

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.S USIA 26
TAHUN G3P1A1 GRAVIDA 33-34 MINGGU
DENGAN PLASENTA PREVIA TOTALIS
DI RSUD SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program D3 Kebidanan

**GURUH HASFIRA SUSANTY
KHGB23010**



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN**

2026

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Tugas akhir Saya ini, adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Amd.Keb atau Ahli Madya Kebidanan), baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Tugas akhir ini adalah murni gagasan. rumusan dan penelitin saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam tugas akhir ini tidak terdapat Laporan atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar Pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam peryataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, 17 Juni 2026

Yang membuat pernyataan

GURUH HASFIRA SUSANTY
NIM : KHGB23010

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LAPORAN TUGAS AKHIR

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN PADA NY.S
USIA 26 TAHUN G3P1A1 GRAVIDA 33-34 MINGGU
DENGAN PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RSUD
SLAMET GARUT**

NAMA : GURUH HASFIRA SUSANTY

NIM : KHGB23010

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui Untuk Disidangkan
Dihadapan Tim Penguji Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Insitut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 17 Juni 2026

Menyetujui,

Pembimbing,



Rosita Alvia SST., M.K.M
NIK : 042039.0412.106

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN PADA NY.S
USIA 26 TAHUN G3P1A1 GRAVIDA 33-34 MINGGU
DENGAN PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RSUD
SLAMET GARUT
NAMA : GURUH HASFIRA SUSANTY
NIM : KHGB23010

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji Program
Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan Institut
Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 22 Juni 2026

Mengesahkan,

Pembimbing,



Rosita Alvia, SST., M.K.M
NIK : 042039.0412.106

Penela'ah I



Fitri Hanriyani, SST., M.Keb., M.Pd
NIK : 042039.1009.063

Penela'ah II



Hj. Esa Risi Suazini, S.Keb., M.K.M
NIK : 042039.1004.031

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII-Kebidanan



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIK : 042039.1009.064

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Puji dan Syukur Kehadirat Allah SWT Yang Maha Pengasih dan Penyayang karena atas Rahmat dan karunia-Nya telah memberi kemudahan dan kekuatan kepada penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini tepat pada waktunya. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurah limpahkan kepada teladan kita Nabi Muhammad SAW.

Laporan tugas akhir ini berjudul ” **Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny.S Usia 26 Tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu Dengan Plasenta Previa Totalis Di Rsud Slamet Garut**”. Adapun tujuan pembuatan tugas akhir ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan akhir Diploma 3 Kebidanan.

Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan dikarenakan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, sehingga penulis mengalami hambatan, tantangan, dan kesulitan. Namun atas segala bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, penulis mampu menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan baik. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat M.A., selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, S. E., M., Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners, M.Kep., selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

4. Ibu Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Ibu Rosita Alvia, SST., M.K.M selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan.
6. Ibu Fitri Hanriyani, SST., M.Keb., M.Pd selaku Penguji I yang telah memberikan masukan kepada saya.
7. Ibu Esa Risi Suazini, S.Keb., M.kes selaku Penguji II yang telah memberikan masukan kepada saya.
8. Seluruh dosen, staff pengajar dan tata usaha di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah membekali berbagai ilmu yang bermanfaat.
9. Kepada Ibu Yulan Yunari, S.Tr.Keb dan seluruh bidan yang juga selalu memberikan dukungan serta membantu penulis dalam bentuk moral dan materi, serta memberikan ilmu dan bimbingannya kepada penulis.
10. Kepada Ny. S telah bersedia menjadi pasien, dan sudah dapat bekerja sama dengan baik kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
11. Kepada diri sendiri Guruh Hasfira Susanty terimakasih karena sudah bertahan dan berjuang untuk menuntaskan laporan ini dengan baik.
12. Kepada teman-teman seperjuangan saya rekan mahasiswi Program Studi D3 Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang sudah berjuang bersama mengerjakan Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan laporan ini penulis masih banyak kekurangan. Oleh karena ini penulis mengharapkan saran dan masukan

untuk penyempurnaan laporan ini. Akhir kata, penulis berharap laporan ini dapat bermanfaat bagi penulis, institusi dan pembaca.

Garut, 17 Juni 2026

Penulis

LEMBAR PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim.

Dengan penuh rasa syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, karya tulis ilmiah ini saya persembahkan kepada:

Kedua orang tua tercinta, Almarhum bapak Entang Saepul Rohman terimakasih walaupun tidak bisa menemani putri kecilnya sampai dititik ini tapi perjuangan dan kasih sayang beliau tidak akan sirna dan selalu menyertai dalam setiap langkah. Terimakasih juga untuk mamah Rasmanah yang diusianya sekarang mungkin tidak muda lagi tetapi beliau selalu memberikan kasih sayang, doa, dukungan, serta motivasi yang tiada henti bahkan pengorbanan yang tak pernah usai. Terima kasih atas setiap tetes keringat yang telah diberikan demi keberhasilan dan masa depan putrimu ini. Tidak ada kata yang mampu menggambarkan besarnya jasa dan cinta yang telah meraka berikan.

Semoga karya sederhana ini dapat menjadi salah satu bentuk bakti, kebanggaan, dan ungkapan terima kasih saya atas segala pengorbanan yang telah diberikan selama ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan kesehatan, kebahagiaan, dan keberkahan kepada mamah dan juga almarhum bapak ditempatkan disisi yang maha penyayang dan diampuni segala dosanya diterima alam ibadahnya. Amin.

DAFTAR ISI

COVER	
PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
DAFTAR ISI.....	viii
BAB PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Metode Pengumpulan Data.....	5
1.4.1 Primer.....	5
1.4.2 Sekunder.....	5
1.5 Manfaat Pengkajian	6
1.6 Tempat dan Waktu.....	7
1.6.1 Tempat.....	7
1.6.2 Waktu	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Plasenta Previa.....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Klasifikasi Plasenta Previa	11
2.1.4 Patofisiologi	12
2.1.5 Tanda dan Gejala.....	12
2.1.6 Komplikasi	13
2.1.7 Penanganan plasenta previa	14
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	16
2.2 Landasan Hukum Kewenangan Bidan.....	17

2.3	Pendokumentasian	19
2.4	Penelitian Terdahulu/Telaah jurnal.....	20
2.4.1	Hubungan Usia Dengan Plasenta Previa.....	20
2.4.2	Hubungan Multiparitas Dengan Plasenta Previa.....	20
2.4.3	Hubungan Operasi Caesar Sebelumnya Dengan Plasenta Previa	21
2.4.4	Hubungan Kuretase Dengan Plasenta Previa	22
2.4.5	Hubungan Kehamilan Ganda Dengan Plasenta Previa	23
2.4.6	Hubungan Asap Rokok Dengan Plasenta Previa	23
2.4.7	Hubungan BBLR Dengan Kejadian Plasenta Previa	24
2.4.8	Hubungan Fetal Distres Pada Bayi Dengan Kejadian Plasenta Previa 25	
2.4.9	Hubungan Kontrasepsi Hormonal pada Plasenta Previa.....	26
BAB III TINJAUAN KASUS		28
3.1	Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ny. S Usia 26 Tahun G ₃ P ₁ A ₁ Gravida 33-34 Minggu dengan Plasenta Previa Totalis.....	28
3.1.1	Data Subjektif.....	28
3.1.2	Data Objektif.....	32
3.1.3	Analisa.....	35
3.1.4	Penatalaksanaan	35
3.2	Catatan Perkembangan I.....	36
3.2.1	Subjektif.....	36
3.2.2	Objektif	37
3.2.3	Analisa.....	37
3.2.4	Penatalaksanaan	37
3.3	Catatan Perkembangan II	37
3.3.1	Subjektif.....	38
3.3.2	Objektif	38
3.3.3	Analisa.....	38
3.3.4	Penatalaksanaan	38
3.4	Telusuran Evidence Based Learning (Matriks)	40
BAB IV PEMBAHASAN.....		47
4.1	Data Subjektif.....	47
4.2	Data Objektif	49

4.3	Analisa.....	51
4.4	Penatalaksanaan.....	51
4.5	Pendokumentasian	53
BAB V PENUTUP		55
5.1	Kesimpulan	55
5.2	Saran	56
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN-LAMPIRAN		
RIWAYAT HIDUP		

DAFTAR TABEL

3.4 Telusuran Evidance Bassed Learning.....	41
---	----

DAFTAR GAMBAR

2.1.3 Ilustrasi Klasifikasi Plasenta Previa.....	12
--	----

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
WHO	: <i>World Health Organization</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SOAPIED	: <i>Subjective, Objective, Assessment, Plan, Implementation, Evaluation, Documentation</i>
USG	: Ultrasonografi
TVUS	: <i>Transvaginal Ultrasonografi</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
RCOG	: <i>Royal Collage Of Obstetricians And Gynaecologists</i>
PAP	: Pintu Atas Panggul
HB	: Hemoglobin
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
TBC	: Tuberkolosis
DJJ	: Denyut Jantung Janin
TTV	: Tanda-Tanda Vital
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
LILA	: Lingkar Lengan Atas
IMT	: Indeks Massa Tubuh
BAK	: Buang Air Kecil

BAB	: Buang Air Besar
KIE	: Komunikasi, Informasi Dan Edukasi
KB	: Keluarga Berencana
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
Sp.OG	: Spesialis Obstetri dan Ginekologi
TT	: Tetanus Toxoid
Fe	: Ferrum (Zat Besi)
GDS	: Gula Darah Sewaktu
HBsAg	: Hepatitis B Surface Antigen
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BPM/TPMB	: Tempat Praktik Mandiri Bidan
SpO ₂	: Saturasi Oksigen Perifer
G3P1A1	: Gravida 3, Partus 1, Abortus 1
OUI	: Ostium Uteri Internum
ANC	: Antenatal Care
Obgyn	: Obstetri dan Ginekologi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) tetap menjadi isu kesehatan global yang sangat penting dan penanda pokok bagi status kesehatan wanita. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan bahwa diperkirakan 260.000 perempuan meninggal dunia akibat komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan dan proses melahirkan pada tahun 2023. Mayoritas besar, yakni sekitar 92 persen, terjadi di negara-negara dengan pendapatan rendah dan menengah. Sedangkan di Indonesia, data AKI menunjukkan kecenderungan yang mengkhawatirkan, mengalami peningkatan dari 3.572 kasus kematian pada tahun 2022 menjadi 4.482 pada tahun 2023, disertai dengan peningkatan kematian bayi yang substansial (Studi et al., 2025).

Di Provinsi Jawa Barat, pada tahun 2023, AKI dilaporkan sebesar 147 per 1.000 kelahiran hidup, dengan target penurunan AKI sebesar 80-84%. Angka Kematian Bayi (AKB) di Jawa Barat pada tahun 2023 tercatat sebesar 13,56 per 1.000 kelahiran hidup, menunjukkan penurunan dari 26 per 1.000 kelahiran hidup selama satu dekade terakhir. Angka ini juga berada di bawah rata-rata nasional AKB (Irmadewi et al., 2024).

Adapun di Kabupaten Garut Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Kabupaten Garut merupakan salah satu daerah dengan angka kematian ibu dan bayi tertinggi di Provinsi Jawa Barat. Pada tahun 2024, angka kematian ibu di Kabupaten

Garut mencapai sekitar 50 kasus, sedangkan angka kematian bayi mencapai 332 kasus per tahun. Salah satu penyebab utama kematian ibu tersebut adalah perdarahan obstetri yang menyumbang sekitar 16% dari seluruh kasus kematian maternal (Kemenkes RI, 2024).

Pendarahan obsterti salah satunya adalah perdarahan antepartum, yang meliputi kondisi plasenta previa dan solusio plasenta. Penyebab lain yang signifikan biasanya berkaitan dengan kelainan patologis pada vagina atau serviks. Prevalensi plasenta previa sebagai komplikasi kehamilan diperkirakan terjadi pada sekitar 1 dari 200 kelahiran, atau 1,7%, sementara solusio plasenta memiliki insidensi antara 1 dalam 155 hingga 1 dalam 225 persalinan, atau kurang dari 0,5% (Agnes Dewi Astuti, 2025).

Plasenta previa merupakan salah satu kondisi yang disebabkan oleh perdarahan anteupartum. Kondisi ini merujuk pada implantasi plasenta di segmen bawah uterus, yang berpotensi menutup sebagian atau seluruh jalan lahir bagian dalam. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan bahwa sekitar 15% hingga 20% dari kematian ibu yang berkaitan dengan perdarahan disebabkan oleh kondisi seperti plasenta previa (Aristina & Dwijayanti, 2024).

Begitupun kasus yang terjadi di Rumah Sakit Slamet Garut dimana pendarahan masih saja terjadi terutama pendarahan yang disebabkan oleh plasenta previa. Salah satunya plasenta previa totalis. Plasenta previa totalis adalah suatu keadaan di mana plasenta secara komplit menutupi pintu masuk rahim bagian dalam. Umumnya, kasus plasenta previa totalis menyebabkan kehilangan darah

yang lebih signifikan selama persalinan dibandingkan dengan plasenta previa parsialis atau marginalis (Aristina & Dwijayanti, 2024).

Gejala utama dari pendarahan antepartum adalah ekskresi darah pervaginam, yang dapat terjadi bersamaan dengan atau tanpa sensasi nyeri. Etiologi spesifik dari perdarahan obstetrik yang diinduksi oleh plasenta previa belum sepenuhnya teridentifikasi (Nathasya, 2024).

Adapun faktor resiko yang mempengaruhi plasenta previa menurut April et al., 2025 dalam penelitiannya ditemukan bahwa terdapat hubungan dengan usia beresiko (<20 tahun dan >35 tahun) dengan insidensi plasenta previa, hubungan paritas >3 dengan insidensi plasenta previa dan hubungan riwayat SC dengan insidensi plasenta previa. Pada penelitian Nirmalasari et al., 2023 juga dari hasil analisis ada hubungan antara riwayat kuretase dengan kejadian plasenta previa.

Dengan itu bidan dapat melakukan deteksi dini yang seperti dikemukakan dalam penelitian Pratiwi et al., 2024 melalui ultrasonografi antenatal terbukti bermanfaat dalam mencegah komplikasi plasenta previa terhadap ibu dan janin. Lebih lanjut, pemeriksaan tambahan sangat penting untuk menilai manajemen komprehensif terhadap plasenta previa dan komplikasinya, dengan pertimbangan faktor etiologi yang relevan. Inisiatif ini harus mencakup peningkatan kesadaran ibu hamil tentang signifikansi perawatan antenatal dan kepatuhan terhadap rekomendasi medis. Oleh karena itu, pemberian intervensi yang menyeluruh menjadi penting untuk mencegah komplikasi pendarahan akibat plasenta previa yang dapat memicu komplikasi pada kesehatan. Kegagalan dalam memperoleh

manajemen yang adekuat berpotensi menimbulkan konsekuensi yang berbahaya bagi ibu dan neonatus, mengingat status kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu faktor esensial kesuksesan program pembangunan nasional di sektor kesehatan.

Maka dari itu berdasarkan paparan di atas, penulis termotivasi untuk menyusun Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny.S Usia 26 Tahun G3P1A1 Gravidita 33-34 Minggu Dengan Plasenta Previa Totalis Di Rsud Slamet Garut”**.

1.2 Identifikasi Masalah

Dari hal-hal yang diuraikan dalam Latar Belakang Peneliti maka “Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny.S Usia 26 Tahun G3P1A1 Gravidita 33-34 Minggu Dengan Plasenta Previa Totalis Di Rsud Slamet Garut”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny.S Usia 26 Tahun G3P1A1 Gravidita 33-34 Minggu Dengan Plasenta Previa Totalis Di Rsud Slamet Garut dengan metode pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan Pengkajian data subjektif Pada Ny.S Usia 26 Tahun G3P1A1 Gravidita 33-34 Minggu Dengan Plasenta Previa Totalis Di Rsud Slamet Garut

- 2) Melakukan pengkajian data objektif Pada Ny.S Usia 26 Tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu Dengan Plasenta Previa Totalis Di Rsud Slamet Garut
- 3) Menegakan analisa masalah Pada Ny.S Usia 26 Tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu Dengan Plasenta Previa Totalis Di Rsud Slamet Garut
- 4) Melakukan penatalaksanaan rencana asuhan kebidanan Pada Ny.S Usia 26 Tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu Dengan Plasenta Previa Totalis Di Rsud Slamet Garut
- 5) Melakukan Pendokumentasian hasil asuhan Pada Ny.S Usia 26 Tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu Dengan Plasenta Previa Totalis Di Rsud Slamet Garut

1.4 Metode Pengumpulan Data

Karya Tulis Ilmiah ini didapatkan berdasarkan keadaan dan situasi yang nyata dan tertuju kepada pemecahan masalah dengan pengumpulan data primer dan sekunder dimulai dari mencari informasi dari buku-buku yang terkait dengan penanganan kasus kebidanan.

1.4.1 Primer

Wawancara kepada klien untuk mendapatkan data subjektif dan melakukan observasi secara langsung kepada klien untuk memperoleh data objektif.

1.4.2 Sekunder

Secara tidak langsung penulis menggunakan literatur yang terkait dengan kasus disertai dengan catatan rekam medik dan data penunjang yang ada di dalam status klien.

1.5 Manfaat Pengkajian

Pengkajian ini dapat memperjelas teori tentang Plasenta Previa Totalis.

1) Bagi institusi Pendidikan

Sebagai bahan kajian dan informasi pendidikan serta menambah referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dan melaksanakan asuhan kebidanan pada Plasenta Previa Totalis.

2) Bagi Institusi Kesehatan

Memberikan masukan bagi institusi kesehatan terutama bagi bidan dalam meningkatkan keterampilan dan kualitas pelayanan asuhan kebidanan khususnya pada kasus Plasenta Previa Totalis.

3) Bagi Lahan Praktik

Dapat saling tukar menukar pikiran dan ilmu, sehingga dapat diaplikasikan lewat tindakan dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP. Sebagai laporan pemantauan pasien, agar dapat meningkatkan mutu pelayanan pada pasien dengan Plasenta Previa Totalis.

4) Bagi Penulis

Penerapan dari ilmu yang diperoleh selama proses menambah pengetahuan dan keterampilan serta kemampuan sebagai bentuk pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada Plasenta Previa Totalis.

5) Bagi Klien atau Masyarakat

Diharapkan meningkatkan kualitas kesehatan dan pengetahuan mengenai penanganan dan komplikasi Plasenta Previa Totalis.

1.6 Tempat dan Waktu

1.6.1 Tempat

Tempat dilakukannya asuhan kebidanan kehamilan Pada Ny.S Usia 26 Tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu Dengan Plasenta Previa Totalis Di Rsud Slamet Garut.

1.6.2 Waktu

Adapun waktu pelaksanaan yang dilakukan pada hari sabtu-senin tanggal 30 April 2026 sampai 01 Mei 2026.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Plasenta Previa

2.1.1 Definisi

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplimentasi pada segmen bawah uterus, yang mengakibatkan penutupan total atau sebagian dari ostium uteri internum. Konsep ini merujuk pada plasenta yang tertanam atau berlokasi sangat dekat dengan os serviks internal. Sebagai perbandingan, implantasi plasenta yang lazim terjadi pada dinding posterior atau anterior uterus, atau di sekitar fundus uteri (Kesuma et al., 2024).

Plasenta previa ini juga mengakibatkan perdarahan tanpa disertai nyeri yang muncul setelah melewati trimester kedua kehamilan (minggu ke-28) sering kali mengindikasikan kondisi Plasenta Previa. Meskipun patofisiologi rinci dari perdarahan terkait Plasenta Previa masih dalam investigasi, sejumlah literatur menyarankan bahwa lokalisasi plasenta yang tidak normal pada segmen bawah uterus memicu pelepasan dari desidua basalis sebagai respons terhadap kontraksi uterus. Fenomena ini mengarah pada tereksplotasinya pembuluh darah yang berkembang secara tidak biasa dalam jaringan desidua, yang berkontribusi pada episode pendarahan berat (Nathasya, 2024).

2.1.2 Etiologi

Penyebab plasenta previa secara pasti sulit dipastikan, tapi ada beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu :

1) Usia

Usia seorang ibu saat mengalami kehamilan termasuk ke dalam salah satu faktor risiko yang berpotensi meningkatkan kemungkinan terjadinya plasenta previa. Wanita yang hamil pada usia di bawah 20 tahun memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk mengalami plasenta previa, dikarenakan kondisi endometrium yang belum matang secara reproduksi. Fenomena serupa dapat terjadi pada ibu hamil yang berusia 35 tahun ke atas, sebagai akibat dari penurunan kualitas perkembangan endometrium. Endometrium yang kurang subur dapat mengganggu sirkulasi darah pada lapisan tersebut, sehingga meningkatkan risiko plasenta previa pada wanita hamil di atas usia 35 tahun (Emilio, 2022).

2) Multiparitas

Kehamilan multipel dapat mengakibatkan insufisiensi vaskularisasi pada desidua, yakni lapisan endometrium uterus. Keadaan ini timbul karena proses atrofi dan adanya bekas luka dari implantasi plasenta pada kehamilan sebelumnya. Konsekuensinya, pada gestasi berikutnya, plasenta cenderung "bermigrasi" atau mencari lokasi implantasi yang lebih kaya vaskularisasi dan lebih subur. Lokasi tersebut sering kali berada di segmen uterus bagian bawah, yang kemudian menimbulkan kondisi plasenta previa (Studi et al., 2025).

3) Riwayat persalinan operasi Caesar

Temuan dalam studi ini juga selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Mursalim dan kolega 2021, yang menemukan bahwa riwayat persalinan melalui operasi caesar memiliki pengaruh yang lebih signifikan terhadap terjadinya plasenta previa dibandingkan dengan faktor risiko lain, seperti riwayat paritas dan riwayat kehamilan kembar (Mursalim, et al. 2021).

4) Riwayat kuretase

Pada wanita yang memiliki riwayat kuretase dan paritas tinggi atau melahirkan anak lebih dari satu. Kuretase adalah proses pengangkatan jaringan dalam rahim. Tindakan ini menggunakan alat kanula hisap untuk menghisap jaringan dan scarper untuk membersihkan sisa jaringan pada tindakan ini tidak dipungkiri dapat terjadi kerusakan endometrium sehingga dapat terbentuk scar pada uterus sehingga menyebabkan plasenta yang berimplantasi menempel dan melebar ke arah ostium uteri interna hingga menutup jalan lahir untuk memenuhi vaskularisasi (Anderson-Bagga, 2023).

5) Kehamilan Ganda

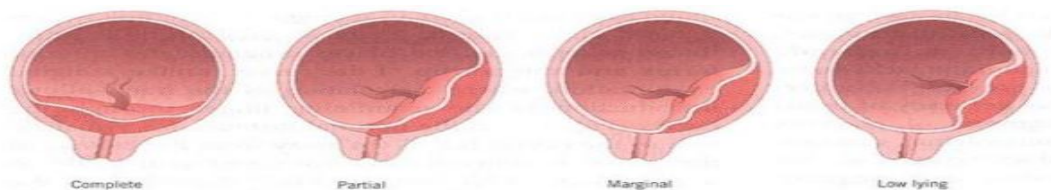
Dalam kasus kehamilan kembar, ketika plasenta pertama melekat pada fundus, plasenta kedua akan menemukan lokasi lain untuk implantasi, yaitu di bagian bawah uterus. Pada kehamilan kembar monokorionik, ukuran plasenta umumnya lebih besar untuk mendukung kebutuhan kedua janin, yang berpotensi menutupi sebagian atau seluruh lubang rahim bagian dalam (Nathasya, 2024).

6) Asap Rokok

hubungan antara paparan asap rokok dengan kejadian plasenta previa. Penelitian ini menunjukkan bahwa paparan asap rokok, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa (Pratiwi et al., 2024). Nikotin dan karbon monoksida yang terkandung dalam rokok memiliki efek sebagai penyempit pembuluh darah yang signifikan pada pembuluh darah plasenta. Hal ini berpotensi menghambat suplai darah ke plasenta, yang dapat mengakibatkan penempatan plasenta yang abnormal. (Aristina & Dwijayanti, 2024).

2.1.3 Klasifikasi Plasenta Previa

Klasifikasi plasenta previa didasarkan pada tingkat penutupan jalan lahir. Plasenta previa totalis dicirikan oleh jaringan plasenta yang sepenuhnya menutupi jalan lahir. Plasenta previa parsial mengacu pada situasi di mana jaringan plasenta menutupi sebagian jalan lahir. Plasenta previa marginal terjadi ketika jaringan plasenta berada di tepi jalan lahir. Plasenta letak rendah merujuk pada jaringan plasenta yang tertanam di segmen bawah uterus namun tidak mencapai tepi jalan lahir. Terakhir, vasa previa adalah kondisi di mana pembuluh darah janin melintasi jalan lahir atau os serviks interna (Kesuma et al., 2024).



Gambar 2.1.3 Ilustrasi Klasifikasi Plasenta Previa

Sumber: Research Gate, diakses tahun 2026

2.1.4 Patofisiologi

Pendarahan anteupartum yang disebabkan oleh plasenta previa timbul sejak usia kehamilan 20 minggu, atau ketika segmen uterum bagian bawah telah mengalami pembentukan dan mulai terentang serta menipis. Kondisi ini biasanya bermanifestasi pada trimester ketiga kehamilan, seiring dengan perubahan yang lebih signifikan pada segmen uterum bagian bawah. Dilatasi segmen uterum bagian bawah dan pembukaan serviks mengakibatkan robeknya sinus uterum, yang dipicu oleh pelepasan plasenta dari dinding uterus atau oleh ruptur sinus marginalis plasenta. Perdarahan menjadi tak terhindarkan karena ketidakmampuan serat otot segmen uterum bagian bawah untuk berkontraksi, berbeda dengan kondisi plasenta letak normal (Rambe, 2022).

Perdarah tersebut bisa saja berubah menjadi warna merah kecoklatan apabila darah tidak segera keluar dan tertahan beberapa waktu di dalam saluran genital, warnanya dapat berubah menjadi kecoklatan akibat proses oksidasi sebelum akhirnya keluar sebagai bercak coklat (Bakker 2024).

Hal ini dijelaskan juga oleh Kuribayashi dkk. 2021 bahwa perdarahan antepartum sering ditemukan pada ibu dengan plasenta previa. Secara klinis, darah yang baru keluar biasanya tampak merah terang, sedangkan darah yang telah berada lebih lama dalam saluran reproduksi dapat tampak kecoklatan karena proses oksidasi.

2.1.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang dirasakan yaitu :

- 1) Pendarahan pada vagina yang tidak disertai rasa sakit.
- 2) Terjadinya pendarahan secara berulang.
- 3) Warna darah pendarahan adalah merah segar.
- 4) Munculnya anemia dan gejala renjatan yang sebanding dengan jumlah darah yang keluar.
- 5) Munculnya kondisi ini bersifat bertahap.
- 6) Waktu kejadian pendarahan terjadi selama periode kehamilan.
- 7) Kontraksi rahim (His) umumnya tidak terdeteksi.
- 8) Tonus rahim teraba normal (tidak tegang) saat dilakukan palpasi.
- 9) Detak jantung janin terdeteksi
- 10) Jaringan plasenta dapat diraba saat pemeriksaan vagina.
- 11) Bagian kepala janin belum memasuki pintu atas panggul.
- 12) Presentasi janin mungkin tidak dalam posisi normal (Imron, 2021).

2.1.6 Komplikasi

Menurut Rambe tahun 2022 terdapat beberapa kondisi yang dapat timbul sebagai akibat dari plasenta previa yaitu :

- 1) Komplikasi bagi ibu:
 - a) Potensi terjadinya anemia atau syok.
 - b) Risiko robekan pada serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh.
 - c) Infeksi akibat kehilangan darah yang signifikan.
- 2) Komplikasi bagi janin:
 - a) Kelainan posisi janin.
 - b) Persalinan prematur, yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas.

- c) Asfiksia intrauterin hingga berujung pada kematian.

2.1.7 Penanganan plasenta previa

Menurut Mujayana et al., 2023 manajemen kehamilan dengan kondisi plasenta previa meliputi:

- 1) Pendekatan konservatif: jika usia kehamilan belum mencapai 37 minggu, tidak terdapat perdarahan atau jumlahnya minimal, serta kadar Hemoglobin (Hb) masih dalam rentang normal.

Perawatan konservatif dapat mencakup: Pemberian istirahat, suplementasi zat besi (hematinic) dan obat-obatan antispasmodik untuk mengatasi anemia, serta antibiotik jika diperlukan. Pemeriksaan ultrasonografi (USG), serta pemantauan kadar Hb dan hematokrit juga perlu dilakukan. Jika dalam periode tiga hari tidak terjadi perdarahan setelah menjalani perawatan konservatif, mobilisasi bertahap dapat diatur. Pasien dapat dipulangkan jika kondisi tanpa perdarahan terus terjaga. Apabila terjadi perdarahan, pasien harus segera dibawa ke Rumah Sakit (RS) dan dilarang melakukan hubungan seksual.

- 2) Intervensi aktif: diindikasikan apabila terjadi perdarahan masif, terlepas dari usia kehamilan. Kondisi ini juga berlaku jika usia kehamilan telah mencapai 37 minggu atau lebih dan terdapat kondisi janin meninggal.

Intervensi aktif meliputi: persalinan per vaginam, atau persalinan per abdomen (pasien disiapkan untuk pemeriksaan bimanual di ruang operasi dengan kesiapan ganda atau *double set up*, yang berarti siap untuk intervensi bedah). Apabila pemeriksaan bimanual menunjukkan kondisi: plasenta previa marginalis, plasenta previa letak rendah, plasenta lateralis atau marginalis

dengan janin yang telah meninggal dan serviks yang matang, kepala janin telah memasuki panggul atas, dan tidak ada perdarahan atau hanya terjadi perdarahan minimal, maka tindakan selanjutnya adalah amniotomi diikuti dengan pemberian infus oksitosin untuk persalinan per vaginam. Apabila metode persalinan per vaginam dengan infus oksitosin tidak berhasil (sesuai dengan prosedur standar terminasi kehamilan), maka tindakan alternatif akan diambil.

- 3) Observasional : Pendekatan ini diterapkan saat janin belum berkembang sepenuhnya dan memiliki kemungkinan kecil untuk bertahan hidup di luar rahim. Strategi observasional dapat dibenarkan secara etis hanya jika kondisi ibu stabil dan pendarahan minimal atau telah berhenti. Sebelumnya, ada keyakinan bahwa kehamilan dengan kondisi plasenta previa harus segera diakhiri untuk mencegah pendarahan yang membahayakan jiwa. Kriteria untuk menerapkan terapi observasional meliputi kondisi ibu dan janin yang baik (kadar hemoglobin normal) serta minimnya pendarahan. Pasien yang didiagnosis dengan plasenta previa juga perlu menerima antibiotik untuk mengantisipasi risiko infeksi yang meningkat akibat pendarahan dan prosedur intrauterin. Perdarahan masif, serviks yang belum membuka, riwayat persalinan multipara, dan tingkat keparahan plasenta previa yang tinggi menjadi indikasi untuk melakukan seksio sesarea. Sebaliknya, pendarahan ringan hingga sedang, serviks yang sudah terbuka lebar, multiparitas, plasenta previa tingkat ringan, serta janin yang telah meninggal cenderung dilahirkan pervaginam. Penting untuk dicatat bahwa ketersediaan darah yang memadai

merupakan syarat mutlak sebelum melakukan intervensi apa pun pada pasien dengan plasenta previa.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nathasya tahun 2024 data penunjang yang dilakukan untuk pemeriksaan plasenta previa yaitu diantaranya :

1) Tes Laboratorium

Berdasarkan panduan RCOG, penggunaan pemeriksaan diagnostik seperti analisis darah, urin, dan ultrasonografi dilakukan untuk mengevaluasi tingkat serta dampak fisiologis dari persalinan per vaginam (PAP). Pemeriksaan diagnostik maternal akan dilaksanakan berdasarkan volume perdarahan yang terjadi. Untuk kasus perdarahan mayor, sampel darah harus dianalisis melalui pemeriksaan hitung darah lengkap, kadar urea dan elektrolit, fungsi hati, dan koagulasi, serta disiapkan empat unit darah yang telah di-crossmatch.

2) USG

Ultrasonografi (USG) dapat digunakan sebagai alat diagnostik untuk plasenta previa, meskipun tidak dapat sepenuhnya menyingkirkan kemungkinan solusio plasenta. Diagnosis utama plasenta previa umumnya menggunakan ultrasonografi transvaginal (TVUS) apabila plasenta letak rendah terdeteksi pada pemeriksaan USG rutin, biasanya pada trimester ketiga. TVUS direkomendasikan pada usia kehamilan 32 minggu untuk mengidentifikasi plasenta letak rendah yang menetap, diikuti dengan pemeriksaan lanjutan pada minggu ke-36 untuk menentukan metode persalinan. Pengukuran panjang serviks juga dapat berkontribusi dalam menentukan tatalaksana pada pasien

Plasenta Previa tanpa gejala. Pencitraan resonansi magnetik (MRI) dapat diindikasikan untuk kasus plasenta previa posterior atau untuk mengevaluasi dugaan invasi ke kandung kemih. Meskipun demikian, biaya MRI relatif mahal dan efektivitasnya dalam meningkatkan hasil atau ketepatan diagnosis belum terbukti secara signifikan.

2.2 Landasan Hukum Kewenangan Bidan

Dalam menjalankan kewenangan yang diberikan, bidan harus melaksanakan tugas kewenangannya sesuai dengan standar profesi, memiliki keterampilan dan kemampuan untuk tindakan yang dilakukannya. Memamtuhi dan melaksanakan protap yang beralu pada wilayahnya, bertanggung jawab atas pelayanan yang diberikan dan berupaya secara optimal dengan mengutamakan ibu dan bayi atau janin.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan menetapkan bahwa bidan memiliki kompetensi dalam memberikan pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan. Bidan berperan sebagai pelaksana pelayanan kebidanan primer dan kolaboratif, pengelola pelayanan, pendidik, dan peneliti. Fungsi bidan meliputi memberikan pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga serta mengelola dan merujuk pasien sesuai kewenangannya.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 "bahwa pelayanan kesehatan kepada masyarakat khususnya perempuan, bayi, dan anak yang dilaksanakan oleh bidan secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, aman,

dan berkesinambungan, masih dihadapkan pada kendala profesionalitas, kompetensi, dan kewenangan”.

Adapun yang Mengacu pada regulasi terkini serta standar praktik kebidanan dalam lingkup kewenangan bidan dalam penanganan plasenta previa difokuskan pada :

- 1) Deteksi Dini dan Pencegahan (Antenatal)
 - a) Identifikasi Faktor Risiko: Melakukan deteksi dini terhadap ibu hamil dengan risiko plasenta previa (misalnya, riwayat caesar, usia >35, atau multiparitas).
 - b) Pemantauan Ketat: Melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mengenali gejala utama, yaitu perdarahan pervaginam tanpa nyeri pada trimester ketiga.
- 2) Penanganan Kegawatdaruratan Awal (Stabilisasi)
 - a) Stabilisasi Hemodinamik: Bidan berwenang melakukan resusitasi cairan (pemasangan infus) untuk mengatasi syok hipovolemik sebelum atau selama proses rujukan.
 - b) Asuhan Kebidanan Gawat Darurat: Memberikan pelayanan gawat darurat maternal neonatal pada ibu hamil/bersalin dengan plasenta previa.
- 3) Rujukan dan Kolaborasi (Kewenangan Utama)
 - a) Rujukan Tepat Waktu: Plasenta previa adalah kasus risiko tinggi yang *wajib* dirujuk ke fasilitas kesehatan sekunder/tersier (Rumah Sakit) yang memiliki fasilitas operasi *Sectio Caesarea*.

- b) Kolaborasi: Melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kebidanan (Obgyn) dalam pemantauan kondisi ibu dan janin.
- 4) Asuhan Nifas (Pasca Tindakan RS)

Bidan berwenang memberikan asuhan kebidanan nifas (post-cesarean section) berkesinambungan setelah pasien kembali dari rumah sakit.
- 5) Tindakan yang tidak boleh dilakukan bidan:
 - a) Pemeriksaan Dalam (VT/Vaginal Toucher): Sangat dilarang karena dapat memicu perdarahan hebat.
 - b) Menangani Persalinan Normal: Plasenta previa *wajib* diselesaikan melalui operasi caesar (seksio sesarea) di RS.

2.3 Pendokumentasian

Praktisi kebidanan wajib merekam setiap aspek perawatan yang diberikan, sehingga metode SOAP harus dipahami dengan baik dan selaras dengan lingkup kompetensi bidan. Metode pencatatan yang lazim digunakan oleh penyedia layanan medis adalah catatan SOAP (*Subjektif, Objektif, Asesmen, Plan/Rencana*). Catatan SOAP berfungsi sebagai media komunikasi antar profesional kesehatan mengenai proposi penanganan pasien. Seiring waktu, metode dokumentasi telah berkembang; awalnya dikenal sebagai SOAPIER (*Subjektif, Objektif, Asesmen, Plan, Implementasi, Evaluasi, Reasesmen*), kemudian berevolusi menjadi SOAPIED (*Subjektif, Objektif, Asesmen, Plan, Implementasi, Evaluasi, Dokumentasi*), dan kini kembali ke format SOAP. Pencatatan SOAP tidak terbatas pada bidan saja, melainkan juga dimanfaatkan oleh profesional kesehatan lain seperti dokter dan perawat. (Sariana *et al.*, 2022).

2.4 Penelitian Terdahulu/Telaah jurnal

2.4.1 Hubungan Usia Dengan Plasenta Previa

Berdasarkan penelitian Dewi tahun 2023 dari 13 responden yang mengalami plasenta previa, 10 di antaranya termasuk dalam kelompok usia berisiko tinggi, sedangkan 3 responden termasuk kelompok berisiko rendah. Responden dengan usia berisiko tinggi memiliki prevalensi plasenta previa lebih besar dibandingkan dengan responden usia risiko rendah.

Hal ini disebabkan oleh dua faktor utama: pada usia terlalu muda (35 tahun, penurunan fungsi reproduksi, seperti sclerosis pada pembuluh darah kecil, mengganggu aliran darah ke endometrium, yang kemudian meningkatkan risiko plasenta previa. Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan antara usia ibu hamil dan kejadian plasenta previa. Uji statistik chi-square menunjukkan nilai $p = 0,015$, yang lebih kecil dari $\alpha = 0,05$, sehingga hipotesis alternatif diterima (Dewi, 2023).

2.4.2 Hubungan Multiparitas Dengan Plasenta Previa

Berdasarkan penelitian Putri tahun 2023 Peningkatan frekuensi plasenta previa diketahui berkaitan dengan faktor paritas dan usia ibu. Penelitian menunjukkan bahwa risiko plasenta previa pada primigravida yang berusia di atas 35 tahun sekitar dua kali lipat dibandingkan primigravida yang lebih muda, dan tiga kali lipat lebih tinggi pada ibu multipara dengan usia di atas 35 tahun dibandingkan dengan multipara di bawah usia 25 tahun.

Dalam studi yang dilakukan, tercatat sebanyak 49 ibu (15,7%) mengalami plasenta previa, sementara 193 ibu (61,7%) memiliki paritas berisiko. Analisis

statistik menunjukkan adanya hubungan signifikan antara paritas dan kejadian plasenta previa, dengan p-value sebesar 0,008 dan nilai OR = 2,786. Hal ini menunjukkan bahwa ibu dengan paritas tinggi memiliki risiko hampir tiga kali lipat untuk mengalami plasenta previa (Sari, 2023).

Paritas tinggi dianggap meningkatkan risiko plasenta previa akibat berkurangnya vaskularisasi dan terjadinya Stetoskop: The Journal Health Of Science 11 atrofi pada desidua setelah persalinan sebelumnya, yang menyebabkan aliran darah ke plasenta tidak memadai dan memicu implantasi plasenta di segmen bawah rahim (Wulandari, 2023).

2.4.3 Hubungan Operasi Caesar Sebelumnya Dengan Plasenta Previa

Penelitian oleh Sari et al. pada tahun 2021 menilai hubungan antara kejadian plasenta previa dengan riwayat persalinan sectio caesarea. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif observasional dengan pendekatan cross-sectional. Sampel terdiri dari 140 ibu hamil yang dirawat di Rumah Sakit Umum Pusat Jakarta dari Januari hingga Desember 2020.

Dalam penelitian ini, 18 pasien (12,9%) dengan riwayat sectio caesarea sebelumnya ditemukan memiliki plasenta previa, sementara 122 pasien (87,1%) tidak memiliki plasenta previa. Rata-rata usia subjek penelitian adalah $28,3 \pm 4,1$ tahun, dengan sebagian besar berada dalam kelompok usia 25-30 tahun. Dari hasil penelitian, frekuensi plasenta previa pada pasien dengan satu kali sectio caesarea adalah 12 pasien (10,5%), dua kali sectio caesarea adalah 5 pasien (15,6%), dan tiga kali atau lebih sectio caesarea adalah 1 pasien (33,3%). Analisis statistik

menunjukkan adanya hubungan yang signifikan ($p < 0,05$) antara jumlah riwayat sectio caesarea dan kejadian plasenta previa.

Hasil penelitian oleh Mursalim dkk (2021) juga didapatkan pula hasil bahwa riwayat persalinan dengan sectio caesarea lebih berpengaruh daripada dengan faktor resiko lain seperti riwayat paritas dan riwayat gemelli (Mursalim, et al. 2021). Pada Uji statistik penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna dimana nilai Pvalue sebesar 0.014 ($p < 0.05$), maka ditarik kesimpulan bahwa H_0 ditolak, adanya hubungan antara riwayat persalinan dengan kejadian plasenta previa. Hasil uji juga menunjukkan nilai Odds Ratio sebesar 3.100 (1.240-7.751) dimana hasil ini bermakna bahwa ibu dengan riwayat persalinan tidak spontan atau sectio caesarea memiliki resiko tiga kali lebih besar untuk mengalami plasenta previa.

2.4.4 Hubungan Kuretase Dengan Plasenta Previa

Studi yang dilaksanakan oleh Rahmawati dan rekan-rekan 2023 mengindikasikan korelasi antara riwayat prosedur kuretase dengan insiden plasenta previa. Studi ini melibatkan 60 partisipan yang didiagnosis mengalami plasenta previa sebagai kelompok kasus, dari jumlah tersebut, 25 individu (41,7%) sebelumnya pernah menjalani kuretase, sementara 35 individu (58,3%) tidak memiliki riwayat tersebut. Di sisi lain, pada kelompok kontrol yang terdiri dari 60 partisipan tanpa diagnosis plasenta previa, hanya 10 individu (16,7%) yang memiliki riwayat kuretase, sedangkan 50 individu (83,3%) tidak.

Analisis statistik menggunakan metode *Chi-Square* menunjukkan nilai p sebesar 0,001 ($p < 0,05$), yang menandakan adanya asosiasi yang berarti antara riwayat kuretase dan kejadian plasenta previa. Penelitian ini selaras dengan studi-studi terdahulu, termasuk karya Pratiwi 2021, Wardani et al. 2019, dan Hasanah et al. 2016. Temuan-temuan tersebut mengindikasikan bahwa riwayat kuretase secara signifikan meningkatkan kemungkinan terjadinya plasenta previa. Hal ini diperkuat oleh nilai p yang secara konsisten berada di bawah 0.05 dan rasio peluang (Odds Ratio) yang bervariasi antara 2.5 hingga 4.0.

2.4.5 Hubungan Kehamilan Ganda Dengan Plasenta Previa

Penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat menunjukkan adanya korelasi antara kehamilan ganda dengan peningkatan risiko preeklamsia (PP). Di antara 349 ibu yang mengalami PP, terdapat 16 kasus (38,1%) yang merupakan hasil dari kehamilan kembar Shamshirsaz et al., 2020. Namun, studi oleh Park et al. yang membandingkan angka kejadian PP pada kehamilan ganda dan tunggal tidak menemukan perbedaan yang berarti di antara kedua kelompok tersebut. Angka kejadian pada nullipara dengan kehamilan tunggal adalah 0,9%, sementara pada nullipara dengan kehamilan ganda adalah 0,6%, dengan nilai p lebih besar dari 0,999.

2.4.6 Hubungan Asap Rokok Dengan Plasenta Previa

Studi oleh Hasanah dan Putri 2021 mengeksplorasi korelasi antara paparan asap tembakau dan insiden plasenta previa. Studi tersebut mengindikasikan bahwa interaksi dengan asap tembakau, baik secara langsung maupun tidak langsung,

berpotensi meningkatkan kemungkinan pengembangan plasenta previa. Fenomena ini dikaitkan dengan komponen berbahaya dalam asap tembakau, termasuk karbon monoksida dan nikotin, yang dapat berdampak pada perkembangan dan operasionalitas plasenta. Metodologi yang diterapkan dalam penelitian ini adalah survei analitik dengan rancangan *cross-sectional*.

Pemilihan partisipan dilakukan melalui *purposive sampling* yang melibatkan 30 ibu hamil dengan diagnosis plasenta previa di sebuah fasilitas kesehatan rujukan di Indonesia. Analisis data menunjukkan bahwa 21 subjek (70%) merupakan perokok pasif, sementara 9 subjek lainnya (30%) tidak terpapar asap tembakau. Berdasarkan temuan ini, disimpulkan terdapat hubungan yang berarti antara paparan asap tembakau dan kejadian plasenta previa (nilai $p = 0,02$).

2.4.7 Hubungan BBLR Dengan Kejadian Plasenta Previa

Sebuah studi Safitri et al., 2024 yang melibatkan 115 ibu yang melahirkan di RSUD Pagelaran Cianjur menunjukkan bahwa 35 ibu (30,4%) mengalami komplikasi persalinan berupa plasenta previa. Selain itu, 29 ibu (82,86%) melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

Setelah menggabungkan kedua kategori tersebut dan melakukan uji chi-square, diperoleh nilai p-value sebesar 0,01. Hal ini menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara plasenta previa dengan kejadian BBLR di RSUD Pagelaran pada tahun 2023.

Berdasarkan investigasi yang telah dilakukan, ditemukan hasil studi juga menunjukkan adanya nilai Odds Ratio (OR) sebesar 5.342. Hal ini mengindikasikan

Bahwa para ibu yang mengalami kondisi kegawatdaruratan saat persalinan akibat plasenta previa memiliki probabilitas untuk melahirkan keturunan dengan kondisi berat badan lahir rendah (BBLR) sebesar lima kali lebih besar dibandingkan dengan para ibu yang tidak mengalami kondisi plasenta previa. Interval Kepercayaan (Confidence Interval - CI) 95% yang diperoleh menunjukkan angka antara 2.000 hingga 14.269. Ini berarti bahwa 95% dari keseluruhan populasi para ibu yang menjalani persalinan dengan problem medis plasenta previa diproyeksikan akan melahirkan buah hati dengan kategori BBLR dengan estimasi jumlah mulai dari 2.000 sampai 14.269.

2.4.8 Hubungan Fetal Distres Pada Bayi Dengan Kejadian Plasenta Previa

Dalam studi Pratama & CL, 2021 yang dilakukan di Rumah Sakit dr. Soetomo, kami mengamati bahwa, dari total 103 partisipan, mayoritas berada dalam kelompok usia di atas 30 tahun, mencakup 48 individu (47%). Selain itu, mayoritas kehamilan berada di bawah 37 minggu (prematur), melibatkan 55 partisipan (53%). Fenomena ini terkait dengan kondisi medis yang mendasari pada ibu hamil, khususnya hipertensi, yang pada akhirnya memengaruhi waktu persalinan sehingga tidak menunggu hingga usia kehamilan penuh. Bayi-bayi yang terdampak lahir pada rentang usia kehamilan 34-37 minggu.

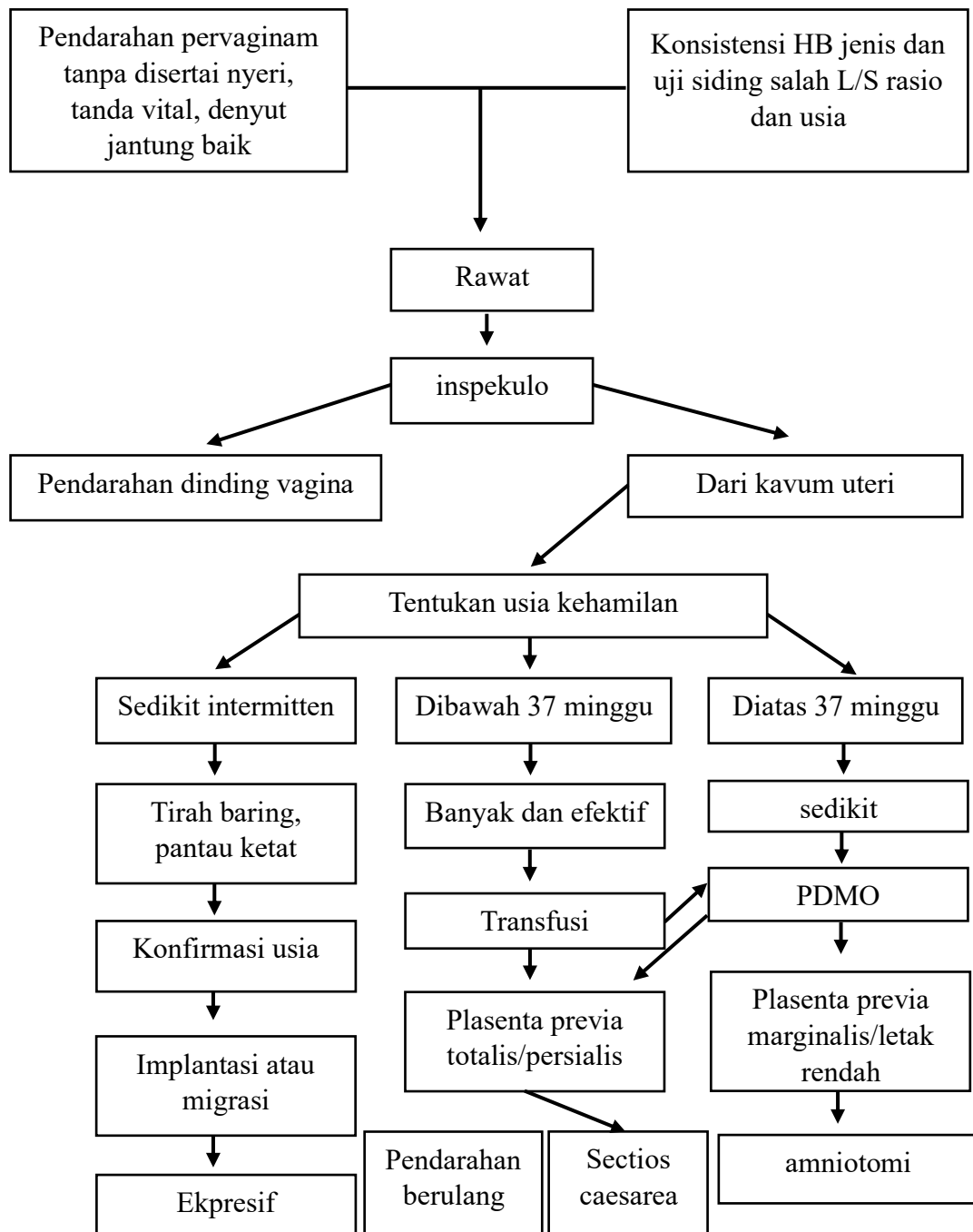
Diperkirakan 66% kasus kesulitan janin terjadi pada ibu yang menderita hipertensi, dan 12% pada ibu dengan plasenta previa total disertai pendarahan. Selain dari hipertensi, plasenta previa total, khususnya yang disertai dengan pendarahan aktif, seringkali berkontribusi pada kejadian kesulitan janin. Hipertensi

memiliki korelasi yang kuat dengan terjadinya insufisiensi aliran utero-plasenta kronis, yang berpotensi mengakibatkan hipoksia janin dalam rahim, yang pada gilirannya menyebabkan penurunan frekuensi detak jantung janin, yang mengarah pada kondisi darurat janin. Pada plasenta previa totalis yang disertai dengan perdarahan, terjadi insufisiensi akut aliran utero-plasenta yang dapat menyebabkan gawat janin.

2.4.9 Hubungan Kontrasepsi Hormonal pada Plasenta Previa

Dari penelitian yang dilakukan Ramadhan 2022 menjelaskan bahwa plasenta previa terjadi akibat implantasi blastokista pada segmen bawah uterus. Berbagai faktor yang memengaruhi kondisi tersebut meliputi usia ibu, paritas tinggi, riwayat operasi sesar, abortus berulang, serta perubahan kondisi endometrium yang dapat terjadi akibat paparan hormonal dalam jangka panjang. Begitupun Jenabi et al. 2022 menyatakan bahwa plasenta previa merupakan kondisi multifaktorial yang dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko reproduksi. Perubahan pada lapisan endometrium akibat riwayat tindakan reproduksi maupun paparan hormonal diduga dapat memengaruhi lokasi implantasi plasenta pada kehamilan berikutnya.

2.5 Algoritma Penanganan Plasenta Previa



BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ny. S Usia 26 Tahun G₃P₁A₁

Gravida 33-34 Minggu dengan Plasenta Previa Totalis

No Rekamedis : 01326179
Nama Pengkaji : Guruh Hasfira Susanty
Tempat : RSUD Slamet Garut
Tanggal : 30 April 2026
Jam : 10.10 WIB

3.1.1 Data Subjektif

1) Identitas

Nama	: Ny. S	Tn. I
Usia	: 26 Tahun	31 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku	: Sunda	sunda
Pendidikan	: SD	SD
Pekerjaan	: IRT	Buruh Harian Lepas
Alamat	: Kp. Situ Gede	

2) Alasan Datang

Ibu merupakan rujukan dari Klinik dengan indikasi Plasenta Previa dari hasil
USG dokter Spesialis Obsterti dan Ginekologi pada tanggal 28 April 2026.

Hasil USG Usia Kehamilan ibu 33 Minggu dengan TBBJ 2.249 gr, Gerakan janin masih dirasakan.

3) Keluhan Utama

Ibu mengatakan sedang hamil 8 bulan, mengeluh keluar merah segar pervaginam, tidak disertai gumpalan, konsistensi cair, tidak berlendir dan Gerakan janin masih bisa dirasakan.

4) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu

Ibu mengatakan tidak mempunyai penyakit yang menurun, menular, dan menahun, seperti tumor, darah tinggi, jantung, diabetes, TBC, HIV/AIDS.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan tidak mempunyai penyakit yang menurun, menular, dan menahun, seperti tumor, darah tinggi, jantung, diabetes, TBC, HIV/AIDS.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan keluarga tidak mempunyai penyakit yang menurun, menular, dan menahun, seperti tumor, darah tinggi, jantung, diabetes, TBC, HIV/AIDS.

5) Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak memiliki Riwayat penyakit mioma atau kista, maupun penyakit ginekologi lainnya.

6) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan pertama kali mengalami haid saat usia 15 tahun, dengan siklus 28 hari, lama haid 7-8 hari, dalam sehari 2-3 kali Ganti pembalut, dengan warna darah merah kecoklatan, bauk has, merasa dismenore pada hari pertama, Hari Pertama Haid Terakhir ibu pada tanggal 07 september 2025 dan taksiran persalinan ibu adalah 14 juni 2026.

b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas dahulu

Ibu mengatakan memiliki seorang putri sekarang sudah berusia 6 tahun, lahir di tolong oleh Bidan di TPMB, melahirkan secara normal, berat badan bayi saat lahir 3.500 gr, jenis kelamin Perempuan, selama hamil, persalinan, nifas tidak ada komplikasi apapun. Anak kedua mengalami keguguran pada tahun 2024 ketika usia kehamilan 20 minggu tanpa indikasi apapun karena ditemukan sudah tidak ada Gerak dan denyut jantung bayi.

c) Riwayat kehamilan sekarang

Kehamilan ini merupakan kehamilan ibu yang ke 3. Ini merupakan kehamilan yang diharapkan dari pernikahan ibu dan suami. Ibu melakukan pemeriksaan kehamilan 6 kali di bidan, posyandu dan puskesmas terdekat. Ibu pernah USG pertama pada trimester I pada tanggal 20 oktober 2026 dengan hasil normal dan tidak ditemukan kelainan plasenta, Ibu rutin meminum tablet Fe, vitamin B complex, asam folat yang diberikan bidan, status imunisasi TT1 ketika usia kehamilan anak pertama 20 minggu. Selama kehamilan yang ke tiga ibu tidak menderita penyakit apapun. ibu mengeluh mual muntah pada trimester I. Pada trimester III pada usia 28

minggu ibu mengalami keluhan berupa keluarnya flek darah segar pertama kali pada tanggal 03 April 2026 selama satu hari, Keluhan serupa kembali muncul pada tanggal 10 April 2026 selama satu hari, kemudian berulang pada tanggal 19 April 2026 selama satu hari, dan muncul kembali pada tanggal 26 April 2026. Dengan disertai nyeri pada bagian bawah perut saat berjalan atau duduk terlalu lama dirasakan ibu sejak terjadinya flek pertama hingga saat ini.

Ibu mengatakan sempat periksa USG ke dua di Puskesmas dengan hasil plasenta previa totalis, kemudian ibu dirawat selama dua hari dengan dipasang infus serta pemberian injeksi dexamethasone secara injek sebanyak dua kali. Selanjutnya, ibu dirujuk ke Klinik untuk melakukan pemeriksaan USG oleh dokter spesialis kandungan pada tanggal 28 April 2026, dengan hasil yang sama. Setelah itu, pasien dirujuk ke RSUD Slamet Garut pada tanggal 29 April 2026 untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

7) Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah menggunakan Kb suntik 3 bulan, $\pm$ 3 tahun, ibu mengatakan selama KB suntik mengeluh haidnya sedikit-sedikit dan lama bisa sampai 8 hari. Alasan berhenti KB suntik karena ingin lancar haid, selain itu ibu mengatakan ingin memiliki anak kembali.

8) Pola Kebutuhan Sehari-hari

a) Nutrisi

Makan : 2-3x/hari (jenis makanan Nasi, lauk pauk, sayur), terakhir makan pukul 08.30 WIB

Minum : 8-9 gelas/hari (Air putih), terakhir minum pukul 09.50 WIB

b) Eliminasi

BAK : 6-7x/hari, Khas Urine, terakhir BAB pukul 05.30 WIB

BAB : 1x/hari, Padat, terakhir BAK pukul 08.00 WIB

c) Pola Istirahat

Siang : ± 1 jam

Malam : 6-7 jam

d) Personal Hygiene

Mandi : 1- 2x/hari

Keramas : 2 hari sekali

Mengganti pakaian : 2x/hari (celana dalam 2-3x/hari)

Mengganti Pembalut: 2-3x/hari

e) Pola Seksual

Ibu mengatakan 1-2 kali dalam seminggu dan berhenti berhubungan sejak terjadi pendarahan pada trimester III usia kehamilan 28 minggu sampai sekarang.

f) Psikisosial Spiritual

Ibu mengatakan keluarga dan suami mendukung serta Bahagia atas kehamilan ini, pengambil keputus dalam keluarga adalah suami.

3.1.2 Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Tekanan : 110/90 mmhg
darah
Nadi : 99x/menit
Suhu : 36,6 °C
Respirasi : 20x/menit
Spo2 : 98 %

2) Pemeriksaan Fisik

Kepala : Normal, tidak ada benjolan terasa pusing
Wajah : Tidak oedema dan tidak terlihat anemis
Mata : Simetris, conjungtiva tidak pucat, sklera putih
Hidung : Tidak ada kelainan, tidak ada polip tidak ada secret
Mulut : Tidak ada kelainan, bibir lembab dan tidak pucat
Telinga : Tidak ada kelainan, Simetris antara telinga kanan dan kiri
Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid dan tidak ada
pembengkakan pembuluh limfe
Payudara : Simetris, bersih dan puting menonjol, Tidak ada retraksi, tidak
ada benjolan, tidak ada nyeri tekan dan terdapat colostrum
Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, tidak ada *striae gravidarum* dan

Linea, tidak ada nyeri tekan ataupun nyeri spontan, tidak teraba tegang.

Leopold I : Teraba bulat, besar tidak melenting (Bokong)

Leopold II : Di bagian kanan teraba bagian-bagian kecil
(ekstremitas atas dan bawah) dan dibagian kiri
teraba keras memanjang

Leopold III : Teraba bulat, melenting (kepala), masih bisa
digoyangkan (belum masuk PAP)

Lingkar Perut	:	97 cm
TFU Mc Donald	:	30 cm
DJJ	:	152x/menit reguler
TBBJ	:	2.790 gr

Genetalia : Terdapat pengeluaran darah merah segar $\pm$ 20 cc pervaginam,
konsistensi cair, tidak bergumpal

Ekstremitas : Atas : Bergerak aktif, terpasang infus RI di tangan kanan

Bawah : Bergerak Aktif, tidak oedema

Kulit : Turgor kulit kembali dalam 2 detik

3) Antropometri

Tinggi badan : 158 cm

Berat badan sebelum hamil : 52 kg

Berat badan sekarang : 63 kg

Kenaikan BB : 11 kg

IMT : $52/(1,58)^2 = 20,8$

LILA : 28 cm

4) Pemeriksaan Laboratorium

HB : 12 gr/dl

HbsAg : Non Reaktif

HIV : Non Reaktif

Sifilis : Non Reaktif

GDS : 95 mg/dl

Golongan Darah: A+

USG : Pemeriksaan USG oleh dr. Sp.OG di Ponek tanggal 29

April 2026 dengan plasenta previa totalis, usia kehamilan
33 minggu.

3.1.3 Analisa

G3P1A1 Gravida Gravida 33-34 Minggu dengan Plasenta Previa Totalis

3.1.4 Penatalaksanaan

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu mengalami plasenta previa totalis yang menutupi jalan lahir dan tujuan perawatan

konservatif untuk pematangan janin paru sehingga janin masih bisa dipertahankan sampai usia 37 minggu.

Evaluasi : ibu mengerti

- 2) Melakukan observasi tanda-tanda vital, DJJ dan pendarahan yang keluar pervaginam secara berkala
- 3) Melakukan kolaborasi dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi dengan dilakukan sesuai advice, memberikan obat Asam Folat per 24 jam 1 tablet oral, Tablet tambah darah per 24 jam 1 tablet oral dan Nifedipine 10 mg per 8 jam 2 tablet oral.

Evaluasi : sudah diminum pukul 10.00 WIB

- 4) Menganjurkan kepada ibu untuk segera konsultasi apabila terjadi pendarahan yang terus menerus banyak

Evaluasi : ibu mengerti

- 5) Memberikan support mental kepada ibu, berfikir positif dan semangat.

Ev : ibu mengerti

3.2 Catatan Perkembangan I

Hari/Tanggal : 01 Mei 2026

Waktu : 08.00 WIB

Tempat : Ruang Agate bawah

3.2.1 Subjektif

ibu mengatakan masih keluar darah dari vagina sedikit tapi warnanya berubah menjadi merah kecoklatan

3.2.2 Objektif

TD : 110/90 mmhg, N : 96 x/menit, S : 36,6 °C, DJJ : 142 x/menit, V/V : tidak ada pendarahan aktif dan terdapat darah merah kecoklatan sekitar 10 cc.

3.2.3 Analisa

G3P1A1 Gravida Gravida 33-34 Minggu dengan Plasenta Previa Totalis

3.2.4 Penatalaksanaan

- 1) memberitahu ibu untuk melanjutkan meminum obat Tambah darah, Asam Folat dan Nifedipine sesuai jadwal yang telah ditentukan dan memberikan injek Dexametashone kedua secara intravena

Evaluasi : injek masuk pukul 08.00 WIB

- 2) melanjutkan observasi TTV, DJJ, dan pendarahan secara berkala.
- 3) menganjurkan ibu untuk istirahat dan tidak terlalu sering bulak balik kamar mandi untuk mengurangi tekanan pada Rahim sehingga tidak menimbulkan nyeri bagian perut bawah.

Evaluasi : ibu mengerti

- 4) rencana USG hari ini

Evaluasi : USG pukul 14.30 WIB, dengan hasil plasenta masih menutupi jalan lahir (Plasenta Previa Totalis), usia kehamilan 33-34 minggu posisi bayi sudah dibawah, TBBJ 2.249 gr.

3.3 Catatan Perkembangan II

Hari/Tanggal : 01 Mei 2026

Waktu : 15.15 WIB
 Tempat : Ruang Agate bawah

3.3.1 Subjektif

ibu mengatakan darah yang keluar berupa flek, berwarna kecoklatan dan ibu merasa lebih tenang.

3.3.2 Objektif

TD : 110/90 mmhg, N : 87 x/menit, S : 36,5 °C, DJJ : 137 x/menit, V/V : tidak ada pendarahan aktif dan terdapat flek kecoklatan.

3.3.3 Analisa

G3P1A1 Gravida Gravida 33-34 Minggu dengan Plasenta Previa Totalis

3.3.4 Penatalaksanaan

- 1) memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan
 Evaluasi : ibu mengerti
- 2) kolaborasi dengan dokter Spesialis Obsterti dan Ginekologi, sesuai Advece dokter bahwa kondisi ibu dan bayi stabil dan ibu sudah bisa pulang hari ini dengan menjadwalkan untuk kunjungan ulang pada tanggal 15 Mei 2026, menganjurkan ibu untuk melanjutkan meminum obat Tambah darah, Asam Folat dan Nifedipine sesuai jadwal yang telah ditentukan.
 Evaluasi : ibu mengerti
- 3) membuka selang infus yang terpasang ditangan kanan ibu.
 Evaluasi : ibu merasa lega

- 4) memberikan KIE tentang pola istirahat dengan menganjurkan ibu untuk badrest secara total untuk mengurangi sakit perut bagian bawah

Evaluasi : ibu mengerti

- 5) menganjurkan ibu untuk membatasi hubungan seksual untuk menghindari terjadinya pendarahan berulang

- 6) memberikan KIE kepada ibu tentang Personal hygiene

Evaluasi : ibu mengerti

- 7) menganjurkan ibu untuk Teknik relaksasi untuk mengurangi rasa sakit apabila terjadi lagi sakit pada perut bagian bawah dirumah dan mengurangi stress berlebih.

Evaluasi : ibu mengerti

- 8) memberitahu ibu untuk mengonsumsi gizi seimbang

Evaluasi : ibu mengerti

- 9) memberikan KIE tanda bahaya Trimester III terutama tentang pendarahan hebat atau nyeri hebat

Evaluasi : ibu mengerti

- 10) memberitahu ibu tentang persiapan persalinan secara SC

Evaluasi : Ibu mengetahui

3.4 Telusuran Evidence Based Learning (Matriks)

Tabel 3.4 Telusuran Evidence Based Learning

No	Masalah	Pengertian	Penyebab		Tanda Gejala		Intervensi		Evidence based
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	Teori	Praktek	
1.	Plasenta Previa	Plasenta previa adalah kondisi ketika plasenta berimplan tasi pada segmen bawah uterus sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium	Usia ibu >35 tahun, multiparitas, riwayat sectio caesarea, riwayat abortus/kuretase, kehamilan ganda, dan kebiasaan merokok.	Ny. S usia 26 tahun dengan Riwayat kuretase pada anak ke 2	Perdarahan merah segar tanpa nyeri, terutama trimester III, dan bagian terendah janin belum masuk PAP.	Pendarahan merah segar dan dari jalan lahir, disertai nyeri ketika duduk atau berjalan terlalu lama dan kepala belum masuk PAP	Observasi perdarahan, tirah baring, pemeriksaan USG, pemberian terapi suportif sesuai indikasi.	Dilakukan pemasangan infus RL, observasi djj dan pendarahan, pemberian obat dexametashone injek, obat Tambah darah, Asam Folat dan Nifedipine.	Penelitian Pratiwi, Putri, Anggini, dan Wulandari (2024) menjelaskan bahwa plasenta previa merupakan komplikasi kehamilan akibat implantasi plasenta pada bagian bawah

		uteri internum.							rahim yang dapat menyebabkan perdarahan antepartum, persalinan prematur, serta meningkatkan risiko morbiditas ibu dan janin. Faktor yang paling sering ditemukan adalah usia maternal lanjut, multiparitas, riwayat sectio caesarea, dan riwayat kuretase
--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	---

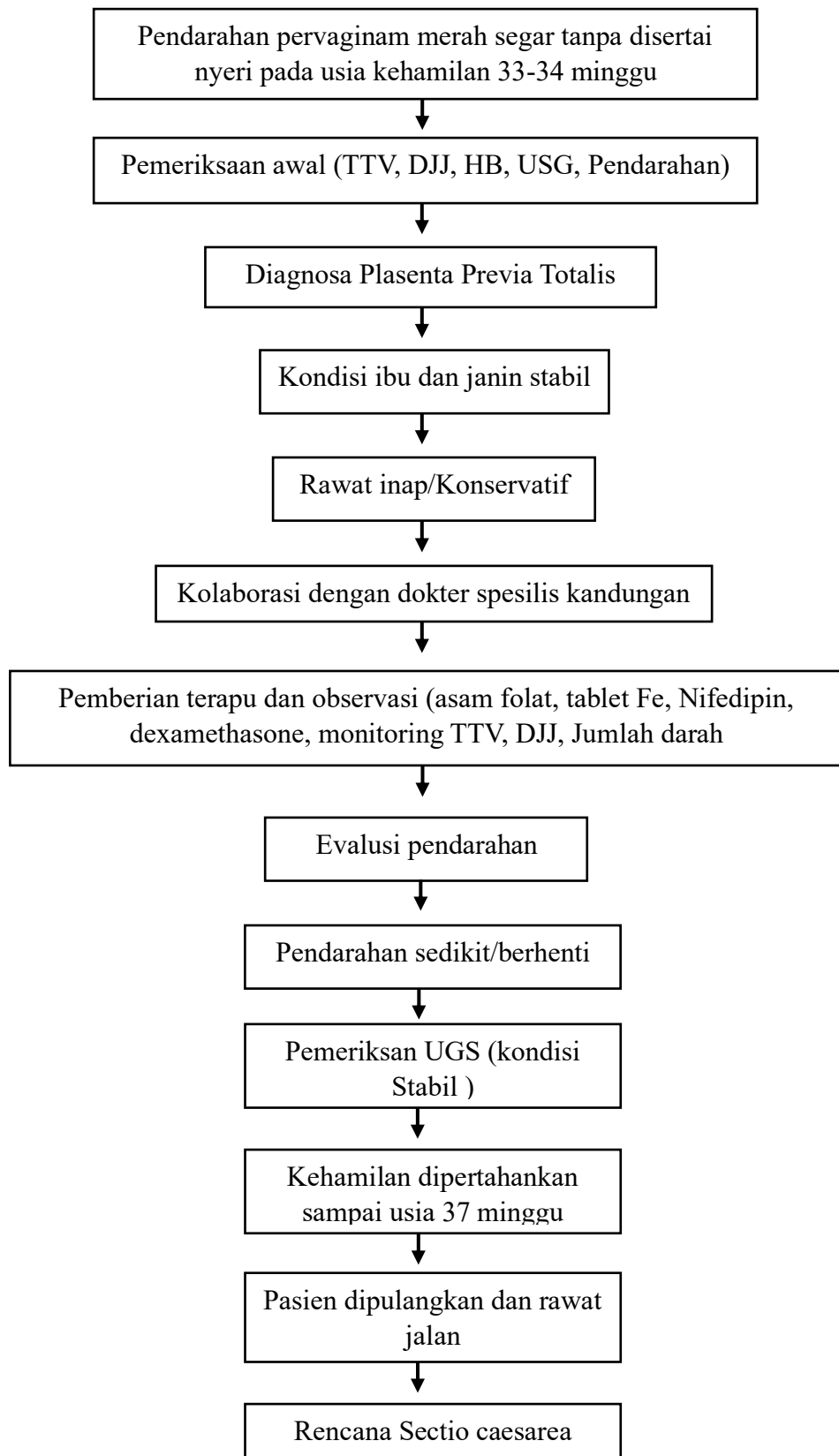
2.	Pendarahan antepartum	Pendarahan dari jalan lahir setelah usia kehamilan 20 minggu sebelum terjadi persalinan	Peregangan segmen bawah rahim yang menyebabkan sebagian plasenta terlepas dari tempat implantasinya	Perdarahan berulang sejak usia kehamilan 28 minggu akibat plasenta previa totalis.	Perdarahan merah segar, terjadi mendadak, berulang, dan umumnya tanpa nyeri.	Keluar darah merah kecoklatan ± 20 cc dari genitalia dan terjadi berulang.	Memantau jumlah perdarahan, mempertahankan stabilitas hemodinamik ibu, dan memantau kondisi janin.	Perawatan konservatif dan mengobservasi jumlah perdarahan, memantau TTV, mempertahankan akses infus RL, dan pemantauan kondisi ibu-janin.	Aristina dan Dwijayanti (2024) menyatakan bahwa plasenta previa merupakan penyebab utama perdarahan antepartum yang muncul tiba-tiba tanpa nyeri. Penatalaksanaan yang cepat dan pemantauan ketat diperlukan untuk mencegah komplikasi
----	-----------------------	---	---	--	--	--	--	---	--

									yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin.
3.	Nyeri perut bawah	Nyeri perut bawah merupakan rasa tidak nyaman pada abdomen bagian bawah akibat peregangan jaringan dan tekanan pada struktur pelvis.	Peregangan segmen bawah uterus dan tekanan bagian terbawah janin pada pelvis.	Aktivitas berlebihan selama kehamilan trimester III dengan plasenta previa.	Nyeri atau rasa tertekan pada bagian bawah perut yang meningkat saat beraktivitas.	Ibu mengeluh nyeri saat berjalan atau duduk terlalu lama.	Tirah baring, membatasi aktivitas, dan mengajarkan teknik relaksasi..	Ibu dianjurkan bedrest serta melakukan teknik relaksasi napas dalam.	Menurut Aristina dan Dwijayanti (2024), ibu dengan plasenta previa dapat mengalami ketidaknyamanan pada abdomen bawah akibat peregangan segmen bawah uterus. Pembatasan aktivitas dan istirahat yang adekuat terbukti

									membantu mempertahankan kondisi kehamilan serta mengurangi keluhan yang dirasakan ibu.
4.	Risiko Sectio Caesarea	Sectio Caesarea merupakan tindakan persalinan melalui pembedahan pada dinding abdomen dan uterus untuk melahirkan janin.	Plasenta menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir sehingga persalinan normal tidak memungkinkan.	Hasil USG menunjukkan plasenta previa totalis.	Plasenta previa totalis merupakan kontraindikasi persalinan pervaginam.	Ibu direncanakan menjalani persalinan Sectio Caesarea di rumah sakit rujukan.	Kolaborasi dengan dokter Sp. OG, persiapan operasi, dan edukasi kepada ibu serta keluarga.	Memberikan edukasi persiapan operasi, informed consent, dan dukungan psikologis.	Tiala, Sulaiman, dan Ambar (2025) menjelaskan bahwa plasenta previa totalis merupakan indikasi kuat tindakan Sectio Caesarea karena seluruh jalan

									lahir tertutup oleh plasenta. Persiapan operasi yang baik dan kolaborasi multidisiplin dapat menurunkan risiko komplikasi maternal dan neonatal.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.5 Algoritma Penanganan Plasenta Previa pada Ny.S



BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S usia 26 tahun G3P1A1 gravida 33–34 minggu dengan plasenta previa totalis di ruang Agate RSUD Slamet Garut, penulis akan membahas beberapa hal yang berkaitan dengan plasenta previa. Dengan begitu hal yang akan penulis jabarkan yaitu dengan membandingkan teori dengan praktik di lapangan, Adapun hasilnya adalah sebagai berikut.

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 30 April 2026, diperoleh data bahwa Ny. S berusia 26 tahun dengan status obstetri G3P1A1 dan usia kehamilan 33–34 minggu berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) tanggal 07 September 2025. Ibu datang ke RSUD dr. Slamet Garut atas rujukan dari klinik setelah hasil pemeriksaan ultrasonografi (USG) menunjukkan plasenta previa totalis.

Keluhan utama yang disampaikan ibu adalah keluarnya darah merah segar dari jalan lahir tanpa disertai gumpalan maupun lendir sejak usia kehamilan 28 minggu. Perdarahan terjadi berulang dan gerakan janin masih dirasakan aktif. Kondisi tersebut sesuai dengan karakteristik plasenta previa, yaitu perdarahan pervaginam berulang tanpa nyeri pada trimester ketiga kehamilan akibat plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah uterus dan

menutupi ostium uteri internum. Sejalan dengan teori Rambe dan Nathasya (2024), perdarahan pada plasenta previa umumnya terjadi setelah terbentuknya segmen bawah rahim pada trimester ketiga yang menyebabkan sebagian plasenta terlepas dari dinding uterus sehingga menimbulkan perdarahan tanpa nyeri.

Selain itu, Ny. S merupakan ibu multipara dengan riwayat kehamilan ketiga. Dimana faktor multiparitas diketahui berhubungan dengan meningkatnya risiko plasenta previa karena adanya perubahan pada kondisi endometrium pada ibu. sesuai teori Putri (2023) menunjukkan bahwa ibu dengan paritas lebih dari satu memiliki risiko lebih tinggi mengalami plasenta previa dibandingkan dengan ibu yang memiliki paritas rendah. Kondisi tersebut terjadi akibat perubahan vaskularisasi dan struktur endometrium setelah kehamilan berulang yang dapat memengaruhi lokasi implantasi plasenta.

Pada riwayat obstetri juga ditemukan adanya abortus pada kehamilan kedua saat usia kehamilan 20 minggu. Riwayat abortus berpotensi menyebabkan tindakan kuretase yang dapat mengakibatkan kerusakan endometrium dan meningkatkan risiko implantasi plasenta yang abnormal pada kehamilan berikutnya. Hal ini sejalan dengan teori Anderson-Bagga (2023) yang menyatakan bahwa riwayat kuretase merupakan salah satu faktor risiko terjadinya plasenta previa karena dapat menyebabkan terbentuknya jaringan parut pada endometrium.

Selain faktor tersebut, ibu memiliki riwayat penggunaan kontrasepsi hormonal suntik selama kurang lebih tiga tahun sebelum kehamilan saat ini. Penggunaan kontrasepsi hormonal jangka panjang diduga dapat memengaruhi

kondisi endometrium dan proses implantasi pada kehamilan berikutnya. Sesuai dengan teori Ramadhan (2022) serta Jenabi et al. (2022) menjelaskan bahwa paparan hormonal dalam jangka panjang dapat menyebabkan perubahan pada lapisan endometrium yang berpotensi memengaruhi lokasi implantasi plasenta.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena tanda dan gejala yang dialami Ny. S sesuai dengan karakteristik klinis plasenta previa totalis yang dijelaskan.

4.2 Data Objektif

Pemeriksaan umum pasien menunjukkan kondisi fisik secara keseluruhan dalam keadaan baik. Tingkat kesadaran pasien adalah *compos mentis*, dengan tekanan darah 110/90 mmHg, denyut nadi 99 kali per menit, suhu 36,6°C, laju pernapasan 20 kali per menit, dan saturasi oksigen (SpO₂) 98%. Denyut jantung janin terdengar reguler sebanyak 152 kali per menit. Nilai-nilai tanda vital ini berada dalam rentang normal, mengindikasikan bahwa kondisi hemodinamik pasien tetap stabil meskipun terdapat riwayat perdarahan berulang.

Pemeriksaan pada area abdomen mengungkapkan bahwa tinggi fundus uteri adalah 30 cm, yang sesuai dengan usia kehamilan antara 33 hingga 34 minggu. Melalui palpasi Leopold, teridentifikasi presentasi kepala janin, namun bagian kepala janin belum memasuki pintu atas panggul (PAP). dari pemeriksaan ini adalah hal yang normal dikarenakan usia kehamilan ibu masih termasuk preterm. Tapi dapat beresiko apabila sudah masuk usia 37 minggu kehamilan karena terhalangnya plasenta. Hal ini sejalan dengan teori Imron, (2021) salah satu tanda

plasenta previa adalah bagian terendah janin belum masuk ke pintu atas panggul karena terhalang oleh jaringan plasenta yang berada pada segmen bawah uterus.

Dalam situasi ini, pemeriksaan dalam (vaginal toucher) tidak dilaksanakan. Keputusan ini selaras dengan protokol manajemen standar untuk plasenta previa, mengingat pemeriksaan dalam berpotensi memicu peningkatan intensitas perdarahan. Sesuai dengan landasan kewenangan bidan menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 bahwa pemeriksaan dalam pada kasus plasenta previa tidak dianjurkan dilakukan oleh bidan.

Hasil inspeksi pada area genetalia mengungkapkan adanya pengeluaran darah segar sejumlah ± 20 cc dengan warna merah kecoklatan, tanpa disertai perdarahan aktif dan berubah menjadi merah kecoklatan berupa flek pada tanggal 01 Mei 2026. Hal ini menunjukkan pendarah pada awalnya berwarna merah dan berubah menjadi kecoklatan yang disebabkan adanya oksidasi karena darah yang tidak keluar secara keseluruhan. Kejadian ini sejalan dengan teori Kuribayashi dkk (2021) bahwa darah yang baru keluar biasanya tampak merah terang, sedangkan darah yang telah berada lebih lama dalam saluran reproduksi dapat tampak kecoklatan karena proses oksidasi.

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 12 g/dL sehingga belum ditemukan tanda anemia. Hasil USG yang dilakukan dokter spesialis obstetri dan ginekologi menunjukkan plasenta previa totalis pada usia kehamilan 33 minggu. Hasil tersebut sesuai dengan teori Pratiwi et al. (2024) yang menyebutkan

bahwa pemeriksaan ultrasonografi merupakan metode utama dalam menegakkan diagnosis plasenta previa dan mendukung deteksi dini komplikasi.

4.3 Analisa

Berdasarkan evaluasi subjektif dan objektif mengidentifikasi diagnosis kebidanan yaitu Ny. S dengan gravida 33–34 minggu, telah mengalami tiga kali kehamilan, satu kali persalinan, dan satu kali abortus, dengan kondisi plasenta previa totalis. Penegakan diagnosis didasarkan pada adanya perdarahan berulang tanpa nyeri pada trimester ketiga serta hasil USG yang memperlihatkan plasenta menutupi seluruh ostium uteri internum. Sejalan dengan teori Kesuma et al (2024).

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan terhadap Ny. S dilaksanakan melalui kerja sama dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi, mengikuti standar yang ditetapkan untuk penanganan plasenta previa totalis. Intervensi awal yang diterapkan adalah mengomunikasikan temuan pemeriksaan kepada pasien dan keluarganya, merinci kondisi plasenta previa totalis serta menjelaskan tujuan dari penanganan konservatif dengan tujuan untuk melanjutkan kehamilan hingga mencapai usia gestasi yang lebih optimal. sebagaimana dikemukakan oleh Mujayana et al (2023), yang menekankan bahwa perawatan konservatif diindikasikan ketika usia kehamilan belum mencapai 37 minggu, volume pendarahan minimal, serta kondisi ibu dan janin stabil.

Selanjutnya, pemantauan rutin dilaksanakan terhadap parameter vital ibu, detak jantung janin, dan volume perdarahan guna mengevaluasi kondisi ibu dan

janin secara berkala untuk mengidentifikasi potensi komplikasi seperti perdarahan masif atau distres janin.

Penatalaksanaan yang dilakukan adalah konservatif sesuai dengan SOP RSUD Slamet Garut yang mana dilakukan secara kolaboratif dengan melibatkan pemberian asam folat, suplemen zat besi, nifedipin, dan injeksi deksametason. Pemberian preparat zat besi dan asam folat ditujukan untuk pencegahan anemia yang disebabkan oleh kehilangan darah berulang. Nifedipin diaplikasikan guna mereduksi kontraksi uterus, sehingga menekan kemungkinan terjadinya perdarahan. Injeksi deksametason diberikan untuk memfasilitasi maturasi paru janin, mengingat usia gestasi yang belum mencapai terminasi. pasien diinstruksikan untuk melakukan tirah baring untuk membatasi aktivitas fisik yang berat, menghentikan aktivitas seksual, dan segera mencari pertolongan medis di fasilitas kesehatan jika terjadi perdarahan massif. karena aktivitas fisik yang berlebihan dan hubungan seksual berpotensi memicu kontraksi serta memperparah insiden perdarahan.

Penulis juga menyediakan dukungan psikologi bagi ibu untuk menjaga ketenangan dan pola pikir positif selama periode kehamilan. Pemberian dukungan psikologi dinilai penting mengingat kondisi plasenta previa yang berpotensi menimbulkan kekhawatiran pada ibu mengenai keselamatan diri dan janin.

Evaluasi yang dilaksanakan pada 01 Mei 2026 menunjukkan kondisi ibu dan janin dalam keadaan stabil, dengan pendarahan yang mereda menjadi bercak kecoklatan dan tidak adanya pendarahan aktif. Berdasarkan temuan observasi dan

kolaborasi dokter Sp.oG,ibu diizinkan pulang dengan rekomendasi untuk melakukan kontrol lanjutan dan melanjutkan terapi di rumah dengan melakukan tehnik relaksasi yang diajarkan penulis untuk mengurangi rasa sakit pada bagian bawah perut.

Secara keseluruhan penatalaksanaan yang diaplikasikan pada Ny. S telah selaras dengan prinsip teoretis dan protokol standar asuhan kebidanan untuk kasus plasenta previa totalis. Tidak teridentifikasi adanya disparitas yang signifikan antara teori dan implementasi praktis, mengingat seluruh intervensi didasarkan pada kondisi pasien dan hasil kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi.

4.5 Pendokumentasian

Pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. S dilakukan menggunakan metode SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan). Metode ini digunakan untuk mendokumentasikan seluruh proses asuhan secara sistematis mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

Pada data Subjektif dicatat seluruh keluhan, riwayat kesehatan, riwayat obstetri, serta faktor risiko yang dimiliki ibu. Pada data Objektif dicatat hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital, pemeriksaan laboratorium, dan hasil ultrasonografi. Pada data Analisa dituliskan diagnosis kebidanan yaitu G3P1A1 usia kehamilan 33–34 minggu dengan plasenta previa totalis. Selanjutnya pada Penatalaksanaan dicatat seluruh rencana dan tindakan yang diberikan, meliputi

observasi, kolaborasi dengan dokter, pemberian terapi, pendidikan kesehatan, serta evaluasi perkembangan kondisi ibu dan janin.

Pendokumentasian menggunakan metode SOAP pada kasus ini telah sesuai dengan teori Sariana et al. (2022) yang menyatakan bahwa SOAP merupakan metode dokumentasi yang sistematis, memudahkan komunikasi antar tenaga kesehatan, serta menjadi bukti legal dalam pelaksanaan asuhan kebidanan. Dengan demikian, pendokumentasian yang dilakukan pada Ny. S telah memenuhi prinsip dokumentasi kebidanan yang lengkap, akurat, dan berkesinambungan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan “Asuhan Kebidanan pada Ny. S usia 26 tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu dengan Plasenta Previa Totalis” berupa pengumpulan data subjektif, pemeriksaan fisik dan data penunjang untuk memperoleh data objektif, menentukan analisa untuk mengetahui masalah yang terjadi pada pasien serta penatalaksanaan yang telah diberikan, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

- 1) Data Subjektif yang didapat yaitu adanya pendarahan pervaginam tanpa disertai nyeri pada trimester III secara berulang pada Ny. S usia 26 tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu menunjukkan ciri plasenta previa, hal ini sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 2) Data Objektif terdapat dari hasil Ultrasonografi ditemukan plasenta yang menutupi seluruh jalan lahir pada Ny. S usia 26 tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu menunjukkan ciri dari jenis Plasenta Previa Totalis, hal ini sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 3) Analisa yang ditegakkan adalah Ny. S usia 26 tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu dengan Plasenta Previa Totalis di RSUD Slamet Garut tahun 2026, sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 4) Penatalaksanaan pengkajian dengan dilakukanya perawatan konservatif pada Ny. S usia 26 tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu dengan

Plasenta Previa Totalis di RSUD Slamet Garut tahun 2026, yang diberikan untuk penanganan plasenta previa totalis untuk mempertahankan ibu dan bayi sampai usia kehamilan 37 minggu dengan melakukan kolaborasi dengan dokter, sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.

- 5) Pendokumentasian hasil asuhan kebidanan pada Ny. S usia 26 tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu dengan Plasenta Previa Totalis di RSUD Slamet Garut tahun 2026, dengan teknik pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

5.2 Saran

- 1) Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan pihak institusi dapat menyiapkan sumber referensi terbaru yang dapat dijadikan acuan mahasiswa dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.

- 2) Bagi Institusi Kesehatan

Memberikan pelayanan yang terbaik untuk meningkatkan keterampilan dan kualitas pelayanan asuhan kebidanan khususnya pada kasus plasenta previa totalis.

- 3) Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan mengasah keterampilan prakteknya mengenai asuhan kebidanan terutama asuhan kegawatdaruratan sesuai standar pelayanan kebidanan.

- 4) Bagi Klien atau Masyarakat

Diharapkan ibu hamil melakukan pemeriksaan rutin kehamilannya dan menghindari aktifitas yang berlebih untuk mencegah terjadinya plasenta previa totalis.

DAFTAR PUSTAKA

- Agnes Dewi Astuti. (2025). Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Bidang Ilmu Keperawatan Optimal. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Bidang Ilmu Keperawatan Optimal*, 1(2), 29–35.
- April, V. N., Sinaga, S. S., & Silaban, M. A. (2025). Karakteristik Ibu Hamil dengan Insidensi Plasenta Previa pada Ibu Hamil di RSUD HKBP Balige Kabupaten Toba STIKes Mitra Husada Medan , Indonesia Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) antara lain menurunkan tidak sempurna serta risiko melahirkan. *Jurnal Kesehatan Dan Kedokteran*, 2030(April).
- Aristina, N. E., & Dwijayanti, S. (2024). Perdarahan Antepartum: Studi Kasus Plasenta Previa Totalis. *Journal of Health Educational Science And Technology*, 7(1), 1–14. <https://doi.org/10.25139/htc.v7i1.6977>
- Irmadewi, I. D., Jubaedah, A. J., & Dewikusmawati, D. K. (2024). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Anemia Pada Ibu Hamil Dengan Kejadian Perdarahan Postpartum Di Rumah Sakit Pena 98 Gunung Sindur Bogor Tahun 2023. *Jurnal Ilmiah Bidan*, 7(2).
<https://doi.org/10.69935/jidan.v7i2.54>
- Nathasya, H. (2024). No TitleEAENH. *Edu Research Indonesian Institute For Corporate Learning And Studies (IICLS)*, 5(1), 70–80.
- Nirmalasari, Chairuna, & Riski, M. (2023). Hubungan antara usia, paritas dan

riwayat kuretase dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit

Muhamamdiyah Palembang Tahun 2023. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kebidanan Dan Kandungan*, 15(4). <https://stikes-nhm.e-journal.id/OBJ/index>

Pratama, R. E., & CL, M. A. (2021). Correlation between response time and infant outcome in pregnant women with fetal distress undergoing caesarean section in two tertiary hospitals. *Majalah Obstetri & Ginekologi*, 29(1), 1. <https://doi.org/10.20473/mog.v29i12021.1-6>

Pratiwi, N. D., Putri, N. S., Anggini, S. M., & Wulandari, S. (2024). Faktor Penyebab dan Faktor Resiko Plasenta Previa. *Stetoskop: The Journal Of Health Science*, 1(2), 6–18. <https://doi.org/10.70656/stjhs.v1i2.169>

Safitri, M., Susaldi, & Istiana. (2024). Hubungan Plasenta Previa, Konsumsi Kafein dan Kadar Hb dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Pagelaran Cianjur Tahun 2023. *Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 03(02), 1099–1106. <https://doi.org/10.53801/oajjhs.v3i2.233>

Sari Dahliana, Masyita, G., Meihartati, T., & Puspitasari, D. I. (2024). Gambaran Karakteristik Riwayat Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Pada Ibu Hamil Di Desa Sebulu. *Maternity and Neonatal : Jurnal Kebidanan*, 12(1), 42–52. <https://doi.org/10.30606/jmn.v12i1.2530>

Studi, P., Dokter, P., & Kedokteran, F. (2025). *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal) LITERATURE REVIEW : HUBUNGAN PARITAS IBU HAMIL DENGAN KEJADIAN PLASENTA PREVIA Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran , Universitas*

Pendidikan Corresponding Author : erlangga. 10(2).

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran I

Tabel 2.1.7 SOP RSUD dr. Slamet Garut

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	PLASENTA PREVIA		
	No. Dokumen : KS.01.03/004/083	No. Revisi : 01	Halaman 1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 01 Januari 2023	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut  dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp. OT, Spine NIP. 196505171991031013	
PENGERTIAN	Plasenta yang letaknya tidak normal sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum.		
TUJUAN	Sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien dengan plasenta previa di ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr. Slamet Garut.		
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.		
PERSIAPAN ALAT			
PROSEDUR	DIAGNOSIS 1. Perdarahan dari jalan lahir berulang tanpa disertai rasa nyeri 2. Dapat disertai atau tanpa adanya kontraksi. 3. Pada pemeriksaan luar biasanya bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul atau ada kelainan letak. \ 4. Pemeriksaan spekulum darah berasal dari ostium uteri eksternum. DIAGNOSA BANDING Robekan jalan lahir, polip serviks, erosi portio PEMERIKSAAN PENUNJANG 1. Pemeriksaan laboratorium: golongan darah, kadar hemoglobin, hematokrit, waktu perdarahan dan waktu pembekuan.		

	2. Pemeriksaan USG untuk mengetahui jenis plasenta previa dan taksiran berat badan janin TERAPI EKSPEKTATIF 1. Keadaan umum ibu dan anak baik 2. Perdarahan sedikit 3. Usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau taksiran berat badan janin kurang dari 2500 gr 4. Tidak ada his persalinan PENATALAKSANAAN 1. Pasang infus, tirah baring 2. Bila ada kontraksi prematur bisa diberi tokolitik (lihat pengelolaan prematuritas) 3. Pemantauan kesejahteraan janin dengan USG dan KTG setiap minggu. TERAPI AKTIF Persalinan pervaginam 1. Dilakukan pada plasenta letak rendah, plasenta marginalis atau plasenta previa lateralis di anterior (dengan anak letak kepala). Diagnosis ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan USG, perabaan fornices atau pemeriksaan dalam dikamar operasi tergantung indikasi. 2. Dilakukan oksitosin drip disertai pemecahan ketuban. Persalinan per abdominam dilakukan pada keadaan : 1. Plasenta previa dengan perdarahan banyak. 2. Plasenta previa totalis. 3. Plasenta previa lateralis di posterior. 4. Plasenta letak rendah dengan anak letak sungsang PPENYULIT Syok hipovolemik, gagal ginjal, koagulasi intravaskuler diseminata, kematian Prognosis: Dubia <i>informed consent</i> Dilakukan <i>informed consent</i> pada setiap aspek tindakan, baik diagnostik maupun terapeutik, kecuali bila keadaan sudah sangat mengancam jiwa Perawatan Rumah Sakit diperlukan
--	---

Lampiran II

LEMBAR PERSEMBAHAN

AKHIR CERITA

Setelah menjalani perawatan konservatif di RSUD dr. Slamet Garut, kondisi Ny. S berangsur membaik. Perdarahan pervaginam berkurang dan tidak ditemukan perdarahan aktif, tanda-tanda vital stabil, kadar hemoglobin dalam batas normal, serta kondisi janin baik dengan denyut jantung janin normal. Selama perawatan ibu mendapatkan terapi Nifedipine 10 mg, Asam Folat, Tablet Tambah Darah (Fe), serta injeksi Dexamethasone untuk pematangan paru janin. Ibu juga dianjurkan bed rest dan dilakukan observasi secara berkala.

Kehamilan berhasil dipertahankan hingga usia kehamilan 37 minggu. Pada tanggal 15 Mei ibu melakukan kunjungan ulang ke rumah sakit dengan hasil plasenta masih dibawah menutupi ostium uteri internum (plasenta previa totalis) tetapi pendarahan pervaginam telah berhenti pada tanggal 04 Mei 2026. Pada tanggal 24 Mei 2026 ibu melakukan pemeriksaan USG kembali ke rumah sakit Slamet Garut dengan hasil menunjukkan plasenta masih menutupi seluruh ostium uteri internum (plasenta previa totalis), sehingga jalan lahir tertutup dan persalinan pervaginam tidak dapat dilakukan. Selain itu, ibu memiliki riwayat perdarahan berulang sejak usia kehamilan 28 minggu yang meningkatkan risiko perdarahan hebat apabila persalinan dipaksakan secara normal. Oleh karena itu, dokter spesialis obstetri dan ginekologi memutuskan untuk melakukan terminasi kehamilan melalui tindakan Sectio Caesarea elektif pada usia kehamilan 37 minggu.

Tindakan Sectio Caesarea berlangsung pada tanggal 25 Mei 2026 dengan baik dan lahir bayi perempuan, dengan berat badan lahir sekitar 2900 gram dan panjang badan 51 cm sesuai usia kehamilan. Ibu juga mengatakan mendapatkan terapi Cefadroxil 500 mg 2 kali sehari, Asam Mefenamat 500 mg 3 kali sehari, Tablet Fe 1 kali sehari, dan Vitamin C 500 mg 1 kali sehari.

Pada hari ketiga pasca Sectio Caesarea, ibu dan bayi dalam keadaan sehat. ASI sudah mulai keluar, luka operasi baik, serta tidak ditemukan tanda-tanda infeksi maupun perdarahan sehingga ibu diperbolehkan pulang dan dianjurkan kontrol ulang pada tanggal 04 juni 2026 ke Pelayanan Kesehatan terdekat.

Lampiran III

Lampiran III

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Guruh Hasfira Susanty
 NIM : KHGB23010
 Judul KTI : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny. S Usia 26 Tahun G3P1A1 Gravida 33-34 Minggu Dengan Plasenta Previa Totalis Di RSUD Slamet Garut
 Nama Pembimbing : Ibu Rosita Alvia, SST., M.K.M
 NIDN : 0420390412106

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Selasa/ 28-04-2026	Pengajuan judul	Revisi Penulisan Judul		
2.	Kamis/ 07-05-2026	Konsul BAB III	Pada pola seksual ibu berhenti berhubungan pada usia kehamilan beberapa, perbaiki penomoran, dan tambahkan hasil USG pertama.		
3.	Jum'at/ 21-05-2026	Konsul dan revisi BAB 1-3	Pada BAB I tambahkan presentase aktor resiko dari hasil penelitian >1, peran bidan dan deteksi penatalaksanaan supaya jadi perhatian. Pada BAB II tambahkan daftar gambar, Telaah Jurnal. BAB III tambahkan leopold 3.		

4.	Senin/ 25-05-2026	Konsul dan Revisi BAB 1-5	BAB III tambahkan matrik, perbaiki penyusunan kalimat, USG pindahkan di objektif, cari jurnal selain rambe, tambahkan presentasi kepala, USG, penatalaksanaan sesuai protap. Pada BAB V tanyakan warna pendarahan yang berulan.		
5.	Jum'at/ 05-06-2026	Konsul dan BAB 1-5	Pada BAB 3 cari evidence based untuk di matrik, tambahkan daftar table dan gambar		
6.	Rabu/ 10-06-2026	Konsul dan revisi BAB 1-5	Di BAB 3 jangan sertakan nama klinik sama nama dokter, perbaiki susunan kalimat pada BAB 4 dan hapalkan materi		
7.	Senin/ 15-06-2026	Konsul dan revisi BAB 1-5	Perbaiki penulisan cover, rapikan daftar isi sama daftar singkatan, sertakan lampiran kertas bimbingan, hapalkan materi dan kirim PPT ke grup		
8.	Senin/ 15 Juni 2026	Konsul dan revisi BAB 1-5	ACC sidang		

Lampiran IV

LEMBAR BIMBINGAN LTA

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN PADA NY. S USIA 26
TAHUN G3P21 GRAVIDA 33-34 MINGGU DENGAN
PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RSUD dr. SLAMET GARUT

Nama Mahasiswa : Guruh Hasfira Susanty

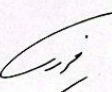
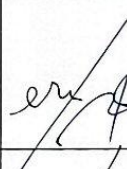
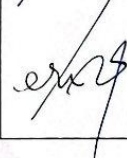
NIM : KHGB23010

Penela'ah I : Fitri Hanriyani, SST., M.Keb., M.Pd

NIK : 042039.1009.063

Penela'ah II : Esa Risi Suazini, S.Keb., M.K.M

NIK : 042039.1009.064

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Penela'ah	Paraf Mahasiswa	Paraf Penela'ah
1	25/06/26	BAB I-V (penguzi II)	perbaiki penulisan tambah lembar persenbahan & Algoritma, lembar akhir cerita		
2	24/06/26	BAB I-V (penguzi II)	ACC		
3	02/07/26	penguzi I	ACC & tanda tangan lembar pengesahan sidang		
4	03/07/26	penguzi I	tanda tangan lembar bimbingan		

RIWAYAT HIDUP



Guruh Hasfira Susanty, adalah nama penulis Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis lahir pada tanggal 26 desember 2003, merupakan anak ke empat dari empat bersaudara, dari pasangan bapak Entang Saepul Rahman dan Ibu Rasmanah. Asal penulis dari Kp. Cadasbodas Desa Mekarmukti Kec. Cibalong Kab. Garut.

Penulis menempuh Pendidikan di SDN 02 Mekarmukti tahun 2012-2017, melanjutkan sekolah ke Pondok Pesantren Modern Daarul Huda tahun 2018-2023, kemudian melanjutkan jenjang Pendidikan di Institu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Pengalaman organisasi penulis diantaranya Lingkungan Mahasiswa Pecinta Alam (LIMPA) tahun 2023-2025, Lembaga Dakwah Kampus tahun 2024-2025, Mentor Gema tahun 2025 dan Himpunan Mahasiswa Islam Komisariat Uniga 2024-2026.