

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.L 32  
TAHUN G4P2A1 GRAVIDA 40-41MINGGU DENGAN  
PLASENTA LETAK RENDAH DI RUANG BERSALIN RSU  
dr.SLAMET GARUT**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D-3 Kebidanan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Karsa Husada Garut

**DHESHINTA PUTRI MAHARANI  
KHGB22018**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA  
GARUT PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN  
2025**

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ahli Madya Kebidanan dari STIKes Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengaranga dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang ditelah diperoleh karena karya ini, serta sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, 04 Juli 2025

Yang membuat pernyataan

**Dheshinta Putri Maharani**

NIM : KHGB22018

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.L USIA 32 TAHUN  
GRAVIDA 40-41 MINGGU DENGAN PLASENTA LETAK  
RENDAH DI RUMAH SAKIT UMUM DR. SLAMET  
GARUT**

**NAMA : DHESHINTA PUTRI MAHARANI  
NIM : KHGB22018**

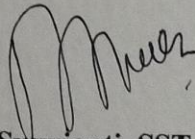
**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Diajukan untuk Disidangkan Dihadapan Tim Penela'ah Program  
Studi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, 04 Juli 2025

**Menyetujui,**

**Pembimbing**



**(Bdn. Desy Syswianti, SST, M. Kes)**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.L USIA 32 TAHUN  
GRAVIDA 40-41 MINGGU DENGAN PLASENTA LETAK  
RENDAH DI RUMAH SAKIT UMUM DR. SLAMET  
GARUT**

**NAMA : DHESHINTA PUTRI MAHARANI  
NIM : KHGB22018**

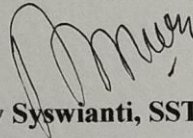
**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Laporan Tugas Akhir ini telah disidangkan dihadapan  
Tim Penguji Program Studi DII Kebidanan  
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

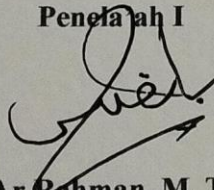
**Mengesahkan,**

**Pembimbing**



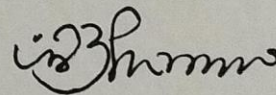
**(Bdn. Desy Syswianti, SST, M. Kes)**

**Penela'ah I**



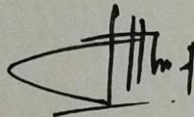
**(Bilqis Ar Rahman, M. Tr. Keb)**

**Penela'ah II**



**(Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.K.M)**

**Mengesahkan,  
Program Studi DIII Kebidanan  
Ketua,**



**(Lina Humaeroh, SST, M.Kes)**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kehadiran Allah SWT berkat rahmat, hidayat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan KTI dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.L 32 THN G4P2A1 GRAVIDA 40-41 MINGGU DENGAN PLASENTA LETAK RENDAH DI RSUD.SLAMET GARUT”**. Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini terwujud berkat bantuan, arahan, bimbingan dan doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. Dr. H. Hadiat selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, S. E., M. Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Lina Humaeroh, SST., M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan.
5. Bdn. Desy Syswianti, SST., M.Kes selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk senantiasa memberikan nasehat yang baik berupa kritik dan saran dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.
6. Bilqia Ar-Rohman, M. Tr. Keb selaku penguji 1 dalam sidang Laporan Tugas Akhir.
7. Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.K.M selaku penguji II dalam sidang Laporan Tugas Akhir.
8. Seluruh dosen, staf pengajar dan tata usaha di STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali kami ilmu yang bermanfaat.
9. Kepada Ny.L yang bersedia menjadi pasien dan sudah dapat bekerjasama dengan baik kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

10. Kepada Tuhan Yang Maha Esa atas karunianya dan anugrah-Nya sehingga penulis diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik.
11. Kepada pahlawanku dan pintu surgaku. Papah Haris Rahmawan, Mamah Puri Siah Cahyani. Terima kasih atas segala kasih sayang, doa dan dukungan berupa moral maupun materia; yang tidak terhingga, sehingga penulis mampu menyelesaikan studi ahli madya hingga selesai di STIKes Karsa Husada Garut..
12. Keluarga tercinta termasuk orang tua asuh saya yang senantiasa memberikan do'a dan semangat selama penyusunan Laporan Tugas Akhir.
13. Yang terkasih seseorang yang tidak disebutkan namanya, terima kasih telah memberikan tenaga, semangat dan do'a selama penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
14. Sahabat-sahabat penulis seperjuangan *AMO\_ANGELL* yaitu Agnes, Gita, Novita dan Syifa, dan juga Manusia Sabar yaitu Hilda dan Silvina. Terima kasih atas segala canda, tawa, pengalaman dan dukungan sehingga penulis bisa menyelesaikan LTA ini bersama kalian.
15. Pihak-pihak yang telah ikut serta dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.
16. *Last but not least, i wanna thank me i wanna thank me for believing in me, i wanna thank me for doing all this hard work, i wanna thank me for having on days off, i wanna thank mefor never quitting, i wanna thank me for always being a giver and trying give more than i receive, i wanna thank me for trying to do more righ than wrong, i wanna thank me for just being me at all times.*

## DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LAPORAN TUGAS AKHIR.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
LAPORAN TUGAS AKHIR.....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR .....	viii
DAFTAR SINGKATAN .....	ix
DAFTAR ISTILAH .....	x
BAB I.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penelitian.....	5
1.3 Metode Pengumpulan Data .....	5
1.4 Waktu dan Tempat Peneliti .....	6
1.5 Manfaat Peneliti.....	6
BAB 2 .....	8
2.1 PERSALINAN .....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Mekanisme Persalinan .....	9
2.1.3 Tahapan Persalinan .....	12
2.1.4 Perdarahan Antepartum .....	14
2.2 Plasenta Previa.....	15
2.2.1 Definisi.....	15
2.2.2 Klasifikasi .....	17
2.2.3 Etiologi.....	17
2.3 Plasenta Letak Rendah .....	18
2.3.1 Definisi.....	18
2.3.2 Etiologi.....	19

2.3.3 Faktor resiko .....	19
2.3.4 Diagnosa .....	20
2.3.5 Komplikasi.....	20
2.3.6 Penanganan .....	21
2.4 Pendokumentasian.....	23
2.4.1 Pengertian .....	23
2.4.2 Tujuan Dokumentasi.....	23
2.4.3 Pebdokumentasian Asuhan Kebidanan dalam bentuk SOAP .....	24
BAB 3 TINJAUAN PUSTAKA .....	25
BAB 4 PEMBAHASAN .....	42
BAB 5 .....	48
5.1 KESIMPULAN .....	48
5.2 SARAN.....	49
DAFTAR PUSTAKA .....	50
LAMPIRAN .....	52

## **DAFTAR GAMBAR**

<b>Gambar 2 1 Letak Plasenta.....</b>	<b>17</b>
---------------------------------------	-----------

## DAFTAR SINGKATAN

WHO	: <i>World Health Organization</i>
USG	: Ultrasonografi
OUI	: Ostium Uteri Internum
OUE	: Ostium Uteri Eksternum
TFU	: Tinggi Fundus Uterus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
KB	: Keluarga Berencana
IUD	: Intrauterine Device
SOAP	: Subjektif Objektif Analisa Penatalaksanaan
DJJ	: Detak Jantung Janin
AKI	: Angka Kematian Ibu
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
PTT	: Peregangan Tali pusat Terkendali
HB	: Hemoglobin
Sp.OG	: Spesialis Obstetri dan Ginekologi

## DAFTAR ISTILAH

WHO	: Badan khusus di bawah Perserikatan Bangsa - Bangsa (PBB) yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat internasional.
Ostium Uteri Internum	: Bukaan tempat serviks bertemu dengan korpus uteri.
Ostium Uteri Eksternum	: Bukaan di bagian bawah serviks yang berhubungan langsung dengan vagina.
Menarche	: Pertama kali terjadinya menstruasi pada perempuan.
Abortus	: Pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) dari rahim sebelum usia kehamilan mencapai 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram, dimana janin belum mampu untuk hidup di luar kandungan.
Perdarahan Antepartum	: Perdarahan dari saluran genitalia setelah 28 minggu kehamilan dan sebelum persalinan dimulai
Plasenta Previa	: Plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.
Gravida	: Seorang wanita yang sedang hamil.
Multiparitas	: Wanita yang telah melahirkan lebih dari satu kali atau memiliki paritas dua atau lebih.
Composmentis	: Kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya.
Anterior	: Bagian depan
Implantasi	: Proses penempelan embrio (sel telur yang telah dibuahi) pada dinding rahim, menandai dimulainya kehamilan.

- Fase Laten : Dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules.
- Fase Aktif : Dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4cm hingga lengkap.

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Salah satu Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu perdarahan antepartum. Perdarahan Antepartum adalah perdarahan yang terjadi dari jalan lahir setelah kehamilan berusia 22 minggu (menurut WHO) atau 24 minggu (menurut beberapa jurnal) hingga sebelum persalinan. Kondisi ini merupakan komplikasi obstetri yang serius dan dapat mengancam jiwa ibu maupun janin jika tidak segera ditangani. Perdarahan antepartum salah satunya yaitu plasenta previa yang dimana kondisi ketika plasenta berimplantasi di segmen bawah rahim, sehingga sebagian atau seluruhnya menutupi ostium uteri internum. Normalnya, plasenta menempel di segmen atas rahim.

Berdasarkan tingkat keparahannya, plasenta previa dapat diklasifikasikan menjadi empat kategori: Plasenta previa totalis, yaitu plasenta sepenuhnya menutupi ostium uteri internum, yang kedua ada plasenta previa lateralis, plasenta menutupi sebagian ostium uteri internum, yang ketiga plasenta previa marginalis, yaitu plasenta yang hanya mencapai tepi ostium uteri internum tanpa menutupinya; dan yang terakhir plasenta letak rendah, yaitu plasenta berada dibawah segmen bawah rahim tetapi tidak mencapai ostium uteri internum (Chen et al.2020).

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) Angka Kematian Ibu (AKI) sangat tinggi, sekitar 260.000 wanita meninggal selama dan setelah

kehamilan dan persalinan pada tahun 2023. Komplikasi utama yang menyebabkan sekitar 75% dari semua kematian ibu adalah pendarahan hebat (kebanyakan perdarahan setelah melahirkan), infeksi (biasanya setelah melahirkan), tekanan darah tinggi selama kehamilan (preeklamsia dan eklamsia), komplikasi dari persalinan dan aborsi yang tidak aman. Adapun menurut Kemenkes angka kematian ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2024, masih berada di atas target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Target RPJM 2024 untuk AKI adalah 183 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) di Jawa Barat terdapat 187 kematian perempuan pada saat hamil, melahirkan maupun nifas dari 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Jabar, 2024).

Salah satu kategori plasenta previa yaitu plasenta letak rendah yang dimana posisi plasenta berimplantasi di segmen bawah rahim, mendekati sebagian kira-kira 2cm ostium serviks, tetapi tidak sepenuhnya menutupinya (berbeda dengan plasenta previa totalis). Istilah ini sering digunakan dalam pemeriksaan USG sebelum minggu ke-28, karena plasenta mungkin masih "bermigrasi" seiring pertumbuhan rahim.

Secara Global kasus plasenta letak rendah (plasenta previa) terjadi ketika plasenta menutupi sebagian atau seluruh serviks, dengan prevalensi 0,3-2% dari seluruh kehamilan (Silver, 2020). Menurut WHO, (2022), faktor resiko seperti usia, ibu lanjut, riwayat seksio sesarea dan meroko meningkatkan kejadiannya. Di Indonesia, data nasional menunjukkan variasi prevalensi. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018), bahwa plasenta previa berkontribusi pada 5-10% perdarahan antepartum, salah satu penyebab utama kematian maternal. Studi RSUP

Dr.Kariadi Semarang (2021) menyatakan prevalensi plasenta previa 0,8% dari 3.500 persalinan, faktor resiko utamanya yaitu riwayat seksio sesarea (40%) dan multiparitas (Prawirohardjo, 2020). Adapun prevalensi plasenta previa di Jawa Barat data spesifik terbatas, tetapi studi lokal menunjukkan, RSUD Al-Ihsan Bandung (2023) dari 1.200 ibu hamil, 1,1 % didiagnosis plasenta letak rendah. Dominan faktor plasenta previa yaitu penggunaan kontrasepsi IUD dan riwayat kuretase.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Garut pada tahun 2024 tercatat sebanyak 43 orang, dari kasus tersebut disebabkan oleh: Komplikasi Non Obstetrik (28%), Eklamsia (25%). Perdarahan (16%). Infeksi (14%) dan komplikasi obstetrik lainnya (14%) (Diskominfo Kab.Garut, 2024). Riwayat placenta previa merupakan variabel yang paling dominan pengaruh nya terhadap kejadian placenta previa setelah mengendalikan variabel umur, paritas, riwayat kuretase, operasi caesar, dan kehamilan ganda. Menurut Dinas Kesehatan Garut angka kejadian plasenta letak rendah tidak dapat di spesifikkan, tetapi termasuk kedalam kasus perdarahan.

Komplikasi plasenta letak rendah (plasenta previa) lebih beresiko pada ibu dibanding pada janin. Adapun komplikasi pada ibu yaitu perdarahan antepartum, perdarahan pasca persalinan, plasenta akreta spektum, persalinan prematur dan anemia (Lancet, 2021).

Pemerintah Indonesia telah menetapkan sejumlah kebijakan untuk menangani kasus plasenta letak rendah (plasenta previa) yang bertujuan untuk melindungi kesehatan ibu dan bayi. Kebijakan ini meliputi peningkatan akses dan

kualitas pelayanan antenatal, penekanan pada deteksi dini dan diagnosa yang akurat, serta penanganan yang tepat dan terkoordinasi. Selain itu, ada juga upaya edukasi dan sosialisasi kepada masyarakat mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan dan penanganan plasenta previa. Bidan memiliki kewenangan dalam menangani plasenta letak rendah (plasenta previa), terutama dalam hal deteksi dini, penanganan awal perdarahan dan rujukan. Bidan berperan dalam memberikan edukasi mengenai risiko plasenta previa dan tanda bahaya, serta memantau kondisi ibu dan janin dan kolaborasi dengan dokter spesialis. Jika terjadi perdarahan, bidan berwenang melakukan tindakan awal seperti mengontrol perdarahan, pemasangan infus dan segera merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap jika diperlukan (PMK, No.28 Tahun 2017, Pasal 19 Ayat 03). Plasenta letak rendah dapat berdampak pada kesehatan reproduksi jangka panjang perempuan melalui komplikasi persalinan dan risiko gangguan plasenta pada kehamilan berikutnya, sehingga memengaruhi kesehatan reproduksi secara keseluruhan (Ramadhan, 2022).

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah saya lakukan dengan penjelasan diatas didapat satu kasus dengan keluhan keluar darah dari vagina dengan berwarna merah segar, dan tidak ada rasa nyeri, sehingga dalam kasus ini ibu mengalami plasenta letak rendah, berdasarkan kejadian ini penulis tertarik untuk membuat Laporan Tugas Akhir dengan judul “ Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dengan Plasenta Letak Rendah di RSUD dr.Slamet Garut“.

## **1.2 Tujuan Penelitian**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Melakukan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny.L G4P2A1 dengan Plasenta Letak Rendah di RSUD dr.Slamet Garut dengan dokumentasi SOAP.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

- 1) Melakukan pengkajian data Subjektif pada Ny. L G4P2A1 dengan Plasenta Letak Rendah di RSUD dr.Slamet Garut.
- 2) Melakukan pengkajian data Objektif pada Ny. L G4P2A1 dengan Plasenta Letak Rendah di RSUD dr.Slamet Garut.
- 3) Melakukan Analisa pada Ny. L G4P2A1 dengan Plasenta Letak Rendah di RSUD dr.Slamet Garut.
- 4) Melakukan Penatalaksanaan pada Ny. L G4P2A1 dengan Plasenta Letak Rendah di RSUD dr.Slamet Garut.
- 5) Melakukan Pendokumentasian pada Ny. L G4P2A1 dengan Plasenta Letak Rendah di RSUD dr.Slamet Garut.

## **1.3 Metode Pengumpulan Data**

Penulis melakukan asuhan kebidanan secara langsung kepada pasien. Adapun teknik pengumpulan data yaitu dengan cara :

- 1) Observasi

Dengan pengamatan langsung pada keadaan pasien dan keadaan psikologis dan keadaan umumnya untuk mendapatkan data objektif.

- 2) Wawancara

Wawancara dilakukan pada Ny.L untuk mendapatkan data subjektif.

3) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada Ny.L untuk mendapatkan data objektif.

4) Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan untuk mendapatkan materi-materi secara teoritis mengenai plasenta letak rendah dan anemia.

5) Studi Dokumentasi

Data sukender yang didapatkan oleh peneliti dari rekam medik atau status pasien.

## **1.4 Waktu dan Tempat Peneliti**

### **1.4.1 Waktu Peneliti**

Adapun Laporan Tugas Akhir dilaksanakan pada tanggal 14 - 15 Maret 2025.

### **1.4.2 Tempat Peneliti**

Tempat Karya Tulis Ilmiah dilaksanakan di Ruang Vk dan Jade RSUD dr.Slamet Garut.

## **1.5 Manfaat Peneliti**

### **1.5.1 Bagi Tempat Pelayanan Kesehatan**

Laporan kasus ini diharapkan dapat menjadi acuan agar lahan praktek dapat menjadi lebih baik dalam menangani masalah Plasenta previa dan lebih meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dan selalu menjaga mutu pelayanan

### **1.5.2 Bagi Institut Pendidikan**

Laporan kasus ini diharapkan sebagai tambahan sumber kepustakaan dan perbandingan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil dengan Plasenta Letak Rendah.

### **1.5.3 Bagi Penulis**

Dapat menerapkan ilmu yang telah di peroleh serta mendapatkan pengalaman dalam melaksanakan asuhan kebidanan secara langsung pada ibu sehingga dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dalam melaksanakan tugas sebagai bidan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 PERSALINAN**

##### **2.1.1 Definisi**

Persalinan adalah proses pengeluaran janin dan plasenta dari rahim ibu melalui vagina. Persalinan biasanya dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan berlangsung selama 12 hingga 14 jam. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-40 minggu). Persalinan normal berlangsung spontan, tanpa komplikasi pada ibu maupun janin dan berlangsung maksimal 18 jam (Kemenkes, 2024).

Persalinan adalah proses dimana kontraksi uterus yang teratur menyebabkan dilatasi dan penipisan serviks secara progresif, yang mengakibatkan pengeluaran janin dan hasil konsepsi lainnya (Julia Hutchison, 2025). Persalinan merupakan proses pengeluaran seluruh hasil konsepsi yang meliputi janin dan uri yang dapat hidup diluar rahim melalui jalan lahir atau jalanlain (Diana, 2019).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks sehingga kepala janin dapat turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan dengan usia cukup bulan yaitu 37-42 minggu dengan ditandai adanya kontraksi rahim ibu pada ibu. Seluruh rangkaian secara ilmiah lahirnya bayi dan keluarnya plasenta dari rahim melalui proses adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi serviks (Arsyad, 2019).

### 2.1.2 Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah proses fisiologis yang dialami oleh wanita hamil dengan usia kehamilan cukup bulan (37-40 minggu) untuk melahirkan janin, plasenta dan selaput ketuban melalui vagina. Ada tiga ukuran diameter kepala janin yang digunakan sebagai patokan dalam mekanisme persalinan normal, antara lain :

- 1) Diameter biparietal, merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin, dipakai di dalam disebut penguncian (*engagement*).
- 2) Sirkumferensia suboksipito-bregmatika (SOB), yaitu ukuran lingkaran kepala dari titik suboksipital (di bawah tengkorak belakang) ke titik bregma (titik lunak depan).
- 3) Jarak oksipitomental, merupakan diameter terbesar dari kepala janin, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan hal presentasi dahi.

Mekanisme persalinan normal dibagi dalam beberapa setiap gerakan kepala janin di dasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi.

#### 1) Penurunan kepala Janin

Janin mengalami penurunan terus menerus dalam jalan lahir sejak kehamilan trimester 3, antara lain masuknya bagian terbesar janin kedalam pintu atas panggul (PAP) yang pada primigravida 38 minggu atau selambat-lambatnya awal kala 2.

## 2) Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin fleksi, sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (Oksiput) menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal.

Dengan fleksi maksimal kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan ukuran panggul ibu terutama bidang sempit panggul, terutama pada ukuran panggul yang melintang 10 cm. Untuk dapat melewatinya, maka kepala janin yang awalnya masuk dengan ukuran diameter Oksipito Frontalis (11,5 cm) harus fleksi secara maksimal menjadi diameter Oksipito Bregmatik (9,5 cm).

## 3) Rotasi dalam/putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter anterior posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil antero posterior Pintu Bawah Panggul (PBP). Hal ini mungkin karena kepala janin bergerak spiral atau seperti sekrup sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar bersama-sama dengan kepala akan membentuk sudut 45, keadaan demikian disebut putaran paksi dalam dan ubun-ubun kecil berada dibawah simfisis.

#### 4) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau depleksi dari kepala. Hal ini disebabkan keran sumbu jlaan lahir pada PBP mengarah kedepan dan keatas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya, kalau tidak terjajdi ekstensi maka kepala akan tertekan pada pertemuan dan menembusnya. Dengan eskteni ini makan sub. Oksiput bertindak sebagai Hipomocglion (sumbuh putar). Kemudian larilah berturut-turut sinsiput (puncak kepala), dahi, hidung, mulut dan akhir dagu.

#### 5) Putaran Paksi Luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya kepala janin menyessuaikna kembali dengan sumbu panjang bahu, sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbuh panjang kepala janin berada pada satu garis lurus.

#### 6) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah stmpisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahirab bahu belakang. Kemudian bahu belakang menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.

### 2.1.3 Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan terdapat 4 tahap (Fitriyani, 2022), yaitu:

#### 1) Kala 1

Pada kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap, fase Kala I Persalinan terdiri dari Fase laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules.

Fase aktif dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin, waktu pembukaan serviks sampai pembukaan lengkap 10 cm, fase pembukaan dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten : berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai pembukaan 3 cm. Fase aktif : dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi lamanya 2 jam dengan pembukaan 3 menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal lamanya 2 jam dengan pembukaan 4 menjadi 9 cm, fase deselerasi lamanya 2 jam pembukaan dari 9 sampai pembukaan lengkap. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam dengan pembukaan 1 cm per jam, pada multigravida 8 jam dengan pembukaan 2 cm per jam. Komplikasi yang dapat timbul pada kala I yaitu : ketuban pecah dini, tali pusat menubung, obstruksi plasenta, gawat janin, inersia uteri

## 2) Kala II

Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap tampak bagian kepala janin melalui pembukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rectum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan springter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

Pada kala pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan, karena tekanan pada rectum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perinium membuka, perineum meregang. Dengan adanya his ibu dan dipimpin untuk mengedan, maka lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin.

Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu : eklamsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menumbung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, ruptur uteri, distocia karena kelainan letak, infeksi intra partum, inersia uteri, tandatanda lilitan tali pusat.

## 3) Kala III

Batasan kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta. Tanda-tanda pelepasan plasenta : terjadi

perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang atau menjulur keluar melalui vagina atau vulva, adanya semburan darah secara tiba-tiba kala III, berlangsung tidak lebih dari 30menit. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri.

Pengeluaran plasenta, disertai pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala III adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali pusat

#### 4) Kala IV

Dimulainya dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah sub involusi dikarenakan oleh uterus tidak berkontraksi, Terjadi perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir, sisa plasenta

### **2.1.4 Perdarahan Antepartum**

Perdarahan antepartum yang didefinisikan sebagai perdarahan dari saluran genitalia setelah 28 minggu kehamilan dan sebelum persalinan dimulai, merupakan komplikasi obstetrik yang signifikan. Penyebab utama perdarahan antepartum meliputi plasenta previa, solusio plasenta dan kondisi yang kurang umum, yang semuanya dapat mengakibatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan janin yang parah (Seknor, 2017).

Perdarahan antepartum atau perdarahan yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu lebih berbahaya dibanding dengan perdarahan yang terjadi sebelum usia 20 minggu karena dapat menyebabkan terjadinya perdarahan sebelum dan sesudah persalinan, keracunan kehamilan, kerusakan organ, infeksi, syok post operasi dan kematian ibu dan janin (Sihombing, 2020).

Perdarahan antepartum didefinisikan sebagai perdarahan yang berasal dari traktus genitalia, pada usia kehamilan di atas 24 minggu dan terjadi sebelum proses persalinan (Battula, 2021).

Pendarahan yang terjadi pada kehamilan muda disebut abortus sedangkan pada kehamilan tua disebut pendarahan antepertum. Yang termasuk pendarahan antepartum adalah plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri. Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian seluruh ostium uteri internum (Nugroho, 2012).

Perdarahan antepartum salah satunya dapat menyebabkan anemia, dimana perdarahan antepartum dapat menyebabkan kehilangan sel darah merah, yang mengurangi massa hemoglobin dan mengganggu kapasitas pengangkutan oksigen, sehingga memicu anemia (Wahyu, 2021).

## **2.2 Plasenta Previa**

### **2.2.1 Definisi**

Plasenta previa ialah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh

pembukaan jalan lahir. Implantasi plasenta yang normal ialah pada dinding depan, dinding belakang rahim, atau di daerah fundus uteri (Feryanto,2016).

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (ostium uteri intenum) dan oleh karenanya bagian terendah sering kali terkendala memasuki pintu atas panggul atau menimbulkan kelainan janin dalam rahim. Penyebab utama plasenta previa usia kehamilan, segmen bawah uterus akan lebih melebar dan serviks mulai membuka. Apabila plasenta tumbuh pada segmen bawah uterus, pelebaran segmen uterus dan pembukaan serviks tidak dapat diikuti oleh plasenta yang melekat didinding rahim sehingga plasenta berada dibawah yang menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir, semakin rendah letak plasenta maka semakin dini terjadinya perdarahan (Fauziyah, 2016).

Sifat perdarahannya tanpa rasa nyeri, tanpa sebab, berulang dan umumnya terjadi pada trimester III, karena segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan. Pada pemeriksaan inspeksi, adanya perdarahan pervaginam dengan jumlah banyak atau sedikit dan berwarna merah segar. Pada pemeriksaan palpasi abdomen, bagian bawah janin teraba belum masuk PAP, kepala masih bisa digoyangkan, sering dijumpai dengan kelainan letak. Sedangkan pada pemeriksaan USG terlihat letak plasenta di segmen bawah rahim (Masrurroh, 2016).

### 2.2.2 Klasifikasi

Plasenta previa dibedakan menjadi 4 tipe (Rosyid, 2021) yaitu :

- 1) Plasenta previa totalis, jika os interna serviks seluruhnya tertutupi oleh plasenta.
- 2) Plasenta previa lateralis, jika hanya sebagian dari ostium tertutup oleh plasenta.
- 3) Plasenta previa marginalis, jika tepi plasenta terletak dibagian os interna.
- 4) Plasenta letak rendah, jika plasenta terletak pada segmen bawah uterus, tetapi tidak sampai menutupi pembukaan jalan lahir.



**Gambar 2 1Letak Plasenta**

*Sumber : Plasenta previa: Jenis, Penyebab, Gejala dan Cara Mencegah*

### 2.2.3 Etiologi

Plasenta previa meningkatkan kejadiannya pada keadaan ketika endometrium kurang baik, misalnya akibat atrofi endometrium atau vaskularisasi desisua yang kurang baik (Rosyid, 2021). Keadaan ini dapat diremukan :

- a) Usia, dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun, karena kondisi sistem reproduksi yang kurang matang atau penurunan aliran darah uterus
- b) Paritas (jumlah persalinan sebelumnya), dengan multiparitas meningkatkan resiko plasenta previa.

- c) Riwayat operasi sesar sebelumnya. Yang dapat menyebabkan jaringan perut dan memengaruhi letak plasenta.
- d) Riwayat abortus atau kuretase. Yang dapat menyebabkan jaringan perut dan memengaruhi implanisasi plasenta
- e) Kehamilan ganda dan perawatan infertilitas.
- f) Perubahan inflamasi atau artofi.

## **2.3 Plasenta Letak Rendah**

### **2.3.1 Definisi**

Plasenta letak rendah merupakan salah satu jenis kelainan implantasi pada plasenta previa yaitu plasenta yang menempel pada segmen bawah rahim dimana bagian tepi plasenta berada pada jarak kurang dari 2cm dari ostium uteri internum. Pada kasus plasenta letak rendah akan mengalami perdarahan pada saat mendekati persalinan tanpa ada rasa nyeri atau saat persalinan berlangsung (Fitriyani, 2022).

Plasenta letak rendah dapat mengakibatkan terjadinya anemia bahkan syok, terjadi robekan pada serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh, bahkan infeksi pada saat perdarahan yang banyak, sedangkan pada janin dapat terjadi kelainan letak janin, prematuritas, morbiditas dan mortalitas yang tinggi, asfiksi intrauterin sampai dengan kematian.

Proses persalinan pada kasus plasenta letak rendah dapat terjadi secara normal, hal ini dimungkinkan karena saat terjadi pembukaan serviks, plasenta yang awalnya berada di dekat segmen bawah rahim dapat

bergeser ke atas seiring bertambahnya pembukaan, sehingga tidak menghalangi proses keluarnya janin (Farida, 2021).

### **2.3.2 Etiologi**

Plasenta letak rendah merupakan kondisi dimana plasenta berimplantasi di segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh uterus, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Etiologi dari kondisi ini belum sepenuhnya diketahui, namun ada beberapa faktor predisposisi telah diidentifikasi yang dapat meningkatkan resiko dapat meningkatkan risiko terjadinya plasenta letak rendah (Fitriyani, 2022).

### **2.3.3 Faktor resiko**

Adapun beberapa faktor resiko plasenta letak rendah menurut beberapa jurnal, antara lain :

1. Hasil penelitian Roni, (2022) bahwa faktor resiko plasenta letak rendah ini termasuk kehamilan usia tua, multiparitas, kehamilan ganda, merokok selama kehamilan, riwayat aborsi kehamilan, riwayat operasi rahim, riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya dan IVF.
2. Andiks, (2022) berpendapat bahwa plasenta letak rendah disebabkan karena umur yang beresiko, jarak kehamilan yang beresiko, paritas yang beresiko, hamil dengan gemeli, bekas operasi section cesarea, kuretase dan riwayat obstetrik yang buruk.

3. Hasil penelitian Sulistya, (2023) bahwa meningkatnya seorang ibu atau wanita hamil berkesempatan mengalami plasenta letak rendah yaitu paritas atau jumlah kelahiran hidup dan mati yang dimiliki seorang wanita, usia (35 tahun) operasi caesar, kehamilan ganda, riwayat kuretase, tumor dan riwayat plasenta previa.

#### **2.3.4 Diagnosa**

Diagnosa plasenta letak rendah meliputi beberapa langkah (Prawihardjo, 2017) :

- 1) Anamnesis, pengumpulan informasi mengenai riwayat kesehatan ibu, termasuk riwayat perdarahan, operasi caesar sebelumnya, abortus dan faktor resiko lainnya.
- 2) Pemeriksaan fisik, dilakukan pemeriksaan abdomen untuk menentukan tinggi fundus uteri dan posisi janin. Pemeriksaan inspekulo untuk mengetahui sumber perdarahan dan bisa dilakukan pemeriksaan pervaginam dengan hati-hati.
- 3) Pemeriksaan penunjang, pemeriksaan USG untuk memastikan posisi plasenta secara tepat dan mengevaluasi apakah plasenta menutupi serviks atau hanya dekat dengan serviks.

#### **2.3.5 Komplikasi**

Plasenta letak rendah dapat menyebabkan berbagai komplikasi baik pada ibu maupun janin. Berikut beberapa komplikasi menurut Lancet, (2021) :

- 1) Komplikasi pada ibu

- a) Perdarahan antepartum, perdarahan tanpa nyeri pada trimester tiga, bisa masif dan mengancam jiwa.
  - b) Atonia uteri, karena plasenta sering melekat di segmen bawah rahim yang kurang berkontraksi.
  - c) Anemia defisiensi besi , diakibatkan perdarahan dan menyebabkan kurang sel darah merah.
  - d) Syok hipovolemik, jika perdarahan tidak terkontrol.
  - e) Plasenta akreta / increta / percreta,
  - f) Infeksi dan sepsis. Akibat perdarahan berulang dan intervensi bedah.
- 2) Komplikasi pada janin.
- a) Persalinan prematur, karena perdarahan memicu persalinan dini.
  - b) Gawat janin, akibat perdarahan ibu yang mengurangi suplai oksigen.
  - c) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), karena prematuritas atau gangguan pertumbuhan.
  - d) Kematian janin intrauterin (IUFD), biasanya terdapat pada perdarahan masif yang tidak ditangani.

### **2.3.6 Penanganan**

Langkah-langkah dalam penanganan plasenta letak rendah (Ruqoiyah, 2017), yaitu:

### 1) Penanganan Ekspektatif (Konservatif)

Dilakukan ketika perdarahan minimal, usia kehamilan <34 minggu dan kondisi ibu serta janin stabil, perdarahan tidak ada atau tidak banyak. Dapat dilakukan dengan langkah penanganan:

- a) Tirah baring (bed rest) untuk mengurangi tekanan pada plasenta.
- b) Hindari hubungan seksual atau aktivitas berat.
- c) Pemeriksaan USG dan Hb.
- d) Pemantauan Hb dan Tanda-Tanda Vital.
- e) Tokolisis (jika ada kontraksi) dengan nifedipine atau atosiban.

Bila selama 3 hari tidak terjadi perdarahan setelah melakukan perawatan konservatif maka lakukan mobilisasi bertahap.

Dilakukan persalinan segera apabila:

- a) Perdarahan masif yang tidak terkontrol.
- b) Gawat janin (DJJ tidak normal)
- c) Usia kehamilan >37 minggu.

### 2) Penanganan Aktif (Intervensi)

Penanganan aktif bila perdarahan banyak tanpa memandang usia kehamilan, umur kehamilan 37 minggu atau lebih, gawat janin. Penanganan aktif berupa persalinan pervaginam dan persalinan per abdominal.

Plasenta previa marginalis, lateralis atau plasenta letak rendah dimana tidak gawat janin dan serviks sudah matang, kepala sudah masuk pintu atas panggul dan tidak ada perdarahan atau hanya sedikit

maka lakukan amniotomi yang diikuti dengan drips oksitosin pada partus pervaginam, bila gagal drip (sesuai dengan protap terminasi kehamilan). Bila terjadi perdarahan banyak lakukan seksio caesarea.

Indikasi untuk melakukan seksio caesarea adalah:

- a) Plasenta previa totalis,
- b) Perdarahan banyak tanpa henti,
- c) Presentase abnormal,
- d) Panggul sempit,
- e) Keadaan serviks belum matang,
- f) Gawat janin.

## **2.4 Pendokumentasian**

### **2.4.1 Pengertian**

Pendokumentasian adalah pencatatan asuhan secara lengkap, akurat, singkat, jelas dan dapat dipertanggung jawabkan, ditulis dalam bentuk catatan perkembangan / *Subjective, Objective, Analisa and Planning (SOAP) Notes* (Kemenkes, 2020).

### **2.4.2 Tujuan Dokumentasi**

Untuk komunikasi antara tim kesehatan, perawatan yang berkelanjutan, *professional accountability*, legal untuk bukti hukum dipengadilan, *quality assurance, fanding and resource management* dan *research* (Rahmi, 2019).

### **2.4.3 Pebdokumentasian Asuhan Kebidanan dalam bentuk SOAP**

Merupakan intisari dari proses penatalaksanaan kebidanan digunakan dalam dokumentasi pasien dalam rekam medis sebagai catatan kemajuan.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Kala I**

Hari/Tanggal Pengkajian : Jumat/14-03-2025  
Jam : 23.30 WIB  
Tempat : R.VK RSU dr.Slamet Garut  
Pengkaji : Dheshinta Putri Maharani  
No.Medrek : 01442007

##### **3.1.1 Data Subjektif**

###### 1) Identitas

Nama Ibu : Ny L	Nama Suami : Tn. I
Umur : 32 Tahun	Umur : 37 Tahun
Suku Bangsa : Sunda	Suku Bangsa : Sunda
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Buruh harian lepas
Alamat : Kuyambut 1/7, Tanjung kamuning, Tarogong Kaler	

###### 2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan hamil 9 bulan, mengeluh keluar darah dari jalan lahir sehari sejak tanggal 14-3-2025 jam 14.00 WIB dan mules sejak jam 20.00 WIB.

### 3) Alasan Datang

Ibu rujukan dari puskesmas tarogong dengan indikasi plasenta previa, keluar perdarahan tanpa disertai mules sejak jam 14.00 WIB dan langsung datang ke puskesmas. Di puskesmas ibu dilakukan pemeriksaan dalam dan diinformasikan pembukaan 2cm, selama di puskesmas ibu mengatakan keluar darah terus-menerus sebanyak 2 pembalut, sehingga ibu dilakukan rujukan dengan perlindungan infus 20 tetes/menit.

### 4) Riwayat Obstetri

#### a) Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 Tahun

Siklus Haid : Normal

Lama Haid : 8 hari

Keluhan : Tidak ada

HPHT : 4-6-2024

#### b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan kehamilan yang ke-4, pernah keguguran, ibu memeriksakan kehamilannya ke praktik mandiri bidan atau Puskesmas lebih dari 6x. Ibu melakukan USG 3x SPOG terakhir 1 minggu yang lalu dan 2x di Puskesmas dengan plasenta letak normal, hasil pemeriksaan USG dikatakan plasenta letak normal. Gerakan janin dirasakan pada usia kandungan 16 minggu, sudah mendapatkan imunisasi TT 2x, selama hamil tidak ada keluhan.

Pada kehamilannya ibu mengkonsumsi obat-obatan yang diberikan oleh bidan, yaitu Fe dan multivitamin. Saat ini ibu mengatakan kaget saat di diagnosa Plasenta Letak Rendah, karena hasil USG selama hamil normal.

c) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

No	Tahun	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	JK	BB/PB	Nifas	
1.	14 Tahun	9 Bulan	Normal	Bidan	p	3,2 Kg		Hidup
2.	Abortus	3 bulan	Kuret					
3.	4 Tahun	9 bulan	Normal	Bidan	P	3,2 Kg		Hidup
4.	Kehamilan saat ini							

5) Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi.

6) Riwayat Kesehatan

Ibu mengatakan dirinya dan keluarga tidak pernah mempunyai penyakit yang kronis, menula dan keturunan seperti jantung, diabetes melitus dan hipertensi.

7) Riwayat KB

Ibu mengatakan menggunakan KB suntik 3 bulan selama 3 tahun dan berhenti 1 tahun lalu.

8) Riwayat Psikososial

a) Dukungan Suami dan Keluarga

Ibu mengatakan suami dan keluarga merasa sangat bahagia dan merespon baik atas kehamilannya.

b) Pengambilan Keputusan

Ibu mengatakan yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah suami.

c) Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan ini merupakan pernikahan yang pertama bagi ibu dan suaminya. Usia saat menikah 18 tahun dan suami 23 tahun.

9) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Makan : 3-4x/hari porsi sedang.

Minum : >4x/hari dengan jenis air putih dan kadang teh.

b) Pola Eliminasi

BAB : 1x/hari.

BAK : >4x/hari

c) Pola Istirahat

Malam :  $\pm$  7 Jam dalam sehari.

Siang :  $\pm$  1 Jam dalam sehari.

d) Pola Aktivitas

Ibu mengatakan biasa mengerjakan pekerjaan rumah tangga dengan dibantu oleh suaminya apabila yang berat-berat.

e) Seksual

Ibu mengatakan selama hamil jarang melakukan hubungan seksual apalagi setelah kehamilan trimester 3.

f) Pola Kebersihan

Ibu mengatakan biasa mandi 1-2 x/hari, keramas 2-3x, sikat gigi 2-3x/hari, ganti celana dalam 3x/hari, ganti pakaian 1-2x/hari.

g) Perilaku Hidup Sehat

Ibu mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat terlarang, termasuk meroko, minum-minuman keras serta jamu-jamuan. Ibu mengatakan dirumah suami merokok.

### 3.1.2 Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik.

Kesadaran : Composmetis.

2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 120/80mmhg

Nadi : 89 x/m

Respirasi : 21 x/m

Suhu : 36 °C

3) Antropometri

BB : 67 Kg

TB : 155 Cm

LP : 96 cm

4) Pemeriksaan Fisik

a) Muka : Tidak oedema, tidak pucat, closma gravidarum tidak ada

- b) Mata : Simetris, konjungiva merah muda, sklera putih.
- c) Hidung : Simetris, bersih.
- d) Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, puting susu menonjol, tidak ada pengeluaran colostrum.
- e) Abdomen
- Inspeksi : Tidak ada luka post operasi, tidak terdapat linea nigra dan striae gravidarum
- Palpasi : - Leopold I : Pada bagian fundus teraba bagian lunak, bulat dan tidak melentng (bokong). TFU : 32cm .
- Leopold II : Pada samping kanan ibu teraba bagian memanjang dan keras seperti papan (Puka).
- Leopold III : Teraba keras, bulat dan melenting dibagian sispisis ibu (Kepala), sudah masuk PAP.
- Leopold IV : Divergen 4/5.
- His : 2x10'15"
- Auskultasi : Detak Jantung Janin di sebelah kanan bawah pusar ibu 140x/menit reguler.
- f) Ekstermitas
- a) Atas : Kuku tidak pucat, tidak oedema, terpasang infus RL 20 tetes/menit.

b) Bawah : Kuku tidak pucat, tidak oedema, reflek patella (+/+).

g) Pemeriksaan Genitalia : Tidak dilakukan pemeriksaan dalam.  
Dilakukan pemeriksaan inspekulo, OUE terbuka 1 cm, stosol 5 gr dan fluxus (perdarahan) tidak aktif.

#### 5) Data Penunjang

Hemoglobin : 9 gr/dL

Glukosa Urine : Non reaktif

HIV : Non reaktif

HbsAg : Non reaktif

USG : Hasil USG menunjukkan plasenta letak rendah.  
Tepi Plasenta terletak kira-kira kurang dari 2 cm dari ostium uteri internum, dengan plasenta berada dibagian anterior bawah rahim.

### 3.1.3 Analisa

G4P2A1 gravida 40-41 minggu inpartu kala I fase laten dengan plasenta letak rendah janin tunggal hidup intrauteri.

### 3.1.4 Penatalaksanaan

1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.

Evaluasi : Ibu mengerti.

2) Berkolaborasi dokter lanjut tindakan.

Evaluasi : a) Drip oxy 5 unit 20 tpm

b) Observasi kemajuan persalinan

c) Rencana persalinan pervaginam

3) Memberitahu ibu bahwa persalinan direncanakan lahir normal.

Evaluasi : Ibu merasakan tenang.

4) Memberitahu ibu akan dilakukan tindakan induksi jam 04.30 WIB.

Evaluasi : Ibu mengerti

5) Motivasi ibu untuk istirahat ketika tidak ada his.

Evaluasi : Ibu mengerti dan melakukannya.

6) Mengobservasi DJJ, TD, HIS .

Evaluasi : Terlampir.

7) Menganjurkan ibu untuk miring kiri atau posisi yang nyaman bagi ibu.

Evaluasi : Ibu melakukannya dan selalu perbanyak miring kiri.

8) Memberikan dukungan emosional pada ibu.

Evaluasi : Ibu merasa tenang dan yakin akan lahiran lancar.

9) Mengobservasi kemajuan persalinan dan pemantauan janin dalam lembar partograf dan lembar observasi terlampir.

10) Mengobservasi perdarahan

Evaluasi : Terlampir

### CATATAN PERKEMBANGAN KALA I

Jam	Tensi	Nadi	Resp.	Suhu	HIS	DJJ	Keterangan
23.30	120/80	89	21	36	2X10'15"	144	PD v/v tak, P.O tebal lunak, ø 1 jari, ket (+), USG VK(+), Perdarahan $\pm$ 150 cc
24.30					+	140	Perdarahan $\pm$ 150 cc
01.30					+	145	Perdarahan $\pm$ 200 cc
02.30					+	144	Perdarahan $\pm$ 250 cc
03.30					+	139	Perdarahan $\pm$ 250 cc

### CATATAN PERKEMBANGAN

#### Jam 04.00 WIB

**S** : Ibu mengatakan mules mulai bertambah.

**O** : TTV : TD : 110/80mmHg, N: 85 x/m, R: 22x/m, S: 36°C, His 2x10'20",  
DJJ 150x/m.

PD : v/v T.A.K, P.O tebal lunak, ø 3cm, ket (+), Presentasi Kepala  
station-1, pengeluaran darah  $\pm$  250 cc.

**A** : G4P2A1 gravida 40-41 minggu infartu kala I fase aktif dengan Plasenta  
Letak Rendah kala 1 fase laten.

**P** : - Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.

Evaluasi : Ibu mengerti.

- Melakukan inform concent untuk melakukan induksi pada jam 04.30  
WIB.

Evaluasi : Ibu bersedia untuk diberikan induksi.

- Melakukan induksi Drip Oxy 5 unit dalam RL 500 ml 20 tetes/menit.

Evaluasi : Drip oxy terpasang dimulai jam 04.30 WIB.

- Melakukan pemantauan kemajuan persalinan

### 3.2 Kala II

Jam 06.00 WIB

#### 3.2.1 Data Subjektif

Ibu mengatakan mulesnya semakin kuat dan ada rasa ingin meneran seperti

BAB dan mengeluh keluar air-air dari jalan lahir.

#### 3.2.2 Data Objektif

##### 1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmetis

Kesadaran Emosional : Stabil

##### 2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

Nadi : 85 x/m

Respirasi : 22 x/m

Suhu : 36 °C

##### 3) Pemeriksaan Fisik

Abdomen : His : 4x10'40"

Genitalia : PD v/v tak, P.O tidak teraba, ø lengkap, ket (-),

presentasi kepala. Perdarahan  $\pm$  350cc

### 3.2.3 Analisa

G4P2A1 kala II inpartu kala I fase aktif dengan plasenta letak rendah janin tunggal hidup intrauteri.

### 3.2.4 Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan dan akan segera melahirkan.

Evaluasi : Ibu mengerti.

- 2) Mempersiapkan diri dengan menggunakan perlindungan diri

Evaluasi : Menggunakan gow, masker dan handscoon.

- 3) Mendekatkan partus set di dekat ibu

Evaluasi : Partus set sudah disiapkan.

- 4) Memberikan dukungan pada ibu

Evaluasi : Ibu merasa tenang.

- 5) Mengobservasi keadaan umum, kesadaran dan keadaan emosional.

Evaluasi : Ibu dalam keadaan baik.

- 6) Mengatur posisi persalinan yang nyaman menurut ibu

Evaluasi : Ibu mengerti.

- 7) Menganjurkan ibu untuk meneran apabila ibu merasakan mules/kontraksi hebat dan istirahat apabila tidak ada kontraksi yang adekuat.

Evaluasi : Ibu bersedia.

- 8) Mempimpin persalinan

Evaluasi : Bayi lahir spontan pada pukul 06.15 WIB, jenis kelamin perempuan menagias kuat, kulit kemerahan, tonus otot aktif.

### **3.3 Kala III**

Jam 06.16 WIB

#### **3.3.1 Data Subjektif**

Ibu masih merasakan mules dan senang atas kelahiran bayinya.

#### **3.3.2 Data Objektif**

##### 1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmetis

Keadaan Emosional : Stabil

##### 2) Pemeriksaan Fisik

Abdoment : Tidak terdapat janin kedua, kontraksi uterus kuat,  
TFU setinggi pusat, kandung kemih kosong.

Genitalia : Tanpak tali pusat di vulva.

#### **3.3.3 Analisa**

P3A1 kala III.

#### **3.3.4 Penatalaksanaan**

##### 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.

Evaluasi : Ibu mengerti

##### 2) Melakukan manajemen aktif kala III.

###### a) Menyuntikan oxytosin 10 IU di 1/3 paha bagian luar secara IM.

Evaluasi : oxytosin diberikan.

###### b) Melakukan PTT.

Evaluasi : plasenta lahir spontan pukul 06.21 WIB.

c) Melakukan massage selama 15 kali dalam 15 detik.

Evaluasi : Kontraksi uterus baik.

3) Memeriksa kelengkapan plasenta

Evaluasi : plasenta kesan lengkap.

4) Melakukan eksplorasi

Evaluasi : tidak ada sisa plasenta.

5) Cek laserasi.

Evaluasi : Tidak terdapat luka laserasi.

6) Cek Perdarahan dan kontraksi uterus.

Evaluasi : perdarahan  $\pm$  150 dan kontraksi uterus keras.

### **3.4 Kala IV**

Jam 06.30 WIB.

#### **3.4.1 Data Subjektif**

Ibu mengatakan masih merasakan lemas dan bahagia atas lahirnya bayi.

#### **3.4.2 Data Objektif**

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmetis

Keadaan Emosional: Stabil

2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 120/80 mmhg

Nadi : 89 x/m

Respirasi : 24 x/m

Suhu : 36,5 °C

3) Pemeriksaan Fisik

Abdomen : TFU : 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus kuat.

Genitalia : Perdarahan  $\pm$  100 ml, tidak terdapat luka laesari.

### 3.4.3 Analisa

P3A1 kala IV.

### 3.4.4 Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.

Evaluasi : Ibu mengerti

- 2) Melakukan inform consent untuk tindakan pemasangan KB IUD.

Evaluasi : Ibu bersedia untuk dilakukan pemasangan KB.

- 3) Melakukan pemasangan KB IUD.

Evaluasi : KB sudah terpasang

- 4) Membersihkan seluruh tubuh ibu dari sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

Evaluasi : Sudah dilakukan.

- 5) Mengajarkan ibu untuk melakukan massage uterus 15 kali dalam 15 detik dan menilai kontraksi.

Evaluasi : Ibu melakukan sesuai arahan.

- 6) Membantu ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

Evaluasi : Ibu diberikan nutrisi.

## 7) Pemantauan 2 jam pertama postpartum terlampir.

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	TFU	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	06.45	120/80	89	36,5	2 jr ✓ pst	Bagus	Kosong	Normal
	07.00	120/80	88	36,5	2 jr ✓ pst	Bagus	Kosong	Normal
	07.15	120/80	89	36,5	2 jr ✓ pst	Bagus	Kosong	Normal
	07.30	120/80	89	36,5	2 jr ✓ pst	Bagus	Kosong	Normal
2	08.00	110/80	87	36,5	2 jr ✓ pst	Bagus	Berisi	Normal
	08.30	120/80	88	36,5	2 jr ✓ pst	Bagus	Kosong	Normal

## 8) Membantu ibu ke kamar mandi untuk melakukan BAK pascasalin.

Evaluasi : Ibu BAK dengan lancar tanpa ada trauma persalinan.

**CATATAN PERKEMBANGAN****Nifas 6 jam**

**S** : Ibu mengatakan masih merasakan mules dan senang vayinya sehat.

**O** : Keadaan umu : Baik, Kesadaran: Composmetis.

TTV : TD: 120/80mmHg, N: 87x/m, R: 20x/m, S: 36°C.

Pemeriksaan Fisik :- Muka : Simetris, tidak pucat.

- Mata : Sklera putih, konjungtiva pucat.
- Payudara : Puting menonjol, ASI (+).

- Abdomen : Teraba TFU 2 jari dibawah pusat, Kontraksi uterus kuat.
- Genitalia : Pengeluaran lochea rubra kira-kira 50cc, BAK (+), BAB (-).
- Ekstremitas : oedem -/\_

**A** : P3A1 Postpartum 6 jam.

**P** : 1) Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu mengalami anemia ringan..

Evaluasi : Ibu mengerti.

2) Memberitahu ibu resiko anemia terhadap ibu nifas.

Evaluasi : Perdarahan postpartum, kontraksi uterus yang lunak.

3) KIE nutrisi dalam kandungan FE dan pola nutrisi ibu, dengan memakan sayur-sayuran, buah-buahan dan jangan ada pantrangan makanan. Porsi makan ibu 2x lebih banyak dari biasanya untuk kebutuhan ibu dan ASI.

Evaluasi : Ibu mengerti.

4) Memberi tahu ibu tanda bahaya ibu nifas.

Evaluasi : Ibu akan waspada pada tanda bahay nifas

- a) Keluar cairan seperti nanah, berwarna kuning kehijauan dan berbau busuk.
- b) Demama tinggi.
- c) Perdarahan berlebihan.
- d) Nyeri perut atau punggung..

- 5) KIE tentang ASI Eksklusif dan cara menyusui yang benar.

Evaluasi : Ibu sudah mengerti tentang ASI Eksklusif yang diberikan kepada bayi selama 6 bulan tanpa diberi nutrisi yang lain, dan ibu sudah tau cara menyusui yang benar.

- 6) Ibu boleh pulang pascasalin 6 jam dengan pemberian therapy

Evaluasi : a) Tablet tambah darah 10 tablet 1x1

b) Cefadroxil 500mg/100 10 kapsul 2x1

c) Asam mefenamat 500 mg 15 tablet 2x1

- 7) Kunjungan ulang ke PMB/PKM terdekat.

Evaluasi : Kunjungan ulang pada hari ke 3-7 postpartum, hari ke 8-27 postpartum dan hari ke 29-42 pasca persalinan

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan ini penulis akan menjelaskan kesenjangan dan kesesuaian yang terjadi antara teori dan praktik yang dilakukan di lahan dengan teori dan pemecahan masalah dari kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan ibu bersalin dengan plasenta letak rendah.

#### **4.1 SUBJEKTIF**

Pada anamnesa data subjektif ibu mengatakan ini kehamilan ke-empat dengan HPHT 4-6-2024 usia kehamilan 40-41 minggu. Saat dilakukan pengkajian riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, ibu mengatakan dirinya memiliki riwayat abortus pada anak kedua dengan dilakukan kuretase. Ibu juga termasuk pada multiparitas, yang dimana melahirkan lebih dari stau kali. Hal ini terdapat kesesuaian dengan penelitian Rosyidah, (2021) bahwa riwayat kuretase menyebabkan jaringan perut yang dapat memengaruhi berimplantasinya plasenta. Dan juga faktor lain dari plasenta letak rendah yaitu multiparitas, yang dimana proses persalinan sebelumnya dapat menyebabkan perubahan pada dinding rahim.. Selama hamil melakukan USG sebanyak 5x dengan hasil normal, pada usia kehamilan 40-41 minggu ibu mengatakan tiba-tiba keluar darah tanpa mules. Hal ini sesuai dengan teori Batulla, dkk (2021) bahwa perdarahan antepartum yaitu keluar darah di atas kehamilan 24 minggu dan terjadi sebelum persalinan tanpa disertai mules.

Ibu mengatakan dirujuk dari puskesmas tarogong karena ibu mengalami perdarahan hebat dan setelah diperiksa ternyata ibu di diagnosa dengan suprasplenta previa, selama kehamilan ibu belum pernah keluar darah dari jalan lahir. Ibu mengatakan keluar darah berwarna merah segar, terdapat gumpalan darah tanpa di sertai rasa nyeri, 6 jam kemudian ibu merasakan kontraksi tidak adekuat. Hal ini sesuai teori bahwa gejala plasenta letak rendah adalah perdarahan tanpa rasa nyeri, perdarahan tidak berulang-ulang, darah berwarna merah segar (Masruroh, 2016)

#### **4.2 OBJEKTIF**

Ibu dirujuk dari puskesmas Tarogong Kaler dengan hasil pemeriksaan tekanan darah 120/80 mmHg Nadi 89x/m Respirasi 21x/m Suhu 36°C, Spo2 98, tingi fundus uteri 32cm, His 2x10'15". Sudah terpasang infus RI dengan tetesan 20 tetesan/menit dan DC, perdarahan 2x ganti pembalut, keadaan umum baik, kesadaran composmetis, tanda-tanda vital normal, pemeriksaan palpasi yaitu Leopold I : pada fundus teraba bagian bulat, lunak dan tidak melentig (bokong), TFU : 32 cm, Leopold II : Pada samping kanan ibu teraba bagian keras seperti papan dan memanjang (Punggung), pada bagian kiri ibu teraba bagian kecil (Ekstermitas). Leopold III : Teraba bagian terendah janin bulat, keras dan melenting (Kepala). Leopold IV : Sudah masuk PAP 4/5. Pada pemeriksaan genitalia eksterna, terdapat stonsel (darah beku) di vulva. DJJ 140x/m reguler. Hasil USG menunjukkan plasenta letak rendah. Tepi plasenta terletak kira-kira kurang dari 2 cm dari ostium uteri internum, dengan plasenta berada dibagian anterior bawah rahim. Dilakukan pemeriksaan inspekulo, OUE terbuka 1 cm,

stosol  $\pm$  5 gr dan fluxus (perdarahan) tidak aktif. Dari pemeriksaan penunjang Hb ibu 9gr%/dL. Bahwa hal ini sesuai dengan teori Fitriyani ,A (2022) dimana plasenta letak rendah berimplantasi pada degmen bawah rahim dan dekat dengan ostium uteri internum >2cm dan terjadi perdarahan antepartum tidak disertai rasa nyeri.

#### **4.3 ANALISA**

Berdasarkan data subjektif ibu mengalami perdarahan sejak jam 14,00 WIB tanpa disertai rasa nyeri. dan objektif melakukan pemeriksaan Insfekulo terdapat stolsel, hasil USG terdapat plasenta letak rendah dan pemeriksaan hemoglobin dengan hasil Hb9gr%/dl. maka dapat di simpulan masalah yang dialami ibu adalah plasenta letak rendah, sehingga ditarik analisa “G4P2A1 40-41 minggu dengan plasenta letak rendah”

Hal ini berdasarkan teori Fitriyani, (2021) bahwa plasenta letak rendah berimplantasi pada segmen bawah rahim, hasil USG menunjukkan plasenta berada pada jarak kurang dari 2cm di atas OUI. Pada kasus plasenta letak rendah akan mengalami perdarahan pada saat mendekati persalinan atau persalinan berlangsung.

#### **4.4 PENATALAKSANAAN**

Sesuai dengan hasil data Objektif, ibu dilakukan pemeriksaan USG, pemeriksaan insfekulo dan pemberian drip oxy untuk kehamilan cukup bulan keadaan ibu stabil, tidak gawat janin dan perdarahan tidak aktif. Hal ini sesuai teori Ruqoiyah, (2017)

Berdasarkan advice dokter untuk penatalaksanaan pada kala I plasenta letak rendah tersebut dilakukan pemeriksaan infekulo, pemeriksaan USG di Ponek. Ibu dipindahkan ke ruang bersalin, disana ibu dilakukan pemeriksaan dalam, penatalaksanaan ini sejalan dengan teori Prawihardjo, (2017) yang menjelaskan bahwa plasenta letak rendah dilakukan pemeriksaan USG untuk menentukan posisi plasenta, pemeriksaan infekulo untuk mengetahui posisi perdarahan dan pemeriksaan pervaginam dengan hati-hati. Pemberian drip oxy, dan juga ibu mendapat intervensi persalinan pervaginam, dan terminasi kehamilan dikarenakan usia kehamilan ibu cukup bulan, perdarahan tidak aktif, kondisi ibu dan janin baik, hal ini sesuai dengan teori Ruqoiyah, (2017).

Selanjutnya dilakukan manajemen aktif kala II disebut juga fase pengeluaran. Dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Proses berlangsung selama 15 menit. Hal ini sesuai teori Fitriyani, (2022) . Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit, bisa disebut kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Peregangan tali pusat terkendali (PTT) dengan dilanjutkan melakukan massage fundus setelah plasenta lahir sebanyak 15x dalam 15 detik. Hal ini sesuai teori Fitriyani, (2022).

Pada kala IV memberikan asuhan dimana hasil TTV dalam batas normal, kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan 50cc. Hal ini sesuai teori Fitriyani (2022).

Selama asuhan kebidanan di subjektif, objektif, analisa sebagai dasar teori Fitriyani, (2022) dan Ruqoiyah, (2017) dan penatalaksanaan sebagai dasar teori

Minasi, 2021), telah diterapkan secara optimal dalam praktik. Oleh karena itu tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik yang dilakukan dilapangan.

Penatalaksanaan yang telah diberikan pada Ny.L sudah menurut standar pedoman PMK, No.28 Tahun 2017, Pasal 19 Ayat 03 bahwa bidan dalam kasus tersebut meliputi pemasangan infus, observasi dan rujukan.

#### **4.5 PENDOKUMENTASIAN**

Dalam melakukan asuhan kebidanan pada Ny.L G4P2A1 dengan plasenta letak rendah dan anemia ringan di RSUD dr.Slamet Garut ini penulis melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP yang mana pencatatan dilakukan secara lengkap, dan ini sesuai dengan (Kepmenkes, 2020) bahwa pendokumentasian adalah pencatatan asuhan secara lengkap, akurat, singkat, jelas dan dapat dipertanggung jawabkan, ditulis dalam bentuk catatan perkembangan *Subjective, Objective Assesment and Plan (SOAP) Notes* .

Asuhan pada Ny.L di dokumentasi dalam bentuk SOAP, yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subjektif di dapatkan dari hasil anamnesa terdapat pasien, pengkajian data objektif di dapatkan dari pemeriksaan fisik kemudian data-data tersebut diinterpretasikan untuk menentukan analisa, selanjutnya dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan masalah dan kebutuhan pasien, lalu dilakukan evaluasi dari hasil penatalaksanaan tersebut.

Yang mana pendokumentasian ini juga menggunakan pendekatan manajemen Varney yang mengemukakan bahwa ada tujuh langkah manajemen kebidanan, yaitu Pengkajian, Merumuskan Diagnosa/Masalah Kebidanan, Antisipasi

Diagnosa/Masalah Pontensial, Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera, Merencana Asuhan secara Menyeluruh, Implementasi dan Evaluasi (Marmi, 2020).

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil asuhan yang diberikan selama persalinan pada Ny.L G4P2A1 gravida 40-41 minggu dengan plasenta letak rendah di RSUD dr. Slamet Garut, maka dapat disimpulkan bahwa.

- a. Berdasarkan data subjektif pada Ny.L 32 Tahun G4P2A1 dengan plasenta letak rendah di RSUD dr.Slamet Garut, diperoleh ibu merasa hamil 9 bulan ini merupakan anak ke-4 mempunyai riwayat abortus pada anak ke-2, ibu mengeluh keluar darah dari jalan lahir dari sejak 14.00 WIB tanggal 14 Maret 2025.
- b. Berdasarkan data objektif pada Ny.L 32 Tahun G4P2A1 dengan plasenta letak rendah di RSUD dr.Slamet Garut, diketahui usia kehamilan ibu 40-41 minggu terdapat pengeluaran darah dari vagina, dilakukan pemeriksaan inspekulo terdapat stolsel dan OUE terbuka 1cm, hasil pemeriksaan USG didapatkan plasenta berimplantasi dibawah rahim diatas 2cm ostium uteri internum.
- c. Berdasarkan data subjektif dan objektif ditegakkan diagnosa Ny.L G4P2A1 40-41 minggu aterm dengan plasenta letak rendah di RSUD dr.Slamet Garut.
- d. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. L G4P2A1 dengan plasenta letak rendah di RSUD dr.Slamet Garut, bahwa tidak ada kesenjangan teori.
- e. Pendokumentasian kebidanan ibu bersalina pada Ny.L dilakukan dalam bentuk SOAP.

## **5.2 SARAN**

### **5.2.1 Bagi Ibu**

Didapatkan ibu tidak dapat merencanakan kehamilan selanjutnya dan dianjurkan menggunakan KB jangka panjang agar tidak terjadi lagi plasenta letak rendah karena ibu memasuki faktor resiko plasenta letak rendah dengan multiparitas.

### **5.2.2 Bagi Institut Kesehatan**

Sebagai bahan masukan dan pertimbangan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang lebih baik lagi dan untuk memenuhi standar asuhan kebidanan sehingga selalu siap dalam mengantisipasi kegawat daruratan.

### **5.2.3 Bagi Institut Pendidikan**

Agar institut dapat menilai sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam menerapkan pengetahuan yang telah di dapat dengan mempraktekkan dan menerapkannya pada pasien / klien secara langsung.

## DAFTAR PUSTAKA

- Jannah Nurul. 2015. Persalinan Berbasis Kopetensi. Jakarta: BUKU KEDOKTERAN ECG USIA KEHAMILAN CUKUP BULAN.
- Sihombing, I. M. (2020). ANALISIS TINGKAT PENGETAHUAN IBU HAMIL TENTANG PERDARAHAN ANTEPARTUM. *Jurnal Ilmiah Cerebral Medika*, 2(1), 1-1.
- Farida, Y., Isnanto and I.G.A Kusuma Astuti, N. P. (2021) 'FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN PLASENTA'
- Andrijono, et al. (2022). Majalah Kedokteran Sriwijaya.: "MANAJEMEN PLASENTA PREVIA DAN KOMPLIKASI PERSALINAN"
- Silver, R. M. (2022). ABNORMAL PLACENTATION: PLACENTA PREVIA, VASA PREVIA, AND PLACENTA ACCRETA. *Obstetrics & Gynecology*, 135(4), 896-908.
- Sulistya, T., Suyanti, B. W., Mujayana, A., & Natalia, D. E. (2023). A Midwifery care for pregnant women with placenta previa totalis at Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MOJOKERTO: Placenta previa totalis of pregnancy. *JURNAL KEBIDANAN NUSANTARA*, 1(1), 1-7.
- Andika, P., Oktarina, M., Eliagita, C., Absari, N., & Mustakimah, R. (2022). HUBUNGAN USIA DAN PARITAS IBU DENGAN KEJADIAN PLASENTA PREVIA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SITI AISYAH KOTA LUBUKLINGGAU. *Midwifery Scientific Journal*, 5(1).
- Roni, R. W., Waluyo, F., Pujojati, W., Rumkit, G., Ii, T., & Hardjanto, R. (2022). PLASENTA PREVIA TOTALIS DENGAN KOMPLIKASI PERDARAHAN POST PARTUM PADA MULTIPARA DI USIA KEHAMILAN 39 MINGGU. *Indones J Obstet Gynecol S* (Roni, 2022)ci, 5(1), 144-9.
- Fitriyani, A. (2022). ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. W USIA 26 TAHUN G2P1Ab0Ah1 DENGAN PLASENTA LETAK RENDAH DI PUSKESMAS NGAMPILAN (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes (Fitriyani, 2022)Yogyakarta).
- Ruqoiyah, S. (2017). ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN KEHAMILAN PADA NY. M, GIPIA0, UMUR 37 TAHUN, USIA KEHAMILAN 31 MINGGU 4 HARI, DENGAN PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RSUD KRMT WONGSONEGORO KOTA SEMARANG (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Semarang) (Ruqoiyah, 2017).

Ramadhan, B. R. (2022). PLASENTA PREVIA: MEKANISME DAN FAKTOR RISIKO. *JURNAL ILMIAH KESEHATAN SANDI HUSADA*, 11(1), 208-219.

## LAMPIRAN

### SOP Plasenta Previa di RSUD dr.Slamet

<b>Plasenta Previa</b>				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">No.Dokumen : Kep/obg/003/063/2016</td> <td style="width: 30%;">No.Revisi</td> <td style="width: 30%;">Halaman 1/3</td> </tr> </table>	No.Dokumen : Kep/obg/003/063/2016	No.Revisi	Halaman 1/3
No.Dokumen : Kep/obg/003/063/2016	No.Revisi	Halaman 1/3		
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Tanggal Terbit : 01/10/2016</td> <td style="width: 60%;"> Ditetapkan Oleh :  Direktur RSUD dr.Slamet Garut  Kabupaten Garut   Dr.H.Maskut Farid, MM </td> </tr> </table>	Tanggal Terbit : 01/10/2016	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr.Slamet Garut Kabupaten Garut  Dr.H.Maskut Farid, MM	
Tanggal Terbit : 01/10/2016	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr.Slamet Garut Kabupaten Garut  Dr.H.Maskut Farid, MM			
<b>Pengertian</b>	Plasenta yang letaknya tidak normal sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum			
<b>Tujuan</b>	Sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien dengan plasenta previa di ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr.Slamet Garut			
<b>Kebijakan</b>	SK Direktur RSUD dr.Slamet Garut No.... Tentang kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr.Slamet			
<b>PERSIAPAN ALAT</b>				
<b>Prosedur</b>	<b>DIAGNOSA</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan dari jalan lahir berulang tanpa disertai rasa nyeri</li> <li>2. Dapat disertai atau tanpa adanya kontraksi.</li> <li>3. Pada pemeriksaan luar biasanya bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul atau ada kelainan letak.</li> <li>4. Pemeriksaan spekulum darah berasal dari ostium uteri eksternum</li> </ol> <b>DIAGNOSA BANDING</b> Robekan jalan lahir, polip serviks, erosi portio <b>PEMERIKSAAN PENUNJANG</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan laboratorium golongan darah, kadar hemoglobin, hematokrit, waktu perdarahan dan waktu pembekuan</li> <li>2. Pemeriksaan USG untuk mengetahui jenis plasenta previa dan taksiran berat badan janin</li> </ol>			

	<p><b>TERAPI EKSPEKTATIF</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesadaran umum ibu dan anak baik</li> <li>2. Perdarahan sedikit</li> <li>3. Usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau taksiran berat badan janin kurang dari 2500 gr</li> <li>4. Tidak ada his persalinan</li> </ol> <p><b>PENATALAKSANAAN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasang infus, tirah baring</li> <li>2. Bila ada kontraksi prematur bisa diberi tokolitik (lihat pengelolaan prematuritas)</li> <li>3. Pemantauan kesejahteraan janin dengan USG dan KTG setiap minggu.</li> </ol> <p><b>TERAPI AKTIF</b></p> <p>Persalinan pervaginam</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dilakukan pada plsentia letak rendah, plasenta marginalis atau plasenta previa lateralis di anterior (dengan anak letak kepala). Diagnosa ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan USG, perabaan fornises atau pemeriksaan dalam dikamar operasi tergantung indikasi.</li> <li>2. Dilakukan oksitosin drip disertai pemecahan ketuban.</li> </ol> <p>Persalinan per abdominam dilakukan pada keadaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plasenta previa dengan perdarahan banyak.</li> <li>2. Plasenta previa totalis.</li> <li>3. Plasenta previa lateralis di posterior.</li> <li>4. Plasenta letak rendah dengan anak letak sungsang.</li> </ol> <p><b>PENYULIT</b></p> <p>Syok hipovolemik, gagal ginjal, koagulasi intravaskuler diseminata, kematian</p> <p>Prognosis: Dubia</p> <p><i>Informed consent</i></p> <p>Dilakukan <i>informed consent</i> pada setiap aspek tindakan baik diagnostik maupun terapeutik, kecuali bila keadaan sudah sangat mengancam jiwa.</p> <p>Perawatan rumah sakit diperlukan.</p>
--	--

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Dhesbima Putri M

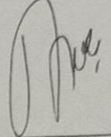
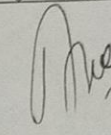
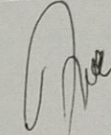
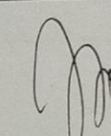
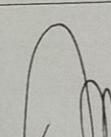
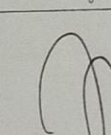
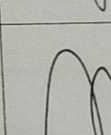
Nama Pembimbing :

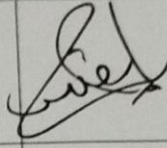
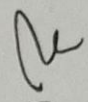
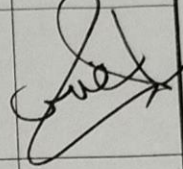

NIM : KH 66 22018

NIDN :

Judul KTI

: Asuhan Kebidanan Pada Ibu bersalen N.Y.L 32 tahun GUDRA, Gravida Ateron  
40-41 mgg dengan plasenta letak rendah di Puang Bersalin Rev. Dr. Slamet Grant

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Selasa 6 / 1 - 2025	Pengajuan BAB III			
2.	Rabu 21 / 1 - 2025	Revisi BAB III			
3.	Selasa 27 / 1 - 2025	Pengajuan bab 1 - V			
4.	Rabu 28 / 1 - 2025	Revisi bab 1 - V			
5.	Senin 2 / 5 - 2025	Revisi bab 1 - IV			
6.	Senin 2 / 5 - 2025	Acc bab 1 - V			
7.	20 / 03 - 2025	Pengajuan Judul			

8.	Senin 21/7-25	Referensi bab I, IV	- Pembuatan standar prosedur - yg digunakan - paragraf - citasi		
9.	Senin 21/7-25	Referensi Citasi	- citasi		
10.	Kamis 25/7-25	Acc			
11.	Kamis 25/7-25	Acc			
12.					
13.					
14.					
15.					

Garut

2025

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

## RIWAYAT HIDUP



Nama : Dheshinta Putri Maharani  
Tempat, Tanggal lahir : Garut, 14 Oktober 2004  
Agama : Islam  
Nama Ayah : Haris Rahmawan  
Nama Ibu : Puri Siah Cahyani  
Email : dheshintaputrimaharani@gmail.com  
No.Hp : 089509910325  
Alamat : Kp.Rancabango 04/04, Desa Rancabango.  
Kec.Tarogong Kaler, Kab.Garut, Provinsi Jawa Barat

### **Riwayat Pendidikan**

TK : Nurul Khoer  
SD : SDN 3 Rancabango  
SMP : SMPN 1 Tarogong Kaler  
SMA : SMAN 6 Garut  
AKADEMIK : STIKes Karsa Husada Garut