10 IU oksitosin, dan mengeluarkan plasenta secara manual dengan bantuan seorang asisten. Ketika plasenta keluar sepenuhnya pada pukul 11:15, bidan memberikan infus oksitosin RL 500 ml kepada ibu, mendorong Tenaga medis melibatkan keluarga untuk membantu pemenuhan nutrisi dan hidrasi pasien, sementara bidan melakukan masase uterus (pijat rahim) dibarengi dengan pemeriksaan kelengkapan plasenta serta pemantauan volume perdarahan secara ketat.

PEMBAHASAN

Kondisi yang dikenal sebagai retensi plasenta terjadi ketika plasenta tidak dikeluarkan atau dikeluarkan dalam kurun waktu 30 menit setelah pengeluaran janin. Hal ini terjadi karena retensio plasenta yang disebabkan oleh melekat pada dinding rahim mencegah kontraksi yang efektif,

plasenta harus dikeluarkan dalam waktu 30 menit untuk menghindari pendarahan. Selain itu, infeksi pascapersalinan, koriokarsinoma, dan polip rahim dapat terjadi setelah pengeluaran plasenta secara manual jika terjadi retensi plasenta (Harahap, 2021). Retensio plasenta fungsional dan retensi plasenta anatomis patologis adalah dua jenis retensi plasenta berdasarkan etiologinya. Kontraksi yang tidak adekuat yang mencegah plasenta Penyebab retensio plasenta fungsional meliputi plasenta yang telah terlepas dari dinding uterus namun belum lahir, adanya kelainan bentuk seperti plasenta membranacea atau anular, serta ukuran plasenta yang lebih kecil dari normal. Sementara itu, retensio plasenta anatomis-patologis disebabkan oleh anomali Kondisi ini berkaitan erat dengan tingkat perlekatan plasenta yang abnormal, mencakup plasenta akreta, inkreta, hingga perkreta (Budiman, 2022). Oleh karena itu, munculnya tanda perdarahan menjadi indikator krusial untuk segera melakukan intervensi medis secara tepat untuk melakukan tindakan pengeluaran plasenta secara aktif.

Hal ini menunjukkan telah terjadi pelepasan sebagian dari bagian plasenta sehingga terbukanya sinus darah ketika uterus berkontraksi. Penanganan dengan Penerapan Manajemen Aktif Kala III (MAK III) secara cepat dan tepat merupakan strategi utama dalam penanganan perdarahan postpartum (Dwi Rahmawati, 2019). Meskipun mekanisme patofisiologisnya masih menjadi subjek penelitian, retensio plasenta secara umum didorong oleh tiga jalur utama: pertama, sifat plasenta invasif akibat riwayat trauma uterus; kedua, kondisi hipoperfusi yang menghambat remodeling arteri spiralis; dan ketiga, **lemahnya aktivitas miometrium**

akibat kegagalan kontraksi lokal pada area retroplasenta (Favilli et al., 2021)

Pasien datang dengan keluhan utama berupa kontraksi uterus yang intens (mules). Secara klinis, partus adalah serangkaian keluarnya janin serta plasenta yang telah matur dari rahim, baik melalui jalan lahir (per vaginam) maupun intervensi bedah. Permulaan persalinan ini ditandai dengan munculnya kontraksi uterus yang memiliki durasi serta frekuensi yang semakin teratur dan kuat, beriringan dengan kemajuan dilatasi serviks. Sensasi nyeri dan kencang pada area abdomen merupakan respons fisiologis ibu saat mendekati fase persalinan. Fenomena ini dipicu oleh aktivitas lapisan otot miometrium yang dipengaruhi oleh fluktuasi hormonal, khususnya peningkatan kadar hormon oksitosin dan penurunan progesteron. Kekuatan kontraksi yang bersifat progresif tersebut tidak hanya berfungsi sebagai stimulan bagi ibu, tetapi juga menjadi tenaga pendorong utama (power) dalam memfasilitasi pengeluaran janin dari dalam rahim ntensitas kontraksi tersebut menimbulkan stimulus nyeri yang dirasakan oleh ibu (Metti, 2016) bersalin namun rasa nyeri yang muncul memiliki perbedaan pada Karakteristik klinis, respons fisiologis, dan jalur persarafan merupakan faktor utama yang menentukan perkembangan setiap fase pada persalinan kala I (Widiawati & Legiati, 2019)

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik saat pasien masuk, ditemukan adanya kemajuan persalinan yang ditandai dengan pembukaan dan penipisan serviks, disertai pengeluaran lendir melalui genetalia. Proses dilatasi serviks ini melibatkan pelebaran saluran serviks dari diameter 1 cm menuju pembukaan lengkap sebesar 10 cm, yang berjalan simultan dengan proses pendataran (effacement). Pada kasus Ny "S", serviks yang awalnya memiliki ketebalan sekitar 2 cm mengalami penipisan hingga tidak teraba lagi, yang

menandakan berakhirnya Proses persalinan mencakup perkembangan dari kala I hingga fase transisi menuju kala II guna memfasilitasi ekspulsi hasil konsepsi. Proses ini membutuhkan durasi sekitar 6 jam hingga mencapai pembukaan maksimal. Kecepatan dilatasi serviks tersebut secara fisiologis dipengaruhi oleh elastisitas jaringan serviks serta faktor psikologis ibu. Dukungan non-farmakologis, seperti teknik *massage*, berperan penting dalam memberikan rasa nyaman, menurunkan tingkat kecemasan, serta meminimalkan stres, yang secara tidak langsung mendukung efektivitas kontraksi dan kemajuan persalinan. (Nadia dan Endarti, 2021).

Berdasarkan tinjauan klinis, faktor usia dan paritas pada Ny "S" tidak menunjukkan korelasi sebagai faktor risiko primer terjadinya retensio plasenta. Fokus utama pada kasus ini adalah Indeks Massa Tubuh (IMT) pasien yang tergolong dalam kategori obesitas. Secara patofisiologis, kondisi obesitas memicu distensi rahim yang berlebihan, yang secara signifikan dapat menurunkan kekuatan serta kualitas kontraksi miometrium. Melemahnya kontraktilitas uterus ini menjadi hambatan utama dalam proses pelepasan plasenta dari dinding rahim secara spontan. Temuan ini sejalan dengan Temuan ini sejalan dengan penelitian Setyorini et al. (2019) yang mengungkapkan bahwa mayoritas ibu bersalin yang mengalami komplikasi perdarahan *postpartum* menunjukkan adanya profil IMT masuk dalam kategori obesitas. Kondisi obesitas pada ibu hamil tersebut dapat memicu, rahim mengalami peregangan otot yang ekstrem sehingga elastisitas otot uterus terganggu. Gangguan elastisitas ini menyebabkan uterus tidak mampu melakukan involusi atau kontraksi secara adekuat pasca-persalinan janin. Akibatnya, plasenta menjadi sulit terlepas (undelivered placenta), yang pada gilirannya meningkatkan risiko perdarahan

hebat akibat kegagalan mekanisme hemostatis pada bekas perlekatan plasenta.

KESIMPULAN

Asuhan Kebidanan Persalinan pada klien dengan Penyulit Retensio Plasenta ditegaskan berdasarkan temuan klinis di mana plasenta belum lahir setelah 30 menit pasca-persalinan bayi, disertai adanya pengeluaran darah aktif. Penatalaksanaan segera dilakukan melalui pemberian injeksi oksitosin 10 IU secara intramuskular (IM) diikuti observasi selama Observasi pada 15 menit pertama menunjukkan bahwa indikator separasi plasenta, seperti adanya semburan darah mendadak (*vulsus*) dan bertambah panjangnya tali pusat di depan vulva belum tampak, bidan melakukan langkah kolaboratif dan tindakan segera berupa pemberian dosis kedua oksitosin 10 IU, pemasangan infus cairan intravena RL 500 ml dengan *drip* oksitosin, serta prosedur manual plasenta.

Intervensi tersebut berhasil dilakukan dengan baik, ditandai dengan lahirnya plasenta secara lengkap sehingga risiko perdarahan *postpartum* yang masif dapat dicegah. Faktor risiko utama yang teridentifikasi pada kasus ini adalah kondisi obesitas pasien yang memengaruhi efektivitas kontraksi uterus. Keberhasilan penanganan ini menegaskan pentingnya kompetensi tenaga kesehatan dalam deteksi dini dan kecepatan tindakan manajemen aktif kala III untuk menurunkan angka morbiditas ibu.

Referensi

- Alessandro Favilli, Valentina Tosto, Margherita Ceccobelli, Fabio Parazzini, Massimo Franchi, V. B. & S. G. (2021)
- Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a systematic review", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(268), pp. 2–13.

Andriani, R. A. D. (2020) „Hubungan Anemia pada Kehamilan Dengan Inpartu

Kala II Lama di BPM Ny. Suhariyati Surabaya“, *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(1), pp. 52–57.

Budiman, D. M. (2022) „Perdarahan Post Partum Dini e.c Retensio Plasenta“, *Jurnal Medula Unila*, 7(3), pp. 6–10.

Setyorini, I.Cahyono, N. H. (2019) „Karakteristik Ibu yang Berisiko Mengalami Perdarahan Pasca Partum“, in *Prosiding Seminar Nasional*

Kesehatan. Surabaya: PoltekkesDepkes Surabaya, pp. 17–20.

Purwanti, S. (2019) „Pengaruh Waktu Pemberian Oxytocin Dengan Lama Pengeluaran Plasenta Pada Kala Iii Persalinan“, *Jurnal Publikasi Kebidanan Akbid YLPP Purwokerto*, 8(1), pp. 112–120.

Riyanto (2021) „Faktor Risiko Kejadian Retensio Plasenta Pada Ibu Bersalin Di Rsud Dr. H. Bob Bazar, SKM Kalianda“, *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, 8(1), pp. 38–44.

Manurung, H. R., Maya, D., Parapat, S., Satifa, A., Eka, E., & Siagian, P. (n.d.). *PERSALINAN AKIBAT ANTONIA UTERI DI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER*.

Damanik, Indri Heny Manurung, Herna Rinayanti Rajagukguk, Desiyanti Desmawati, Hesti Sari, Rudjanah Widya

Febrianti, Pina Tindaon, Yuli Kartika.
FAKTOR-FAKTOR YANG
MEMPENGARUHI KEJADIAN
RETENSIO PLASENTA PADA IBU

BERSALIN DI RSUP HAJI
ADAM MALIK MEDAN TAHUN
2024

Indonesia, Republik Hukum, Kementerian
Hak, D A N Manusia, Asasi SURAT
PENCATATAN Disusun Oleh :
Tetti Seriati Situmorang , SST ,