

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY.I USIA 23 TAHUN
G2P0A1 GRAVIDA 36-37 MINGGU DENGAN PLASENTA
PREVIA TOTALIS DI RSUD DR SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut**

PERA YUNITA

KHGB23015



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN**

2026

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir (LTA) saya, ini adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Amd.Keb), baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada maupun di perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah 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 pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan 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, Juni 2026

Yang membuat pernyataan

(Pera Yunita)

KHGB23015

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.I USIA 23
TAHUN G2P0A1 GRAVIDA 36-37 MINGGU DENGAN
PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RSUD DR SLAMET
GARUT**

NAMA : PERA YUNITA

NIM : KHGB23015

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

Garut, Juni 2026

Menyetujui,

Pembimbing

Nofita Setiorini Futri Purwanto, S.Tr.,Bdn.,M.Kes
NIP. 042039.0122.168

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan

Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2026

Mengesahkan,

Pembimbing

Nofita Setiorini Futri Purwanto, S.Tr.,Bdn.,M.Kes
NIP. 042039.0122.168

Penela'ah I

Penela'ah II

(Fitri Hanriyani, SST.,M.Keb.,M.Pd)
NIP. 0420391009063

(Bdn.Tri Wahyuni, SST.,M.Keb)
NIP. 0420390107038

Mengetahui

Ketua Program Studi DII-Kebidanan

Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIP. 0414128506

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.I USIA 23 TAHUN G2P0A1 GRAVIDA 36-37 MINGGU DENGAN PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RSUD DR SLAMET GARUT”**. Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk menyelesaikan Program Studi Diploma III Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan, dan saran serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Hadiat., MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, SE., M,Si, selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Rektor Institut Kesehatann Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sulastini, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
5. Ibu Lina Humaeroh, SST.,M.Kes. selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Ibu Nofita Setiorini Putri Purwanto, S.Tr.Keb., Bdn., M.Kes selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan saran serta meluangkan

waktunya dan memberikan banyak masukan berharga, koreksi yang membangun, dan motivasi dalam proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sehingga dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

7. Seluruh Dosen, Staf pengajar, dan tata usaha di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah membekali berbagai ilmu yang bermanfaat.
8. Ibu Lutfi Laeli Safari, AM.Keb selaku Pembimbing Lapangan Ruangan Ponek yang selalu memberikan dukungan, doa, semangat dan selalu memberikan fasilitas untuk mendukung selama saya praktik di Ruang Rumah Sakit dr Slamet Garut.
9. Ny. I dan keluarga yang telah bersedia menjadi pasien untuk Laporan Tugas Akhir ini.
10. Kedua orang tua saya Bapak Sarip Hidayat Dan Mama Imas Jujun. Terimakasih penulis ucapkan atas segala pengorbanan dan ketulusan yang diberikan. Meskipun Bapak dan Mama tidak sempat merasakan pendidikan dibangku perkuliahan, namun selalu senantiasa memberikan yang terbaik, tak kenal lelah mendo'akan, mengusahakan, memberikan dukungan baik secara moral maupun finansial, serta memprioritaskan pendidikan dan kebahagiaan anak anaknya. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat mama dan bapak bahagia dan bangga, sehat selalu dan panjang umur karena mama dan bapak harus selalu ada disetiap proses, perjuangan dan pencapaian hidup penulis.
11. Kakak dan adik perempuan saya, yang selalu membuat penulis termotivasi untuk bisa terus belajar menjadi sosok yang dapat memberikan pengaruh

positif, serta berusaha menjadi panutannya di masa yang akan datang kelak

12. Keluarga besar, terimakasih telah menjadi rumah berkumpul yang hangat, yang senantiasa menyertai dengan do'a dan dukungan tulus sepanjang perjalanan studi.
13. Para rekan seperjuangan angkatan 2023 D3 Kebidanan. Khususnya N Nadila, Suci Nurani, Annisa Aulia Rahman, Neneng Elda Rohimah dan Anisa Rahmawati. Yang selalu memberikan dukungan dan motivasi, meskipun setelah ini akan menjalani kehidupan masing-masing yang berbeda, kesibukan yang berbeda, dan mungkin berada di kota atau negara yang berbeda, semoga pertemanan ini selalu terjaga selamanya.
14. Terakhir tidak lupa, kepada diri saya sendiri. Meskipun memiliki latar belakang keluarga yang tidak sempurna, terimakasih sudah memilih untuk bertahan, mau berjuang untuk tetap ada hingga saat ini, serta menjadi perempuan yang kuat dan ikhlas atas segala perjalanan hidup. Bagaimanapun kehidupanmu selanjutnya, hargailah, rayakan dirimu, berbahagialah atas segala proses yang berhasil yang berhasil dilalui untuk masa depan yang lebih baik dan cerah.

Kepada Allah jugalah kami serahkan semua puji dan syukurnya. Akhir kata kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, semoga Allah senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Aamiin.

Garut, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penelitian.....	4
1.2.1 Tujuan Umum.....	4
1.2.2 Tujuan Khusus.....	4
1.3 Metode Pengumpulan Data.....	5
1.4 Waktu dan Tempat Penelitian.....	5
1.4.1 Tempat.....	5
1.4.2 Waktu.....	5
1.5 Kegunaan Penelitian	6
1.5.1 Bagi Penulis.....	6
1.5.2 Bagi Lahan Praktik.....	6
1.5.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	6
1.5.4 Bagi Ibu Hamil dan Keluarga.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI	7
2.1 Konsep Dasar Kehamilan.....	7
2.1.1 Pengertian.....	7
2.1.2 Tanda Kehamilan.....	8
2.1.3 Tanda Bahaya.....	11
2.1.4 Standar Kualitas Asuhan Kebidanan.....	14
2.2 Konsep Dasar Plasenta Previa	16

2.2.4	Pengertian.....	16
2.2.2	Klasifikasi.....	16
2.2.3	Etiologi dan Faktor Risiko.....	17
2.2.4	Patofisiologi.....	20
2.2.5	Tanda dan Gejala.....	21
2.2.6	Diagnosis.....	21
2.2.7	Komplikasi.....	22
2.2.8	Asuhan Komplementer.....	22
2.2.9	Penatalaksanaan Plasenta Previa.....	23
2.3	Kewenangan Bidan	24
2.4	Konsep Dasar Manajemen Asuhan	25
2.4.1	Pengertian Asuhan Kebidanan.....	25
2.4.2	Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP).....	25
2.4.3	Standar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Plasenta Previa.....	26
2.4.4	Peran Bidan dalam Asuhan Kebidanan.....	27
BAB III TINJAUAN KASUS		28
3.1	Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny.I usia 23 tahun G2POA1 gravida 36-37 minggu dengan plasenta previa totalis di RSUD dr. Slamet Garut	28
3.2 MATRIK		40
Tabel 3.1 Matrik.....		40
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		43
4.1	Data Subjektif.....	43
4.2	Data Objektif	45
4.3	Analisa.....	47
4.4	Penatalaksanaan.....	48
4.5	Pendokumentasian.....	50
BAB V PENUTUP		51
5.1	Kesimpulan	51
5.2	Saran	52
5.2.1	Bagi Penulis.....	52

5.2.2	Bagi Institusi Pendidikan.....	52
5.2.3	Bagi Lahan Praktik.....	52
5.2.4	Bagi Ibu Hamil dan Keluarga.....	52
DAFTAR PUSTAKA.....		
LAMPIRAN		
RIWAYAT HIDUP		

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	42
------------------------	-----------

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
Hb	: Hemoglobin
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IRT	: Ibu Rumah Tangga
IVF	: In Vitro Fertilization
KB	: Keluarga Berencana
KPD	: Ketuban Pecah Dini
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MRI	: Magnetic Resonance Imaging

OUI	: Ostium Uteri Internum
PAP	: Pintu Atas Panggul
PHR	: Positive Heart Rate
PMB	: Praktik Mandiri Bidan
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
PPT	: Plasenta Previa Totalis
PT	: Prothrombin Time
APTT	: Activated Partial Thromboplastin Time
INR	: International Normalized Ratio
RL	: Ringer Laktat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SC	: Sectio Caesarea
SpOG	: Spesialis Obstetri dan Ginekologi
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SOAP	: Subjective, Objective, Assessment, Planning
SpO ₂	: Saturasi Oksigen Perifer
TB	: Tinggi Badan
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin

TBBA : Tafsiran Berat Badan Anak

TFU : Tinggi Fundus Uteri

TT : Tetanus Toxoid

USG : Ultrasonografi

VT : Vaginal Toucher

WHO : World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) masih menjadi salah satu indikator utama dalam menilai derajat kesehatan suatu negara. Menurut *World Health Organization*, sekitar 260.000 wanita meninggal setiap tahun akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, dengan lebih dari 700 kematian per hari di seluruh dunia (WHO, 2023).

Di Indonesia, AKI masih tergolong tinggi. Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2024, AKI mengalami penurunan selama periode 1991 sampai 2020 yaitu dari 390 menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu tahun 2024 sebanyak 4.151. Penyebab kematian ibu terbanyak pada tahun 2024 adalah komplikasi non-obstetrik sebanyak 1.351 kasus, diikuti oleh hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas sebanyak 988 kasus, dan perdarahan obstetrik sebanyak 955 kasus.

Berdasarkan Data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat mencatat jumlah kematian ibu pada tahun 2025 sebanyak 646 kasus (88,78 per 100.000 KH). Penyebab utama kematian ibu di Jawa Barat didominasi oleh komplikasi non-obstetrik sebesar 28,8%, diikuti perdarahan sebesar 27,2%, serta hipertensi dalam kehamilan sebesar 25,4%. Selain itu, terdapat pula penyebab lain seperti komplikasi obstetrik sebesar 12,1%, infeksi 3,9%, abortus 1,9%, dan komplikasi manajemen 0,8%.

Kabupaten Garut menjadi salah satu wilayah dengan jumlah kematian ibu yang cukup tinggi di Provinsi Jawa Barat. Pada tahun 2025, Kabupaten Garut mencatat sebanyak 68 kasus kematian ibu dan menempati urutan kedua tertinggi setelah Kabupaten Bogor yang mencapai 92 kasus. Tingginya angka kematian ibu di wilayah tersebut menunjukkan masih perlunya penguatan sistem rujukan, peningkatan akses pelayanan kesehatan, serta penanganan komplikasi kehamilan dan persalinan secara cepat dan tepat, terutama di daerah dengan jangkauan geografis yang luas seperti Kabupaten Garut (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2025).

World Health Organization (WHO) menyebutkan perdarahan masih menjadi salah satu penyebab kematian ibu sekitar 75% kematian ibu disebabkan oleh perdarahan hebat (*hemorrhage*). Perdarahan tersebut dapat terjadi baik pada masa kehamilan maupun persalinan, termasuk perdarahan antepartum yang salah satunya disebabkan oleh plasenta previa.

Plasenta previa merupakan kondisi yang terjadi selama kehamilan di mana plasenta melekat pada bagian bawah uterus. Normalnya perlekatan plasenta tidak menutupi jalan lahir, namun pada plasenta previa, sebagian atau seluruh jalan lahir tertutupi oleh plasenta (Salma Khairunnisa Hero, 2023). Berdasarkan derajat penutupannya, Plasenta previa diklasifikasikan menjadi berapa jenis, yaitu plasenta previa parsial (menutupi setengah dari ostium uteri interna), plasenta previa marginal (mencapai tepi bawah ostium uteri interna), plasenta letak rendah (berada sekitar 2 cm ostium interna), dan

plasenta previa total (menutupi seluruh ostium uteri interna) (Wulandari et al., 2022).

Secara global, insiden plasenta previa diperkirakan berkisar antara 0,3% hingga 2%. Kondisi ini menjadi salah satu faktor risiko terjadinya perdarahan obstetri yang dapat menyebabkan kematian maternal maupun neonatal akibat komplikasi perdarahan postpartum. Di Indonesia plasenta previa berkisar 2,4%-3,56% dari seluruh kehamilan (Monterde-Fernandez et al., 2025).

Plasenta previa memiliki tanda dan gejala yang cukup khas, yaitu terjadinya perdarahan tanpa disertai rasa nyeri dengan darah berwarna merah segar yang umumnya muncul pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu dan dapat terjadi secara berulang. Selain itu terdapat beberapa faktor risiko yang berperan dalam terjadinya plasenta previa, antara lain Paritas tinggi, usia lanjut, cacat rahim seperti bedah sesar, kerokan atau kuretase, miomektomi (Juniar et al., 2025).

Deteksi dini, pemantauan kehamilan yang optimal, serta penatalaksanaan yang cepat dan terintegrasi seperti stabilisasi hemodinamik, resusitasi cairan, transfusi darah, dan terminasi kehamilan melalui seksio sesarea merupakan tindakan utama yang efektif dalam menyelamatkan nyawa ibu dan janin. Selain itu, peran bidan dan tenaga kesehatan sangat penting dalam mengenali tanda bahaya, melakukan rujukan tepat waktu, serta berkolaborasi dengan tim medis dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri (Tarigan et al., 2025).

Maka pentingnya memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil dengan plasenta previa adalah untuk mendeteksi secara dini serta mencegah terjadinya komplikasi perdarahan yang dapat meningkatkan risiko Angka Kematian Ibu (AKI).

Berdasarkan uraian tersebut, penulis menyusun Laporan Tugas Akhir berjudul **“Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil G2P0A1 Gravida 36-37 Minggu dengan Plasenta Previa Totalis di RSUD dr Slamet Garut”**.

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Kebidanan ibu hamil pada Ny.I usia 23 tahun G2P0A1 gravida 36-37 minggu dengan Plasenta Previa Totalis dengan pendekatan manajemen kebidanan varney dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. I G2P0A1 Gravida 36-37 minggu dengan Plasenta Previa Totalis.
- 2) Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. I G2P0A1 Gravida 36-37 minggu dengan Plasenta Previa Totalis.
- 3) Melakukan analisa pada Ny. I G2P0A1 Gravida 36-37 minggu dengan Plasenta Previa Totalis.
- 4) Melakukan penatalaksanaan pada Ny. I G2P0A1 Gravida 36-37 minggu dengan Plasenta Previa Totalis.

- 5) Melakukan pendokumentasian pada Ny. I G2P0A1 Gravida 36-37 minggu dengan Plasenta Previa Totalis.

1.3 Metode Pengumpulan Data

1) Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

2) Observasi

Data diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

3) Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegaskan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

4) Studi Kepustakaan

Mempelajari buku dan jurnal sumber yang berhubungan dengan judul yang berkaitan dengan karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.4 Waktu dan Tempat Penelitian

1.4.1 Tempat

Tempat dilakukannya asuhan kebidanan pada ibu hamil di ruang Ponek RSUD dr Slamet Garut.

1.4.2 Waktu

Adapun waktu pelaksanaannya yaitu pada tanggal 11 April 2026

1.5 Kegunaan Penelitian

1.5.1 Bagi Penulis

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

1.5.2 Bagi Lahan Praktik

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

1.5.3 Bagi Institusi Pendidikan

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

1.5.4 Bagi Ibu Hamil dan Keluarga

Diharapkan ibu bisa mengetahui bahaya akan terjadinya kelahiran dengan plasenta previa totalis. Dan keluarga diharapkan dapat membantu mengurangi paparan faktor risiko seperti asap rokok di lingkungan rumah serta mendukung ibu dalam menjalani pemeriksaan antenatal secara teratur

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian

Kehamilan merupakan proses perkembangan hasil konsepsi di dalam rahim yang berlangsung sejak terjadinya pembuahan hingga bayi dilahirkan. Masa kehamilan normal (aterm) berlangsung sekitar 280 hari atau 40 minggu, setara dengan 9 bulan 7 hari, yang perhitungannya dimulai dari hari pertama haid terakhir (HPHT). Secara umum, periode kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, dengan masing-masing trimester berlangsung kurang lebih 13 minggu atau sekitar tiga bulan kalender (Jumriana Ibriani et al., 2024).

Kehamilan merupakan keadaan dimana terjadi proses fertilisasi atau penyatuan ovum dari wanita dan spermatozoa dari pria yang kemudian akan melakukan serangkaian proses hingga membentuk janin hingga menjelang kelahiran. Secara singkat bahwa kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari sperma dan ovum yang selanjutnya melakukan implantasi. Lamanya masa kehamilan normal berkisar 37-40 minggu atau sekitar 9 bulan dan terbagi menjadi 3 trimester. Trimester I (pertama) berlangsung dalam 12 minggu pertama, trimester II (kedua) pada minggu ke-13 hingga ke-27, dan trimester III (ketiga) pada minggu ke-28 hingga ke-40 (Sitawati et al., 2023).

2.1.2 Tanda Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan merupakan perubahan fisik dan psikologis yang dialami wanita akibat terjadinya kehamilan. Tanda-tanda tersebut membantu dalam mengidentifikasi adanya kehamilan, meskipun belum dapat memastikan belum dapat memastikan secara pasti bahwa seorang wanita sedang hamil (Lestari et al., 2023).

1) Tanda-Tanda Tidak Pasti Hamil

Tanda tidak pasti hamil adalah gejala yang dirasakan oleh wanita yang mengarah pada kemungkinan kehamilan, tetapi dapat juga disebabkan oleh kondisi lain. Tanda-tanda tersebut meliputi:

- a) Amenorea (terlambat menstruasi), yaitu tidak terjadinya haid sesuai jadwal yang biasanya dialami wanita. HPHT digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan taksiran persalinan.
- b) Mual dan muntah (morning sickness), yang umumnya terjadi pada trimester pertama akibat peningkatan hormon estrogen dan progesteron yang memengaruhi produksi asam lambung.
- c) Kelelahan, disebabkan oleh perubahan hormonal selama kehamilan yang meningkatkan kebutuhan energi tubuh.
- d) Perubahan pada payudara, berupa pembesaran, rasa tegang, dan nyeri akibat pengaruh hormon yang merangsang perkembangan jaringan payudara.

- e) Sering buang air kecil, terutama pada trimester pertama dan ketiga karena kandung kemih mendapat tekanan dari pembesaran uterus atau bagian terbawah janin.
- f) Perubahan emosi atau suasana hati, seperti mudah marah, sedih, atau sensitif akibat perubahan kadar hormon selama kehamilan.
- g) Konstipasi, yang terjadi karena hormon progesteron memperlambat pergerakan usus sehingga proses pencernaan menjadi lebih lambat.
- h) Perubahan pigmentasi kulit, seperti munculnya linea nigra, melasma, dan penggelapan areola mammae akibat peningkatan hormon kehamilan.
- i) Perubahan selera makan, berupa peningkatan atau penurunan nafsu makan maupun ketertarikan pada makanan tertentu.
- j) Mengidam, yaitu keinginan kuat terhadap makanan atau minuman tertentu yang sering terjadi selama kehamilan, terutama pada trimester pertama.
- k) Varises, yaitu pelebaran pembuluh darah vena yang umumnya muncul pada tungkai, genetalia, dan payudara akibat pengaruh hormon dan peningkatan volume darah selama kehamilan.

2) Tanda-Tanda Pasti Hamil

Tanda pasti hamil merupakan tanda yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis kehamilan karena menunjukkan adanya janin di dalam rahim dan hanya dapat dipastikan melalui pemeriksaan oleh tenaga kesehatan. Tanda-tanda pasti hamil meliputi:

- a) Terdengarnya denyut jantung janin (DJJ) melalui alat pemeriksaan seperti Doppler, stetoskop Laennec, atau ultrasonografi (USG). Pemeriksaan USG dapat mendeteksi DJJ paling awal, yaitu sekitar usia kehamilan 8 minggu.
- b) Gerakan janin, baik yang dirasakan oleh ibu maupun yang terdeteksi oleh pemeriksa. Umumnya gerakan janin mulai dirasakan pada usia kehamilan 18–20 minggu, meskipun dapat bervariasi pada setiap ibu.
- c) Terabanya bagian-bagian janin, yang dapat diketahui melalui pemeriksaan palpasi abdomen, seperti pemeriksaan Leopold, untuk menentukan posisi dan presentasi janin.
- d) Terlihatnya kantong kehamilan atau janin pada pemeriksaan USG, yang umumnya sudah dapat diamati sejak usia kehamilan 5–6 minggu.

3) Tanda Kemungkinan Hamil

Tanda kemungkinan hamil merupakan tanda objektif yang ditemukan oleh tenaga kesehatan dan mengarah pada adanya kehamilan, tetapi belum dapat memastikan kehamilan secara definitif. Tanda-tanda tersebut meliputi:

- a) Hasil pemeriksaan hormon hCG positif, baik melalui urine maupun darah, yang menunjukkan adanya hormon kehamilan yang diproduksi oleh plasenta.

- b) Pembesaran uterus, akibat pertumbuhan hasil konsepsi di dalam rahim.
- c) Tanda Hegar, yaitu pelunakan pada segmen bawah rahim (isthmus uteri).
- d) Tanda *Chadwick*, berupa perubahan warna vulva, vagina, dan serviks menjadi kebiruan akibat peningkatan vaskularisasi.
- e) Tanda *Piskacek*, yaitu pembesaran uterus yang tidak simetris karena implantasi hasil konsepsi pada salah satu sisi rahim.
- f) Kontraksi *Braxton Hicks*, yaitu kontraksi ringan dan tidak teratur yang terjadi akibat pembesaran rahim selama kehamilan.
- g) *Ballotement*, yaitu adanya sensasi pantulan janin saat dilakukan pemeriksaan oleh tenaga kesehatan

2.1.3 Tanda Bahaya

Menurut Sulistiyarningsih et al. (2023), kehamilan merupakan kondisi fisiologis yang normal, tetapi dapat disertai komplikasi yang membahayakan ibu dan janin. Pada trimester pertama terdapat beberapa tanda bahaya yang perlu diwaspadai, yaitu:

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada awal kehamilan dapat disebabkan oleh abortus, kehamilan ektopik, dan mola hidatidosa. Keluhan yang sering muncul berupa nyeri perut bawah, perdarahan, dan gangguan perkembangan kehamilan. Diagnosis dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan USG.

2) Hiperemesis gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan pada kehamilan yang dapat menyebabkan dehidrasi, lemas, dan penurunan berat badan. Faktor risikonya meliputi usia muda, primigravida, anemia, dan gangguan hormonal. Penanganan dilakukan dengan pemberian cairan, nutrisi, dan obat antiemetik.

3) Hipertensi dalam kehamilan

Hipertensi kehamilan ditandai dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg dan dapat berkembang menjadi preeklampsia atau eklampsia. Gejalanya meliputi sakit kepala, pandangan kabur, nyeri ulu hati, dan proteinuria. Kondisi ini dapat meningkatkan risiko komplikasi pada ibu dan janin sehingga memerlukan pemantauan dan pengobatan.

4) Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut pada kehamilan muda dapat menjadi tanda gangguan seperti kehamilan ektopik, kista ovarium, apendisitis, sistitis, atau pielonefritis. Keluhan dapat disertai demam, mual muntah, serta gangguan berkemih sehingga memerlukan pemeriksaan lebih lanjut.

Tanda Bahaya Kehamilan Trimester II

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada trimester II dapat disebabkan oleh plasenta previa dan solusio plasenta. Plasenta previa terjadi ketika plasenta menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir, sedangkan solusio plasenta adalah kondisi terlepasnya plasenta sebelum persalinan. Gejala utama berupa

perdarahan pervaginam, nyeri perut, dan dapat membahayakan ibu maupun janin.

2) Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban pecah dini terjadi ketika selaput ketuban pecah sebelum waktu persalinan. Kondisi ini meningkatkan risiko infeksi, persalinan prematur, dan gangguan pada janin. Sebagian besar ibu akan mengalami persalinan dalam 24 jam setelah ketuban pecah.

3) Inkompetensi serviks

Inkompetensi serviks adalah kondisi lemahnya leher rahim sehingga serviks membuka terlalu dini sebelum waktu persalinan. Keadaan ini dapat menyebabkan keguguran atau persalinan prematur. Penanganan dapat dilakukan dengan pemantauan ketat dan tindakan cerclage serviks.

4) Preeklampsia

Preeklampsia ditandai dengan tekanan darah tinggi dan proteinuria setelah usia kehamilan 20 minggu. Kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi serius pada ibu dan janin apabila tidak segera ditangani. Gejalanya meliputi sakit kepala, edema, dan gangguan penglihatan.

Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

1) Kontraksi sebelum waktunya

Kontraksi pada awal trimester III dapat menjadi tanda persalinan prematur apabila terjadi secara teratur sebelum usia kehamilan cukup bulan. Ibu hamil perlu memantau frekuensi dan kekuatan kontraksi yang dirasakan.

2) Penglihatan kabur

Penglihatan kabur atau perubahan visual mendadak dapat menjadi tanda preeklampsia. Keluhan ini sering disertai sakit kepala berat, edema, dan peningkatan tekanan darah.

3) Edema pada wajah dan tangan

Pembengkakan pada wajah dan jari tangan yang berlebihan dapat mengindikasikan preeklampsia, anemia, atau gangguan fungsi jantung dan ginjal. Kondisi ini perlu mendapat pemeriksaan lebih lanjut.

4) Gerakan janin berkurang

Penurunan gerakan janin dapat menjadi tanda gangguan pada janin, termasuk fetal distress atau kematian janin. Pemeriksaan dilakukan melalui pemantauan gerakan janin, denyut jantung janin, dan USG.

2.1.4 Standar Kualitas Asuhan Kebidanan

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala untuk memantau kesehatan ibu dan janin, mendeteksi dini komplikasi, serta mempersiapkan persalinan yang aman. Pelayanan antenatal terpadu dilakukan melalui standar pelayanan 12T, yaitu:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan, untuk menilai status gizi ibu dan memantau pertambahan berat badan selama kehamilan.
- 2) Ukur tekanan darah, untuk mendeteksi dini hipertensi dalam kehamilan seperti preeklampsia.

- 3) Tentukan status gizi melalui pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) guna mengetahui risiko kekurangan energi kronis (KEK).
- 4) Ukur tinggi fundus uteri, untuk menilai pertumbuhan dan perkembangan janin sesuai usia kehamilan.
- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ) untuk mengetahui kondisi dan kesejahteraan janin.
- 6) Skrining status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi Td sesuai indikasi, untuk mencegah tetanus maternal dan neonatal.
- 7) Pemberian tablet tambah darah (TTD) minimal 90 tablet selama kehamilan untuk mencegah anemia.
- 8) Pemeriksaan laboratorium, meliputi pemeriksaan hemoglobin, golongan darah, rhesus, protein urine, gula darah, HIV, sifilis, dan hepatitis B sesuai indikasi.
- 9) Tata laksana kasus, yaitu pemberian penanganan atau rujukan sesuai kondisi dan faktor risiko yang ditemukan.
- 10) Temu wicara atau konseling, mencakup edukasi mengenai kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir, nutrisi, tanda bahaya, dan keluarga berencana.
- 11) Pemeriksaan ultrasonografi (USG) sesuai usia kehamilan dan indikasi medis untuk menilai kondisi janin dan plasenta.
- 12) Skrining kesehatan jiwa, untuk mendeteksi gangguan psikologis yang dapat memengaruhi kesehatan ibu dan janin.

Pelayanan antenatal terpadu melalui standar 12T bertujuan untuk menjamin setiap ibu hamil memperoleh pelayanan yang berkualitas sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun bayi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

2.2 Konsep Dasar Plasenta Previa

2.2.1 Pengertian

Plasenta previa merupakan keadaan ketika plasenta menempel pada bagian bawah uterus, sehingga dapat menutupi sebagian maupun seluruh ostium uteri internum atau jalan lahir. Kondisi ini umumnya ditandai dengan perdarahan pervaginam yang terjadi tanpa disertai nyeri, terutama pada trimester ketiga kehamilan, khususnya mendekati usia kehamilan delapan bulan (Pratiwi et al., 2024).

Plasenta previa merupakan kondisi ketika plasenta melekat pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum pada usia kehamilan di atas 20 minggu. Keadaan ini menjadi salah satu penyebab utama perdarahan antepartum yang terjadi pada trimester kedua maupun trimester ketiga kehamilan (Juniar et al., 2025).

2.2.2 Klasifikasi

Menurut Juniar et al., (2025), plasenta previa dibedakan menjadi empat tipe, antara lain :

- 1) Plasenta previa totalis merupakan kondisi ketika plasenta menutupi seluruh ostium uteri internum.

- 2) Plasenta previa parsialis terjadi apabila plasenta hanya menutupi sebagian ostium uteri internum, terutama saat serviks mulai mengalami pembukaan.
- 3) Plasenta previa marginalis adalah keadaan ketika tepi plasenta berada di sekitar ostium uteri internum tanpa menutupinya.
- 4) Plasenta letak rendah merupakan kondisi plasenta yang terletak pada segmen bawah uterus, namun tidak sampai menutupi ostium uteri internum

2.2.3 Etiologi dan Faktor Risiko

Etiologi plasenta previa hingga saat ini masih belum diketahui secara pasti. Namun, terdapat beberapa faktor yang diketahui dapat meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa, seperti kehamilan pada usia lanjut, multiparitas, kehamilan ganda, kebiasaan merokok selama masa kehamilan, janin berjenis kelamin laki-laki, riwayat abortus, riwayat operasi pada uterus, riwayat plasenta previa sebelumnya, serta kehamilan yang terjadi melalui program fertilisasi in vitro (IVF) (Wulandari et al., 2022).

1) Hubungan Usia dengan Plasenta Previa

Usia ibu memiliki hubungan dengan kejadian plasenta previa. Ibu hamil dengan usia kurang dari 20 tahun maupun lebih dari 35 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami plasenta previa. Pada usia terlalu muda, organ reproduksi belum berkembang secara optimal sehingga implantasi plasenta dapat terjadi pada segmen bawah rahim.

Sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun terjadi penurunan fungsi reproduksi dan gangguan vaskularisasi endometrium yang meningkatkan risiko implantasi abnormal plasenta (Pratiwi et al., 2024).

2) Hubungan Paritas dengan Plasenta Previa

Paritas berhubungan dengan kejadian plasenta previa. Ibu dengan multiparitas memiliki risiko lebih besar mengalami plasenta previa dibandingkan primipara. Hal ini disebabkan karena kehamilan dan persalinan berulang dapat menyebabkan atrofi desidua dan berkurangnya vaskularisasi endometrium sehingga implantasi plasenta terjadi pada segmen bawah rahim (Pratiwi et al., 2024).

3) Hubungan Riwayat Abortus dengan Plasenta Previa

Riwayat abortus merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian plasenta previa. Abortus dapat memengaruhi kondisi endometrium dan proses implantasi pada kehamilan berikutnya. Perubahan pada lapisan endometrium dapat menyebabkan implantasi plasenta menjadi kurang optimal pada area fundus uteri.

Gangguan implantasi tersebut dapat meningkatkan kemungkinan plasenta menempel pada segmen bawah rahim, sehingga berisiko menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Kondisi inilah yang menyebabkan terjadinya plasenta previa (Widya et al., 2025).

4) Hubungan Paparan Asap Rokok dengan Plasenta Previa

Paparan asap rokok, baik secara langsung maupun tidak langsung, juga diketahui berhubungan dengan meningkatnya risiko plasenta previa. Kandungan karbon monoksida dan nikotin dalam asap rokok dapat menyebabkan hipoksia serta gangguan pertumbuhan dan fungsi plasenta sehingga meningkatkan risiko implantasi abnormal plasenta (Pratiwi et al., 2024).

Paparan asap rokok pada ibu hamil merupakan salah satu faktor risiko terjadinya plasenta previa. Asap rokok mengandung karbon monoksida dan berbagai zat berbahaya yang dapat memengaruhi perkembangan serta implantasi plasenta. Karbon monoksida yang terhirup dapat menyebabkan hipertrofi plasenta sehingga meningkatkan risiko terjadinya implantasi plasenta yang abnormal (Ramadhan & Brian, 2022).

5) Hubungan Kehamilan Ganda dengan Plasenta Previa

Kehamilan ganda memiliki hubungan dengan plasenta previa karena ukuran plasenta yang lebih luas memungkinkan implantasi plasenta meluas hingga segmen bawah rahim dan menutupi ostium uteri internum (Juniar et al., 2025).

6) Hubungan Janin berjenis Kelamin Laki-Laki

Plasenta previa merupakan kondisi implantasi plasenta pada segmen bawah uterus yang dipengaruhi oleh faktor maternal maupun fetal. Beberapa penelitian observasional menunjukkan bahwa

kehamilan dengan janin laki-laki lebih sering ditemukan pada kasus plasenta previa dibandingkan janin perempuan. Kondisi tersebut diduga berkaitan dengan perbedaan perkembangan trofoblas dan pertumbuhan plasenta pada janin laki-laki yang dapat memengaruhi proses implantasi plasenta (Cunningham et al., 2022).

7) Hubungan Riwayat Operasi pada Uterus dengan Plasenta Previa

Riwayat tindakan seksio sesarea dapat menimbulkan jaringan parut pada endometrium yang menyebabkan lapisan dinding rahim menjadi lebih tipis dan aliran vaskularisasi pada area tersebut berkurang. Kondisi ini membuat daerah tersebut kurang optimal sebagai tempat implantasi dan pertumbuhan plasenta. Akibatnya, plasenta cenderung berimplantasi pada bagian rahim lain yang memiliki suplai darah lebih baik, seperti segmen bawah uterus, sehingga meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa ibu hamil dengan riwayat seksio sesarea memiliki risiko mengalami plasenta previa sekitar 1,5–6 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang sebelumnya melahirkan secara pervaginam (Wulandari et al., 2022).

2.2.4 Patofisiologi

Plasenta previa terjadi ketika plasenta berimplantasi pada segmen bawah uterus sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Kondisi ini dapat disebabkan oleh kerusakan endometrium dan gangguan vaskularisasi uterus akibat riwayat seksio sesarea, kuretase,

multiparitas, atau peningkatan usia ibu. Keadaan tersebut menyebabkan blastokista berimplantasi pada daerah dengan suplai darah yang lebih baik, yaitu segmen bawah uterus. Selain itu, perfusi darah yang tidak adekuat membuat plasenta memperluas area pertumbuhannya untuk memenuhi kebutuhan janin. Pada trimester ketiga, peregangan segmen bawah uterus dan perubahan serviks dapat menyebabkan pembuluh darah plasenta robek sehingga terjadi perdarahan antepartum yang umumnya berwarna merah segar dan tidak disertai nyeri (Ayusti Anumillah et al., 2022).

2.2.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala plasenta previa umumnya ditandai dengan perdarahan pervaginam tanpa disertai rasa nyeri. Perdarahan biasanya terjadi pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu dengan darah berwarna merah segar dan dapat terjadi berulang. Perdarahan awal umumnya tidak terlalu banyak, namun perdarahan selanjutnya cenderung lebih banyak. Selain itu, bagian terendah janin sering kali masih tinggi atau belum masuk ke pintu atas panggul serta dapat disertai kelainan letak janin. Banyaknya darah yang keluar dapat menyebabkan anemia, bahkan pada kondisi berat dapat menimbulkan syok dan gawat janin (Juniar et al., 2025).

2.2.6 Diagnosis

Diagnosis plasenta previa ditegakkan berdasarkan gejala klinis dan pemeriksaan penunjang. Pada anamnesis, pasien biasanya mengeluhkan perdarahan pada trimester ketiga, terutama setelah usia kehamilan 28 minggu, yang terjadi tanpa sebab, tanpa nyeri, dan berulang. Pemeriksaan

fisik dapat dilakukan menggunakan spekulum untuk menilai kondisi vagina dan serviks, sedangkan pemeriksaan vaginal toucher dihindari karena dapat memicu perdarahan. Pemeriksaan penunjang utama adalah USG, baik transvaginal maupun transabdominal, serta MRI yang dapat digunakan untuk membantu mendeteksi plasenta akreta, inkreta, dan perkreta (Wulandari et al., 2022).

2.2.7 Komplikasi

Plasenta previa dapat menimbulkan komplikasi serius, baik pada ibu maupun janin. Komplikasi plasenta previa pada ibu meliputi perdarahan, syok, anemia, endometritis pascapersalinan, hingga kematian. Sementara itu, pada janin dapat menyebabkan kelainan letak, persalinan prematur, asfiksia, hingga kematian janin. Selain itu, plasenta previa juga meningkatkan risiko terjadinya solusio plasenta, persalinan secara seksio sesarea, perdarahan postpartum, serta koagulasi intravaskular diseminata (DIC) (Aristina Dwijayanti & Serly, 2024).

2.2.8 Asuhan Komplementer

Asuhan kebidanan komplementer merupakan pelayanan kebidanan yang menggunakan metode nonfarmakologis sebagai pelengkap pelayanan konvensional untuk meningkatkan kesehatan fisik dan psikologis ibu. Salah satu metode yang sering digunakan adalah teknik relaksasi napas dalam. Teknik ini dilakukan dengan menarik napas perlahan melalui hidung, menahan napas selama beberapa detik, kemudian

menghembuskannya secara perlahan melalui mulut secara teratur dan berulang.

Relaksasi napas dalam bekerja dengan merangsang sistem saraf parasimpatis sehingga dapat menurunkan aktivitas saraf simpatis, mengurangi ketegangan otot, memperlambat denyut jantung, serta memberikan efek tenang dan nyaman. Oleh karena itu, teknik ini dapat digunakan sebagai intervensi nonfarmakologis untuk membantu mengurangi kecemasan pada ibu hamil. Pada ibu hamil, terutama trimester III, kecemasan sering muncul akibat perubahan fisik, psikologis, serta kekhawatiran terhadap proses persalinan dan kondisi janin. Pemberian relaksasi napas dalam dapat membantu ibu mengendalikan respons emosional, meningkatkan rasa nyaman, dan menurunkan tingkat kecemasan (Yelsa Dianaurelia, 2024).

2.2.9 Penatalaksanaan Plasenta Previa

Penatalaksanaan plasenta previa disesuaikan dengan usia kehamilan, kondisi ibu, janin, serta jenis plasenta previa. Pada kehamilan preterm, penatalaksanaan dapat dilakukan dengan pemberian kortikosteroid untuk pematangan paru janin, tokolitik untuk mengurangi kontraksi uterus, serta terapi lain sesuai kondisi pasien. Pada kehamilan aterm, persalinan dapat dilakukan secara pervaginam atau melalui seksio sesarea tergantung jenis plasenta previa dan kondisi klinis. Persalinan pervaginam bertujuan agar bagian terbawah janin menekan area plasenta yang mengalami perdarahan sehingga perdarahan dapat berkurang. Sementara itu, seksio sesarea bertujuan mengatasi sumber perdarahan secara langsung dan memungkinkan uterus berkontraksi dengan baik. Pada kasus plasenta

previa totalis, seksio sesarea merupakan pilihan persalinan yang mutlak dilakukan (Ayu Rahmania & Purnamawati, 2022).

2.3 Kewenangan Bidan

Kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan mengacu pada ketentuan mengenai praktik tenaga kesehatan yang diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Dalam Pasal 285 disebutkan bahwa tenaga medis dan tenaga kesehatan, termasuk bidan, dalam menjalankan praktik harus sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada kompetensi yang dimilikinya. Tenaga kesehatan yang memiliki lebih dari satu jenjang pendidikan memiliki kewenangan sesuai dengan lingkup kompetensi dan kualifikasi tertinggi yang dimiliki. Ketentuan lebih lanjut mengenai kewenangan tersebut diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Selain itu, Pasal 286 menyatakan bahwa dalam keadaan tertentu tenaga medis dan tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan di luar kewenangannya, seperti pada kondisi tidak tersedianya tenaga kesehatan di suatu wilayah, kebutuhan program pemerintah, penanganan kegawatdaruratan medis, serta pada kejadian luar biasa (KLB), wabah, atau bencana.

Pada kasus kehamilan risiko tinggi seperti plasenta previa, bidan tetap menjalankan pelayanan sesuai kompetensi yang dimiliki, meliputi deteksi dini faktor risiko, pemantauan kondisi ibu dan janin, pemberian pertolongan awal sesuai kewenangan, serta melakukan rujukan secara tepat dan cepat ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu apabila

diperlukan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2023)

2.4 Konsep Dasar Manajemen Asuhan

2.4.1 Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan merupakan pelaksanaan tugas dan wewenang bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien yang mengalami kebutuhan maupun permasalahan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga pelayanan keluarga berencana (Ningsih et al., 2023)

2.4.2 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP)

Asuhan kebidanan diberikan secara komprehensif menggunakan pendekatan standar asuhan kebidanan menurut Kepmenkes tahun 2007, dimulai dari tahap pengkajian, penegakan diagnosa kebidanan, perencanaan tindakan, pelaksanaan, hingga evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan (metode SOAP) (Zuhra et al., 2025)

(SOAP) dijabarkan sebagai berikut :

- S : *Subjektif* Menggambarkan hasil pendokumentasian anamnesis.
- O : *Objektif* Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil dari pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I varney.
- A : *Assesment* Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi

data objektif dalam identifikasi yang meliputi:

1. Diagnosa atau masalah
2. Antisipasi diagnosa atau masalah potensial
3. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi, kolaborasi dan atau rujukan sebagai langkah II, III dan IV varney.

P : *Planning* Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan pelaksanaan tindakan dan evaluasi berdasarkan assessment sebagai langkah V, VI dan VII varney.

Manajmen Varney dalam pendokumentasian kebidanan yaitu:

1. Langkah I: Pengkajian
2. Langkah II: Merumuskan Diagnosa/Masalah Kebidanan
3. Langkah III: Antisipasi Diagnosa/Masalah Potensial
4. Langkah IV: Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera
5. Langkah V: Merencana Asuhan Secara Menyeluruh
6. Langkah VI: Implementasi
7. Langkah VII: Evaluasi

2.4.3 Standar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Plasenta Previa

Berdasarkan standar pelayanan asuhan kebidanan serta pedoman yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, ibu hamil dengan kondisi plasenta previa tidak disarankan untuk menjalani persalinan di Praktik Mandiri Bidan (PMB) karena memiliki risiko terjadinya perdarahan yang cukup tinggi. Oleh karena itu, bidan memiliki peran penting dalam melakukan deteksi dini terhadap komplikasi, memberikan edukasi kepada

ibu hamil, melakukan pemantauan secara berkala, serta bekerja sama dalam pelaksanaan sistem rujukan yang tepat dan efektif.

2.4.4 Peran Bidan dalam Asuhan Kebidanan

Bidan mempunyai peran dalam memberikan asuhan kebidanan secara menyeluruh dengan pendekatan humanistik dan berdasarkan evidence based practice. Pelayanan kebidanan dilakukan melalui manajemen asuhan kebidanan dengan memperhatikan kondisi fisik, psikologis, emosional, sosial budaya, spiritual, ekonomi, serta lingkungan klien. Berbagai faktor tersebut dapat memengaruhi kesehatan reproduksi perempuan, sehingga bidan melakukan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai dengan kewenangannya. Dalam pelaksanaannya, bidan juga menggunakan komunikasi efektif dan konseling untuk menjalin hubungan yang baik dengan klien (Susanti et al., 2022).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny.I usia 23 tahun G2POA1 gravida

36-37 minggu dengan plasenta previa totalis di RSUD dr. Slamet Garut

Pengkajian pada tanggal : 11-04-2026

Pukul : 06.38 WIB

Tempat : RSUD dr. Slamet Garut

Ruang : Ponak

Pengkaji : Pera Yunita

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama Ibu	: Ny.I	Nama Suami	: Tn.A
Umur	: 23 Tahun	Umur	: 25 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Kp. Limus Bunder		

2. Alasan Datang Ke RSUD

Ibu dirujuk dari Puskesmas Tarogong pukul 06.38 WIB ke Rumah Sakit karena adanya perdarahan dari jalan lahir. Ibu mengatakan usia kehamilan 36 minggu, perdarahan terjadi sejak 7 jam yang lalu tidak disertai nyeri, dan telah menghabiskan 3 pembalut penuh disertai darah bergumpal. Gerakan janin masih dirasakan

3. Keluhan Utama

Ibu mengeluh keluar darah dari jalan lahir sejak 7 jam yang lalu tanpa disertai nyeri.

4. Riwayat Keluhan Utama

Keluhan dialami sejak usia kehamilan 33-34 minggu. Pada tanggal 03-06 April 2026 ibu dirawat di RSUD karena perdarahan dari jalan lahir, terlampir surat kontrol dengan diagnosa G2P0A1 gravida 33-34 minggu dengan prematur kontraksi, PAP ec PPT. Ibu dianjurkan kontrol kembali pada tanggal 14 April 2026. Namun, pada tanggal 11 April 2026 sebelum jadwal kontrol ibu datang ke Puskesmas Tarogong karena keluhan yang sama dan kemudian dilakukan rujukan ke RSUD dr. Slamet Garut.

5. Riwayat kehamilan sekarang

- a. Usia Kehamilan : 36-37 minggu
- b. HPHT : 27-07-2025
- c. TP : 04-05-2026
- d. Pergerakan janin dirasakan ibu usia kehamilan 16 minggu sampai sekarang

- e. Riwayat Imunisasi TT : TT1
- f. Ibu tidak pernah mengalami nyeri perut hebat selama hamil
- g. Ibu rutin di periksa kehamilan >6 kali di Puskesmas,TPMB, Posyandu, dan RS.

6. Riwayat kehamilan yang lalu

Ibu mengatakan pada tahun 2025 pernah keguguran 1x, pada usia kehamilan 10 minggu dan tidak dilakukan kuretase.

7. Riwayat kesehatan ibu

Ibu tidak mempunyai penyakit berat maupun menurun seperti: TBC, asma, jantung, hipertensi, HIV/AIDS.

8. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan keluarga dan suami tidak mempunyai penyakit menurun seperti hipertensi, asma, jantung, diabetes melitus.

9. Riwayat ginekologi

Ibu mengatakan pertama kali haid usia 13 tahun. Siklus haid 28 hari, lama haid 5-6 hari, mengganti pembalut 2 kali sehari, konsistensi cair sedikit kental.

10. Status pernikahan

Ibu mengatakan ini pernikahan yang pertama, menikah pada usia 19 tahun dan usia pernikahan kurang lebih 4 tahun

11. Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan terakhir menggunakan KB suntik 3 bulan selama kurang 6 bulan pasca keguguran.

12. Riwayat psikososial

Ibu mengatakan sangat senang dengan kehamilan ini, keluarga mendukung terhadap kehamilan ini.

13. Riwayat nutrisi

Ibu mengatakan frekuensi makan 2-3x/hari, menu bervariasi. Ibu mengatakan minum 6-7 gelas/hari. Terakhir makan jam 9 malam dan minum 1 jam yang lalu.

14. Riwayat eliminasi

BAB : Frekuensi 1-2 kali sehari, tidak ada keluhan, BAK : >7x/hari, tidak ada keluhan.

15. Riwayat aktivitas

Ibu mengatakan sehari-hari beraktivitas sebagai ibu rumah tangga, biasa mengerjakan pekerjaan rumah yang ringan seperti menyapu, mengepel dan mencuci.

16. Riwayat seksual

Ibu mengatakan tidak melakukan hubungan seksual kurang lebih 10 minggu karena merasa khawatir terhadap kondisi kehamilannya.

17. Perilaku kesehatan

Ibu mengatakan dirinya tidak pernah merokok, tidak mengonsumsi minum-minuman keras ataupun obat-obatan terlarang, selama hamil ibu tidak mengonsumsi jamu-jamuan. Suami merokok $\pm$ 1 bungkus 2 hari.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : Sedang
- b. Kesadaran : Compos mentis

c. Tanda-tanda vital

TD : 110/80 mmHg

Nadi : 104x/menit

Respirasi : 22x/menit

Suhu : 36,4 C

Spo2 : 99%

d. Antropometri

BB sebelum hamil : 58 kg

BB setelah hamil : 66 kg

TB : 154 cm

Lila : 25 cm

IMT : 24,5 (Normal)

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Simetris, bersih, tidak ada benjolan, rambut tidak rontok
- b. Mata : Simetris, konjungtiva pucat, sklera putih
- c. Hidung : Tidak ada sekret, tidak ada kelainan, tidak ada polip
- d. Mulut : Bibir tidak kering, sedikit pucat, gigi tidak

- berlubang dan tidak ada caries
- e. Leher : Simetris, tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid, kelenjar limfe.
- f. Payudara : Simetris, puting menonjol, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri, kolostrum belum keluar
- g. Abdomen : Normal, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae dan linea nigra
- TFU Mc donald : 29 cm
- Leopold 1 : Dibagian fundus ibu teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)
- Leopold II : Dibagian kanan ibu teraba keras, penuh, memanjang (punggung), dan bagian kiri teraba bagian-bagian kecil (ekstremitas)
- Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat, keras dan melenting (kepala)
- Leopold IV : Konvergen 5/5
- DJJ : 138x/menit
- TBBJ : 2645 gram
- His : -
- h. Genetalia : v/v tidak ada kelainan
- Inspekulo : OUI tampak tertutup
- Perdarahan : kurang lebih 20 cc mengalir
- Stosel : kurang lebih 10 gram

- i. Ekstremitas : tidak ada oedema, kuku tidak pucat, terpasang
Infus RL ditangan kanan, refleks patella (+/+)

3. Pemeriksaan Penunjang

- a. USG : Dilakukan di ruang PONEK dan didapatkan hasil janin tunggal hidup intrauterine letak kepala, sesuai usia kehamilan 36-37 minggu, PHR (+), TBBA 2650 gram, plasenta berinsersi di corpus posterior meluas menutupi OUI kesan plasenta previa totalis, ketuban kesan cukup.
- b. Hemoglobin : 10,3 gr/dl
- c. Sifilis : NR
- d. Hbsag : NR
- e. HIV/AIDS : NR

C. ANALISA

G2P0A1 Gravida 36-37 minggu dengan plasenta previa totalis, janin tunggal hidup intrauterine.

D. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa hasil pemeriksaan persalinan beresiko perdarahan dikarenakan posisi plasenta menghalangi jalan lahir

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti
2. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya dan faktor risiko pada plasenta previa.

Evaluasi : Ibu mengerti

3. Menganjurkan ibu untuk beristirahat terlebih dahulu

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengikuti anjuran

4. Bekerja sama dengan anggota keluarga untuk memberikan dukungan emosional kepada ibu dan mengajarkan ibu untuk relaksasi napas dalam

Evaluasi : Keluarga bersedia dan ibu merasa tenang

5. Melakukan kolaborasi dengan dr SPOG

Advice :

- a. Direncanakan tindakan seksio sesarea
- b. Puasa 6 jam
- c. Pemberian cefazolin 2gr secara iv
- d. Periksa lab lengkap, PT/APTT/INR, urinalisa
- e. Konsul tim anestesi

6. Melakukan informed consent kepada pasien dan keluarga atas tindakan SC dan IUD

Evaluasi : Ibu dan keluarga setuju

7. Mengobservasi keadaan umum, tanda-tanda vital, HIS, DJJ, perdarahan per 15 menit sekali

Evaluasi : Dilakukan observasi

8. Melakukan Skin Test cefazoline

Evaluasi : Sudah diberikan dan hasil tidak ada alergi

9. Memberikan cefazoline 2gr secara iv

Evaluasi : Sudah diberikan dengan hasil tidak alergi

10. Mengantarkan pasien ke ruang operasi

Evaluasi : Pukul 08.30 telah diantarkan ke ruang operasi dan sudah dilakukan terminasi kehamilan

11. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Pendokumentasian berbentuk SOAP

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal Pengkajian : 11 April 2026

Pukul : 14.10 WIB

Pengkaji : Pera Yunita

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan telah dilakukan operasi seksio sesarea pukul 09.30 dan saat ini ibu mengeluh nyeri pada luka operasi serta merasa lemas.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Compos mentis

c. Tanda-tanda vital

TD : 110/60 mmHg

Nadi : 95x/m

Respirasi : 20x/m

Suhu : 36,4c

SpO2 : 96%

d. Abdomen

Inspeksi : Tampak luka operasi tertutup perban, tidak terdapat tanda infeksi

Palpasi : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi keras.

e. Genitalia

Vulva vagina : Tampak bersih

Pengeluaran darah: Lochea rubra ± 50 cc

C. Analisa

P1A1 post SC 4 jam.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : Ibu mengetahui dan bersedia diberikan asuhan

2. Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus untuk mencegah perdarahan

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

3. Memberitahu ibu manajemen nyeri dengan cara relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri

Evaluasi : Ibu mengerti dan mencobanya

4. Memberitahu ibu untuk mobilisasi miring kiri atau miring kanan terlebih dahulu setelah 6 jam pasca operasi

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan mencobanya

5. Melibatkan keluarga untuk pemenuhan nutrisi dan hidrasi

Evaluasi : Keluarga bersedia

6. Memberitahu ibu dan keluarga mengenai tanda-tanda bahaya nifas, diantaranya perdarahan hebat, demam, pusing yang hebat.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

7. Memberitahu ibu cara perawatan luka bekas operasi SC dan personal hygiene

Evaluasi : Ibu mengerti

8. Memberitahu dan mengajarkan ibu cara menyusui yang baik dan benar mulai dari perlekatan hingga posisi yang nyaman dalam memberikan ASI.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bisa menyebutkan ulang

9. Memberikan KIE mengenai penggunaan dan perawatan IUD

Evaluasi : Ibu mengerti

10. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Pendokumentasian berbentuk SOAP

3.2 MATRIK

Tabel 3.1 Matrik

Masalah	Pengertian	Penyebab/Faktor Risiko	Tanda dan Gejala	Planning Menurut Teori	Refleksi Kasus dan Evidence Based
Plasenta Previa Totalis	Plasenta previa merupakan keadaan ketika plasenta menempel pada bagian bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian maupun seluruh ostium uteri internum (Juniar et al., 2025).	Etiologi plasenta previa belum diketahui secara pasti, tetapi faktor risiko yang dapat meningkatkan kejadian plasenta previa antara lain usia lanjut, multiparitas, riwayat abortus, paparan asap rokok, riwayat operasi uterus, kehamilan ganda, dan janin berjenis kelamin laki-laki (Wulandari et al., 2022).	Tanda dan gejala plasenta previa ditandai dengan perdarahan pervaginam tanpa rasa nyeri, darah berwarna merah segar, terjadi pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu dan dapat berulang. Perdarahan yang berulang dapat menyebabkan anemia bahkan syok (Juniar et al., 2025).	Penatalaksanaan plasenta previa meliputi deteksi dini, pemantauan kondisi ibu dan janin, stabilisasi hemodinamik, observasi perdarahan, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan USG, kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi, serta terminasi kehamilan melalui seksio sasarea bila diperlukan (Tarigan et al., 2025).	Pada Ny.I usia 23 tahun G2P0A1 gravida 36-37 minggu ditemukan keluhan perdarahan dari jalan lahir sejak 7 jam yang lalu tanpa nyeri. Ibu memiliki riwayat abortus satu kali dan paparan asap rokok dari suami yang merupakan faktor risiko plasenta previa. Hasil USG menunjukkan plasenta previa menutupi seluruh ostium uteri internum sehingga ditegakkan diagnosis plasenta previa totalis. Penatalaksanaan yang

					dilakukan berupa observasi keadaan umum dan perdarahan, edukasi tanda bahaya, kolaborasi dengan dokter SpOG, pemeriksaan laboratorium, pemberian terapi sesuai advis dokter, serta terminasi kehamilan melalui seksio sesarea. Tindakan tersebut sesuai dengan penelitian Tarigan et al. (2025) yang menyatakan bahwa penanganan utama plasenta previa dengan perdarahan adalah stabilisasi kondisi ibu, observasi ketat, dan terminasi kehamilan melalui seksio sesarea untuk menyelamatkan ibu dan janin.
--	--	--	--	--	--

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny.I G2P0A1 36-37 minggu dengan plasenta previa totalis di RSUD dr.slamet garut, penulis akan membahas beberapa hal yang berkaitan dengan plasenta previa. Adanya 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, Ny. I usia 23 tahun datang ke RSUD dr. Slamet Garut dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir sejak 7 jam yang lalu tanpa disertai nyeri. Perdarahan yang dialami telah menghabiskan 3 pembalut penuh disertai darah bergumpal. Ibu juga mengatakan sebelumnya pernah dirawat karena keluhan yang sama pada usia kehamilan 33–34 minggu.

Keluhan yang dialami Ny.I sesuai dengan teori menurut Juniar et al., yang mengatakan bahwa tanda dan gejala plasenta previa umumnya ditandai dengan perdarahan pervaginam tanpa disertai nyeri, dengan darah berwarna merah segar yang terjadi pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu (Juniar et al., 2025). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Simanullang et al., yang menyatakan bahwa plasenta previa totalis menyebabkan perdarahan pervaginam berwarna merah segar tanpa nyeri akibat plasenta menutupi seluruh ostium uteri internum (Simanullang et al., 2026).

Pada kasus Ny.I, perdarahan terjadi pada usia kehamilan 36-37 minggu tanpa disertai nyeri sehingga sesuai dengan karakteristik plasenta previa totalis (Simanullang et al., 2026)

Selain itu, ibu memiliki riwayat abortus satu kali pada tahun 2025 usia kehamilan 10 minggu. Riwayat abortus merupakan salah satu faktor risiko terjadinya plasenta previa. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widya et al., riwayat abortus memiliki hubungan signifikan dengan kejadian plasenta previa dengan nilai p-value 0,024. Hasil tersebut menunjukkan bahwa ibu dengan riwayat abortus memiliki risiko lebih tinggi mengalami plasenta previa dibandingkan ibu tanpa riwayat abortus. Riwayat abortus diduga dapat memengaruhi kondisi endometrium dan proses implantasi plasenta pada kehamilan selanjutnya sehingga meningkatkan risiko implantasi plasenta di segmen bawah rahim (Widya et al., 2025).

Pada perilaku kesehatan di dapatkan bahwa suami merokok ± 1 bungkus dalam 2 hari. Paparan asap rokok juga dapat menjadi faktor risiko plasenta previa. Menurut Pratiwi et al., paparan asap rokok, baik aktif maupun pasif, diketahui dapat meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa. Kondisi ini dipengaruhi oleh kandungan zat berbahaya dalam asap rokok seperti nikotin dan karbon monoksida yang dapat mengganggu perkembangan serta fungsi plasenta selama kehamilan (Pratiwi et al., 2024). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ramadhan & Brian, yang menyatakan bahwa merokok merupakan salah satu faktor risiko plasenta previa. Pada ibu hamil, paparan rokok dapat meningkatkan risiko plasenta previa akibat karbon monoksida yang

terhirup sehingga menyebabkan hipertrofi plasenta dan memengaruhi perkembangan plasenta (Ramadhan & Brian, 2022).

Ibu mengatakan rutin melakukan pemeriksaan kehamilan lebih dari 6 kali. Hal ini sesuai dengan anjuran pelayanan antenatal care yang bertujuan mendeteksi komplikasi secara dini selama kehamilan. Pemeriksaan ANC yang rutin membantu tenaga kesehatan dalam memantau kondisi ibu dan janin sehingga komplikasi seperti plasenta previa dapat segera diketahui dan ditangani.

4.2 Data Objektif

Pada pemeriksaan umum didapatkan keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 104 kali/menit, respirasi 22 kali/menit, suhu 36,4°C dan SpO₂ 99%. Peningkatan frekuensi nadi pada Ny. I kemungkinan disebabkan oleh perdarahan yang dialami sehingga tubuh melakukan kompensasi terhadap kehilangan darah. Kondisi ini sejalan dengan penelitian Juniar et al., yang menjelaskan bahwa perdarahan pada plasenta previa dapat menyebabkan tanda-tanda syok hemoragik, salah satunya ditandai dengan peningkatan frekuensi nadi (takikardi) (Juniar et al., 2025).

Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva tampak pucat dan hasil pemeriksaan hemoglobin sebesar 10,3 gr/dl. Kondisi tersebut menunjukkan adanya anemia ringan akibat perdarahan yang terjadi. Menurut teori Aristina Dwijayanti & Serly, salah satu komplikasi plasenta previa pada ibu adalah anemia akibat perdarahan berulang (Aristina Dwijayanti & Serly, 2024). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ilham, yang menyatakan bahwa

perdarahan pervaginam pada plasenta previa dapat menyebabkan penurunan kadar hemoglobin (Ilham, 2024).

Pada pemeriksaan obstetri didapatkan TFU 29 cm, DJJ 138 kali/menit dan tidak terdapat his. Pemeriksaan inspekulo menunjukkan OUI masih tertutup dengan perdarahan ± 20 cc dan stasel ± 10 gram. Meskipun jumlah perdarahan yang keluar tidak banyak, kondisi tersebut tetap perlu diwaspadai karena perdarahan pada plasenta previa dapat terjadi secara berulang dan sewaktu-waktu menjadi lebih banyak. Menurut Aristina dan Dwijayanti, pada kasus plasenta previa perdarahan dapat ditemukan mulai dari jumlah minimal hingga perdarahan aktif, dengan karakteristik darah berwarna merah segar dan umumnya tidak disertai nyeri (Aristina Dwijayanti & Serly, 2024).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juniar et al., yang menyatakan bahwa perdarahan pada plasenta previa merupakan manifestasi klinis utama yang terjadi akibat pelepasan sebagian plasenta dari segmen bawah rahim sehingga menyebabkan perdarahan pervaginam berwarna merah segar tanpa nyeri. Pada kasus Ny. I, perdarahan yang terjadi sesuai dengan karakteristik perdarahan plasenta previa karena muncul tanpa disertai nyeri dan terjadi berulang sejak usia kehamilan 33–34 minggu (Juniar et al., 2025).

Tidak dilakukan pemeriksaan vaginal toucher karena dapat memicu perdarahan lebih banyak. Tindakan tersebut sesuai dengan teori menurut Wulandari et al., yang menyatakan bahwa pemeriksaan vaginal toucher pada kasus plasenta previa harus dihindari karena dapat menyebabkan perdarahan

hebat (Wulandari et al., 2022). Hal ini sesuai dengan teori menurut Aristina Dwijayanti & Serly, yang menyatakan bahwa pada kasus plasenta previa pemeriksaan dalam pada kasus plasenta previa harus dihindari untuk mencegah perdarahan berlebihan. Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa pada pemeriksaan inspekulo dapat ditemukan perdarahan pervaginam tanpa dilakukan pemeriksaan dalam (Aristina Dwijayanti & Serly, 2024).

Hasil USG menunjukkan janin tunggal hidup intrauterin letak kepala usia kehamilan 36–37 minggu dengan plasenta berinsersi di corpus posterior meluas menutupi ostium uteri internum sehingga ditegakkan diagnosis plasenta previa totalis. Hasil tersebut sesuai dengan teori Pratiwi et al., yang menyebutkan bahwa plasenta previa totalis merupakan keadaan ketika seluruh ostium uteri internum tertutupi oleh plasenta (Pratiwi et al., 2024).

4.3 Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif, ditegakkan diagnosa G2P0A1 gravida 36–37 minggu janin tunggal hidup intrauterin dengan plasenta previa totalis.

Diagnosis tersebut sesuai dengan teori menurut Pratiwi et al., yang menjelaskan bahwa plasenta previa totalis adalah keadaan ketika plasenta menutupi seluruh ostium uteri internum dan biasanya ditandai dengan perdarahan pervaginam tanpa nyeri pada trimester ketiga (Pratiwi et al., 2024). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ilham, dimana diagnosis plasenta previa totalis ditegakkan berdasarkan keluhan perdarahan pervaginam tanpa nyeri dan hasil pemeriksaan ultrasonografi (Ilham, 2024).

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. I yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, memberitahu tanda bahaya plasenta previa, melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi, observasi keadaan umum, pemberian terapi cefazolin IV, pemeriksaan laboratorium lengkap, konsultasi anestesi, informed consent tindakan operasi, hingga terminasi kehamilan melalui seksio sesarea.

Selain penatalaksanaan medis, pada Ny. I juga diberikan asuhan komplementer berupa teknik relaksasi napas dalam. Teknik ini dilakukan dengan cara menarik napas perlahan melalui hidung, menahan napas beberapa detik, kemudian menghembuskannya secara perlahan melalui mulut. Pemberian teknik relaksasi napas dalam bertujuan membantu ibu merasa lebih tenang, nyaman, dan mengurangi kecemasan yang muncul akibat kondisi kehamilan risiko tinggi serta persiapan menghadapi tindakan seksio sesarea. Hal ini sesuai dengan teori Yelsa Dianaurelia, yang menyatakan bahwa relaksasi napas dalam dapat merangsang sistem saraf parasimpatis sehingga menurunkan ketegangan, memberikan efek relaksasi, serta membantu mengurangi kecemasan pada ibu hamil (Yelsa Dianaurelia, 2024). Pada kasus Ny. I, teknik relaksasi napas dalam diberikan sebagai intervensi nonfarmakologis pendukung sehingga ibu tampak lebih kooperatif dan siap menjalani tindakan yang direncanakan.

Tindakan kolaborasi dan rujukan yang dilakukan sesuai dengan teori menurut Simanullang et al., yang menyatakan bahwa penanganan utama plasenta previa dengan perdarahan adalah stabilisasi kondisi ibu, observasi

ketat, serta terminasi kehamilan melalui seksio sesarea untuk menyelamatkan ibu dan janin (Simanullang et al., 2026). Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. I meliputi observasi keadaan umum, pemantauan tanda-tanda vital, observasi perdarahan, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan ultrasonografi, kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi, konsultasi anestesi, pemberian terapi sesuai advis dokter, informed consent, serta terminasi kehamilan melalui tindakan seksio sesarea. Tindakan tersebut sesuai dengan teori Ayu Rahmania dan Purnamawati, yang menyatakan bahwa penatalaksanaan plasenta previa harus disesuaikan dengan usia kehamilan, kondisi ibu, kondisi janin, serta jenis plasenta previa yang dialami. Pada kasus plasenta previa totalis, seksio sesarea merupakan pilihan persalinan yang mutlak dilakukan karena seluruh ostium uteri internum tertutupi oleh plasenta sehingga persalinan pervaginam tidak dapat dilakukan dengan aman (Ayu Rahmania & Purnamawati, 2022).

Selain itu, bidan juga berperan dalam memberikan edukasi, observasi, kolaborasi, dan pendampingan selama proses asuhan. Hal tersebut sesuai dengan teori menurut Susanti et al., yang menyatakan bahwa bidan memiliki peran memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan kolaboratif berdasarkan evidence based practice (Susanti et al., 2022).

Pada catatan perkembangan setelah operasi, ibu mengeluh nyeri luka operasi dan lemas. Hasil pemeriksaan menunjukkan kondisi umum baik, kontraksi uterus baik, lochea rubra normal, dan tidak terdapat tanda infeksi.

Penatalaksanaan berupa edukasi teknik relaksasi nafas dalam, pemenuhan nutrisi dan hidrasi, cara menyusui yang baik dan benar, cara perawatan luka bekas operasi SC, konseling tentang KB IUD, serta pemberian edukasi tanda bahaya nifas telah sesuai dengan standar asuhan masa nifas post seksio sesarea.

4.5 Pendokumentasian

Dalam pengkajian data mengenai Ny.I metode pendokumentasian data menggunakan SOAP. Dimana hasil data subjektif berasal dari hasil anamnesa wawancara secara langsung dengan pasien, pada hasil data objektif diperoleh hasil pemeriksaan fisik dan penunjang. Kedua data tersebut dikaji sehingga dapat ditentukan diagnosa atau analisa terkait kasus yang dialami pasien. Setelah hasil analisa didapatkan, selanjutnya, penatalaksanaan sesuai dengan masalah dan kebutuhan terkait dengan kondisi pasien.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukannya asuhan pada Ny.I G2P0A1 gravida 36-37 minggu maka dapat disimpulkan sebagai berikut

- 1) Pengkajian Data Subjektif pada Ny.I usia 23 tahun G2P0A1 gravida 36-37 minggu dengan plasenta previa totalis di RSUD dr Slamet Garut, sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 2) Pengkajian Data Objektif pada Ny.I usia 23 tahun G2P0A1 gravida 36-37 minggu dengan plasenta previa totalis di RSUD dr Slamet Garut, sesuai dan tidak terdapat kesenjangan.
- 3) Berdasarkan data subjektif dan objektif pada kasus Ny.I maka dapat ditegakkan analisa G2P0A1 gravida 36-37 minggu janin tunggal hidup intrauterine dengan plasenta previa totalis.
- 4) Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny.I usia 23 tahun G2P0A1 gravida 36-37 minggu dengan plasenta previa totalis di RSUD dr Slamet Garut, sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 5) Pendokumentasian yang dilakukan pada Ny.I usia 23 tahun G2P0A1 gravida 36-37 minggu dengan plasenta previa totalis di RSUD dr Slamet Garut, didokumentasikan dengan metode SOAP.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif, serta dapat mengaplikasikan antara teori dan praktik di lapangan dengan baik dan benar

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat meningkatkan sumber referensi dan pembelajaran terkait asuhan kebidanan pada kehamilan risiko tinggi khususnya plasenta previa agar mahasiswa lebih memahami penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan obstetri.

5.2.3 Bagi Lahan Praktik

Diharapkan tenaga kesehatan di lahan praktik dapat terus meningkatkan mutu pelayanan, deteksi dini komplikasi kehamilan, serta kolaborasi dalam sistem rujukan untuk menurunkan risiko komplikasi pada ibu dan janin akibat plasenta previa.

5.2.4 Bagi Ibu Hamil dan Keluarga

Diharapkan ibu hamil rutin mengenali tanda bahaya kehamilan terutama perdarahan serta mrnhindari faktor faktor risiko yang menimbulkan komplikasi pada kehamilan. Dan diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan optimal kepada ibu hamil dengan menciptakan lingkungan yang sehat dan nyaman, termasuk menghindari kebiasaan

merokok di sekitar ibu hamil agar tidak menimbulkan paparan asap rokok yang dapat berdampak buruk terhadap kesehatan ibu dan janin.

DAFTAR PUSTAKA

- Aristina Dwijayanti, & Serly, E. N. (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>
- Ayu Rahmania, B., & Purnamawati. (2022). PLASENTA PREVIA TOTALIS DAN LETAK LINTANG PADA PRIMITUA PRIMER: SEBUAH LAPORAN KASUS Total Placenta Previa and Transverse Fetal Lie in Primary Primates : A Case Report. *Continuing Medical Education*, 815–820.
- Ayusti Anumillah, R., Dohong, A. A., Bilqis, N., & Endjun, J. J. (2022). Manajemen Plasenta Praevia Dengan Riwayat Perdarahan Antepartum: Sebuah Laporan Kasus Berbasis Bukti. *Jurnal Kedokteran Universitas Palangka Raya*, 10(1), 8–12. <https://doi.org/10.37304/jkupr.v10i1.4219>
- Ilham, M. A. (2024). *Plasenta Previa Totalis Dan Janin Letak Lintang : Laporan Kasus Total Placenta Previa And Transverse Fetal Lie : A Case Report*. 15(31), 77–82.
- Indonesia, K. K. R. (2021). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual*. <https://peraturan.bpk.go.id>
- Jumriana Ibriani, Fitriana Ibrahim, Devianti Tandiallo, & Mega Indah. (2024).

Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny."W" di Pustu Marinding Kecamatan Bajo Barat Kabupaten Luwu. *NAJ : Nursing Applied Journal*, 2(3), 103–119. <https://doi.org/10.57213/naj.v2i3.376>

Juniar, Kusumaningtyas, D., Graharti, I., & Risti. (2025). *Case Report : Plasenta Previa Totalis dengan Fetal Distress dan Syok Hemoragik Stadium III pada Wanita 34 Tahun Case Report : Placenta Previa Totalis With Fetal Distress and Stage III Hemorrhagic Shock in a 34-Year-Old Woman*. 15, 613–618.

Lestari, W., Muflihah, I. S., Amalia, P., Fitri, S. R., Hikmanti, A., Rofiqoch, I., Sekarini, N. N. A. D., Pratiwi, P. I., Adriyani, F. H. N., Noviyana, A., Yanti, L., & Rahel, T. L. (2023). *ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN Panduan lengkap Asuhan Selama Kehamilan bagi Praktisi Kebidanan* (Erfina Rianty (ed.); 1st ed.). PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

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>

Ramadhan, & Brian, R. (2022). Plasenta Previa : Mekanisme dan Faktor Risiko. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11, 208–219. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.735>

Simanullang, O. F., Siregar, M., Loly Frety Lumbangaol, Y. N., Desky, A., Sari, F., & Siregar, M. (2026). MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA NY . N DENGAN PLASENTA PREVIA TOTALIS USIA KEHAMILAN 26 MINGGU. *Jurnal Pembangunan Kesehatan Dan Kesejahteraan Sosial*, 10(1),

11–14.. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan untuk Ibu dan Generasi Sehat. In *Nuansa Fajar Cemerlang*.

Sulistiyaningsih,. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan untuk Ibu dan Generasi Sehat*. Nuansa Fajar Cemerlang.

Susanti, A. I., Ali, M., Hernawan, A. H., & Darmawan, F. H. (2022). Penguatan Peran Bidan dalam Memberikan Konseling Asuhan Kebidanan Berkelanjutan melalui Pelatihan Web Centric Course. *Poltekita: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(4), 860–868. <https://doi.org/10.33860/pjpm.v3i4.1236>

Tarigan, Falentina, S., Frety, M., Gaol, E., & Loly. (2025). *LITERATURE REVIEW: PERAN BIDAN UNTUK MENDETEKSI DAN MENCEGAH Kehamilan ialah sesuatu tahapan terjadinya janin yang diawali darimasa pembuahan hingga lahirnya janin , lama masa kehamilan yang aterm (cukup bulan) merupakan 280 hari (40 minggu ataupun sa.*

Taureng,. *Konsep Kebidanan*. Rizmedia Pustaka Indonesia.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (2023).

WHO. (2025). *No Title*.

Widya, T. N., Sulaiman, M. I., & Ambar, F. (2025). Hubungan Faktor Risiko dengan Plasenta Previa di RSUD Dr.H.Chasan Boesoirie Ternate. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 12(3), 582–588.

Wulandari, R., Wiwoho, R. P., & Waluyo, F. (2022). Plasenta Previa Totalis

dengan Komplikasi Perdarahan Post Partum pada Multipara di Usia Kehamilan 39 Minggu. *Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science*, 5(1), 144. <https://doi.org/10.24198/obgynia.v5i1.275>

Yelsa Dianaurelia. (2024). Case Study: Intervensi Teknik Relaksasi Nafas Dalam untuk Menurunkan Tingkat Ansietas Ibu Hamil di Trimester III. *Jurnal Keperawatan Cikin*, 5(2), 304.

Zuhra, Nidhami, N., & Saleha, S. (2025). Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ibu M dengan Plasenta Previa di PMB Sri Rezeki Kota Lhokseumawe . *Jurnal Kesehatan Almuslim* , XI(1), 16–20.

LAMPIRAN

31

MAH [P]
B. dan 28 (101)

tgl Lab-d : 11-04-2027

su. Warah! A
Tipe eliminasi: 29/9/2025
Nm .

11. : tidak ada
N. penyakit : tidak ada.
N. Jutuh : tidak ada.
K-ANC : 76x
N. Obstetri :
① 2025, tidak diketahui
② kehamilan sekarang.

mengatakan hamil 36mg, mengalami perdarahan dr jalan lahir
7 jam smrs, menghabiskan 3 pembalut penuh, disertai darah bergumpal
kan jaring masih dirusak. perut tegang sedikit kluin mengatakan
hamil ini
dawat 2 kali di RSU karena perdarahan dr jalan lahir
akhir pulang rawat tsl 6/4/2026, terlaupn swat kontrol dgn diagnosa:
granda 33-34g; premen kontakhi, PAP ec PPT, ts/ Mifepre
proo/po. R/ kontrol 14/4/2026.
akhir USG di poli obasn RS 6/4/2026 34mg tsj). 2593gr.
kluin datang dluatr keluarga

kadaan umum : Sedang
kesadaran : cm BCS.IIS .
keala nuen : 9
TD : 110/80 mmHg
N : 104x/m
S : 36.4°C
R : 22x/m
ggz : gg?
TFU : 29
UP : 07.
tjt : 150x/m puka .
HIS : (-)
LA : kepala .
Inspeksi!
OUI : tampak tertutup.
perdarahan 20cc merah
Miel t logram .

B2P OAI granda 36-37
ec. PPT ; post rawat Kontor varif 2 kali di RSU (an premen
kontakhi & PAP) 34-35 mg d/ Perdarahan Antepar tun berlag .
bamak .

- Men jelaskan hasil pemeriksaan pada klu & keluor
- Kolaborasi dokter .
- cek lab.
- co. gus
dehuri : N USG di po me .

Taufiq Ardi

USG

Janin tunggal hidup intrauterine posisi kepala, Sexuel usia 35-36 minggu, PHL (t), TBRA 2650 gram, plasenta berinsersi Corpus posterior meluas menutupi OVI kanan plasenta previa totalis ketuban kesan cukup SDP 2,71 cm.

Dr: G2P0A1 gravida ~~36~~ ~~37~~ minggu; Perdarahan antepartum banyak berulang mungkin disebabkan plasenta previa totalis; post rawat lama (RSUD dr. Slamet Garut 03/04/2016 - 06/04/2016).

- P/ - Selena serarea transperitoneal profunda; Insersi IUD
- Puasa
 - Cefazolin 2gr IV
 - Periksa lab lengkap, PT/APTT/INR, Urimaseq
 - Konsul TS Anestesi
 - Infused Curocent pasien dan keluarga
 - Observasi keadaan umum ibu dan vital HHS dan RJTA.

Konsul dr. Rizki, SpOG

07.05 Adus: Schyru diagnosis dan tubalokulasi.

07.05 - IC klin & keluarga. Setru SC+IUD

- Seta darah 1 labu.

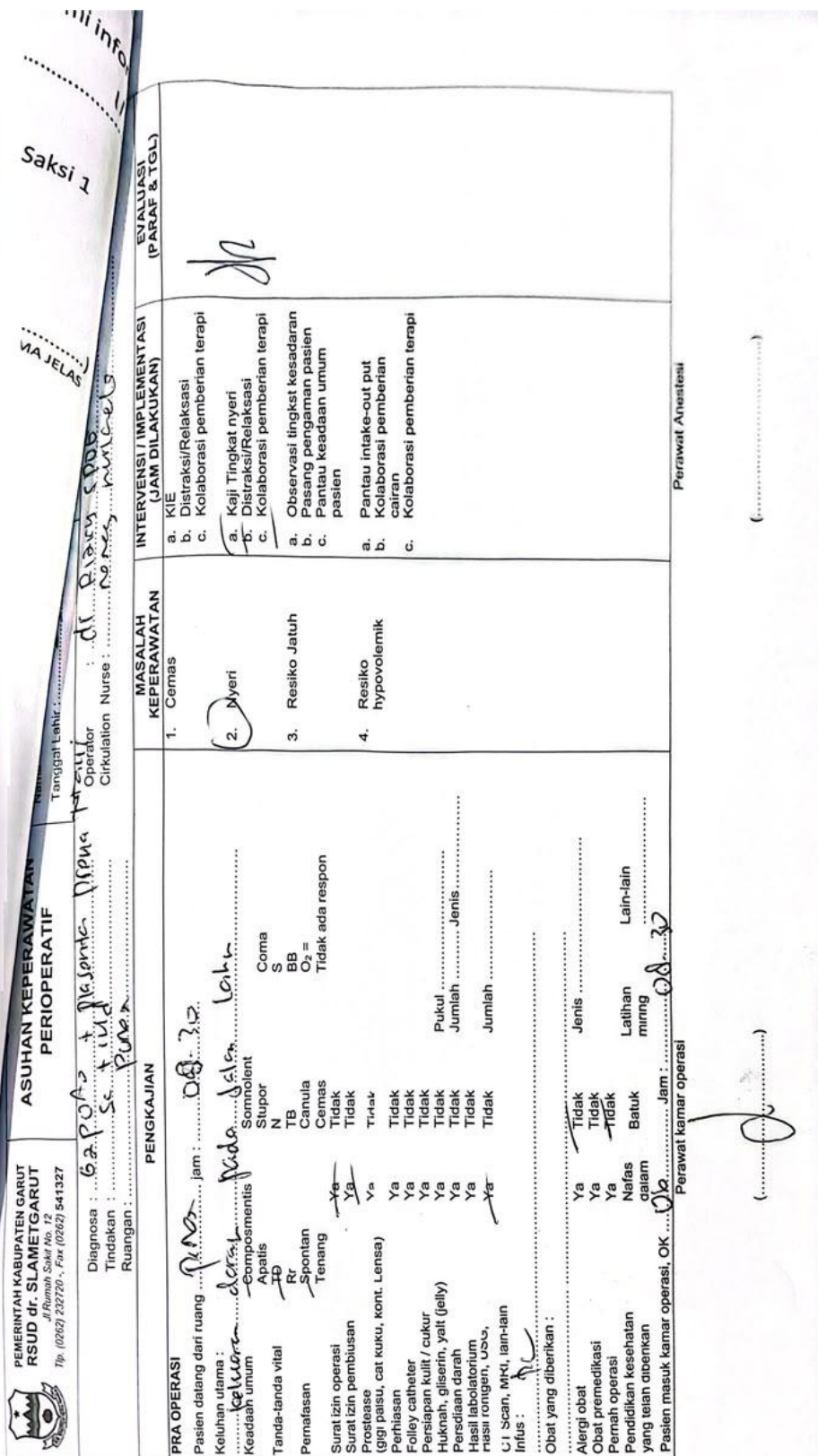
Dr. Dendriat / dr. Rizki

2. 07.09 skintest cefazoline (+)

2. 08.09 Acc OK bawah.

2. 08.09 cefazoline (+)

2. 08.16 HB = 10.3 g/dL.



ANESTESI REGIONAL

Teknik : kaudal / Saddle's block / regional intravena / epidural / blokade saraf tepi / spinal / tropical /
 Indikasi : Spinal analgesi setinggi segmen : T10
 Lokasi : Spinal konsentrasi : 0.5 Jumlah : 1 ml
 Tambahan : fontan dosis : 2x
 Konstriktor : adrenalin / noadrenalin / tidak pakai Konsentrasi :
 Mulai : Suntikan jam : lamanya : jam menit
 Analgesi jam : lamanya : jam menit
 Operasi jam : lamanya : jam menit

Kebutuhan anastesi tambahan :

KEADAAN SELAMA OPERASI

Keadaan penderita : supine / prone / litotomi / semi sitting / Fowler / lateral dekubitus (R / L) / trendelenburg / knee-chest / jack
 Jalan nafas :
 Jalan nafas : face mask / LMA / single lumen ETT / single lumen spiral ETT / double lumen ETT (R / L)
 Urin : balon / tanpa balon
 Lama anastesi : jam
 Lama operasi : jam

IRIGASI

Total Asupan Cairan : 1. Kristaloid : mL
 2. Koloid : mL
 3. Darah : mL
 4. Komponen darah : mL
 Total Asupan Cairan : 1. Pendarahan (EBL) : mL
 2. Diuresis : mL
 3. Cairan lain : mL

SECTIO CAESARIA

Keadaan bayi : hidup / mati dalam kandungan Jenis Kelamin : W / P
 Apgar skor : 1 menit : 5 menit : 10 menit :

KEADAAN PASCA BEDAH

Kesadaran : G GCS : E M V : 15
 Airway : Terintubasi / Tidak terintubasi
 Tekanan darah : 115/61 mmHg Support : 1) µg/kgBB/mnt
 Nadi : 95 x/mnt, reg/irreg/adekuat/inadekuat 2) µg/kgBB/mnt
 Respirasi : spontan RR : 20 x/mnt Kanul Nasal/SM/SMNR O₂ : 2 l/mnt SpO₂ : 98 %
 Assist :
 Kontrol, Ventilator mode : Tidal volume : mL
 RR : I : E ratio : PEEP :
 PIP : PS : FIO₂ :
 Triger : SpO₂ : %
 BB : kg TB : cm Gol. Darah :

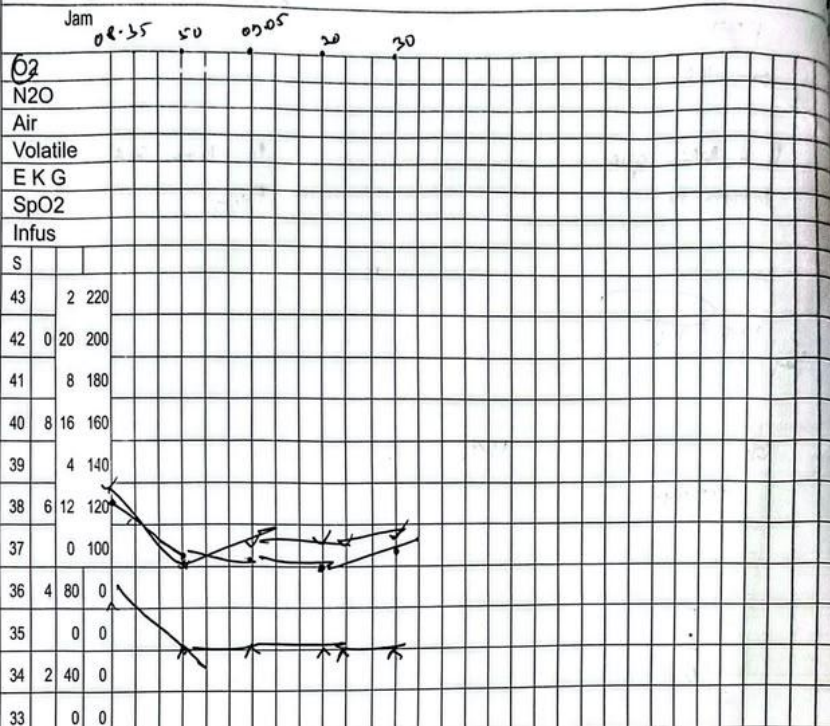
Komplikasi :

Tindakan :

E. ANESTESI UMUM

Induksi : sempurna / eksitasi / muntah / batuk / spasme ,
 Teknik : semi open / semi closed / closed /
 Pengaturan nafas : spontan / assist / kontrol
 Ventilator : Tidal volume :ML RR :x/mnt I : E ratio :
 PEEP : PIP : FIO2 :
 Teknik khusus : hipotermi / hipotensi / bypass /

Monitoring



Tanda-tanda • Nadi o Pernafasan v TD Sistolik v TD Diastolik X Induksi O
 T Intubasi ⊥ Ekstubasi Δ Infus kristaloid ▲ Infus koloid ▽ Transfusi

Medikasi

1. Propofol 1g
2. Etomidat 10g
3. Atropin 1mg
4. Oksitocin 20u
5. Propofol 10g
6. Etomidat 11g
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.

Pemberian cairan

1. RL 500cc
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.

Masalah Durante Operasi :

Tindakan :

RM. 10.8

Rev 03.05-07-2021

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET Jl Rumah Sakit No. 12 Tlp. (0262) 232720-Fax(0262) 541327		FORMAT STATUS PASIEN PINDAH DARI RR KE RUANG PERAWATAN		Nomor RM : 0146263 Nama : Hengeli L/P Tanggal Lahir : 23 Ruangan : 28 Jenis Bayar : ☐ Umum ☐ BPJS ☐ Kontraktor	
/ Jam Masuk RR		Jenis Anestesi : <i>Spn</i>			
/ Jam Keluar RR		Jenis Operasi : <i>Sc IUD</i>			
Diagnosa :					
PARAMETER ALDRETE SCORE (GA)					
KRITERIA	NILAI	KRITERIA	NILAI		
Kesadaran (TD)	< 20% dari TD awal < 20% - 50% dari TD awal < 50% dari TD awal	2 1 0	Kaki tidak dapat digerakan	3	
Motorik	Dapat menggerakkan 4 tungkai Dapat menggerakkan 2 tungkai Tidak dapat menggerakkan	2 1 0	Dapat menggerakkan sendi Pergelangan kaki	3	
Pernafasan	Dapat batuk Belum dapat batuk, jalan nafas baik Apneu	2 1 0	Dapat menggerakkan kaki dan flexi lutut	3	
Warna Kulit	Merah Pucat Cyanosis	2 1 0	Sendi pergelangan kaki dapat flexi dan ekstensi lutut	3	
Kesadaran	Dapat menjawab pertanyaan Mengingat nama Tidak ada respon	2 1 0			
STEWART SCORE (ANAK-ANAK)					
Pergerakan	Gerak bertujuan Gerak tak bertujuan Tidak bergerak	2 1 0			
Pernafasan	Batuk menagis Pertahankan jalan nafas Perlu bantuan	2 1 0			
Kesadaran	menangis Bereaksi terhadap rangsangan Tidak bereaksi	2 1 0			
SCORE ALDRETE		SCORE BROMAGE			
T : 36.5 mmHg	N : 20 x/mnt	RR : 22 x/mnt	t° : 37 °C		
* KESADARAN : <i>COMPOS</i> ETIS / APATIS / DELIRIUM / S. MNOLEN / SOPOROCOMA / OMA					
* KEDADAAN EMOSI PASIEN : GELISAH / TENANG / MARAH					
ALAT-ALAT YANG TERPASANG					
Nama Alat	Dosis / jenis cairan / produksi	Nama Alat	Dosis / jenis cairan / produksi		
O2		KATETER			
INFUS		NGT			
CVC		DRAN			
TERAPI DAN OBAT YANG SUDAH DIBERIKAN					
Nama Obat	Dosis	Jam pemberian terakhir	Nama Obat	Dosis	Jam pemberian terakhir
INFUS :					
		INJEKSI JAM			INJEKSI JAM
		INJEKSI JAM			INJEKSI JAM
		INJEKSI JAM			INJEKSI JAM
PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK					
A. USG : JUMLAH		B. RADIOLOGI : JUMLAH			
C. CT SCAN : JUMLAH		D. LABORATORIUM : JUMLAH			
MASALAH KEPERAWATAN / CATATAN KHUSUS			SISA OBAT		
1. Tidak boleh bangun dan duduk s/d jam 6 jam post op			1.		
2. Puasa s/d 4 jam post op			2.		
3. Transfusi 400 cc post op			3.		
4.					
5.					
Acc Pindah Dokter Anestesi		PERAWAT ICU		PERAWAT RUANGAN	
<i>Dr Riza SPT</i>					

Monitoring									
Jam									
S	T								
43	2	220							
42	0	0	200						
41	8	180							
40	8	6	160						
39	4	140							
38	6	2	120						
37	0	100							
36	4	0	0						
35	0	0							
34	2	0	0						
33	0	0							

Modified Aldrete's Scoring System					
Tanda	Kriteria	Nilai	30'	60'	90'
Aktivitas	Dapat menggerakkan ke- 4 anggota badan sendiri / dengan perintah	2			
	Dapat menggerakkan ke-2 anggota badan sendiri / dengan perintah	1	2	2	
	Tidak dapat menggerakkan anggota badan	0			
Respirasi	Dapat nafas dalam dan batuk bebas	2			
	Dyspnoe atau nafas terbatas	1	2	2	
	Apnoe	0			
Sirkulasi	TD $\pm$ 20% dari pre anestesi	2			
	TD $\pm$ 20-50% dari pre anestesi	1	2	2	
	TD $\pm$ 50% dari pre anestesi	0			
Kesadaran	Sadar penuh	2			
	Dapat dibangunkan bila dipanggil	1		2	
	Tidak bereaksi	0	2		
Saturai O ₂	> 90% dengan udara bebas	2			
	Memerlukan tambahan C ₂ untuk menjaga > 90%	1			
	SpO ₂ > 90% dengan tambahan 2	0			

Skor > 8, pasien diperbolehkan pindah dari ruang pemulihan

Lamanya pasien di Ruang Pemulihan : Pindah ke :

INTRUKSI PASCA OPERASI / PASCA ANESTESI

→ TIR Paga krus

→ Tindakan yang harus di perhatikan

→ Tindakan post op

→ Tindakan yang harus di perhatikan

Dokter Penanggung Jawab		Perawat Penanggung Jawab
OK	RR	
(.....)	(.....)	(.....)

 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 ekstemum. 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
--	---

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Pera Yunita

Nama Pembimbing : Nafita Setorini Pr, S-TR-KEH. MA.
Mkes

NIM : KH6B23015

NIDN : 0205019603

Judul KTI : Asuhan kebidanan ibu Hanu pada H+1 Usia 23 tahun G2P0A1 Gravida 36-39 Minggu dengan plasenta previa totalis di RSUD dr Slamet Darmo

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 27 April 2026	Konsultasi Judul KTI	Judul Acc, Silahkan melanjutkan untuk mencari referensi membuat literatur review		
2.	Sabtu, 2 Mei 2026	Literatur Review	Lanjutkan untuk Bab III tinjauan kasus		
3.	Selasa, 05 Mei 2026	Bimbingan Bab III	Perbaiki Bab III dan lanjutkan Bab 1-5		
4.	Selasa, 12 Mei 2026	Bimbingan Bab 1-5	Perbaiki bab 1-5 dan lengkapi untuk KTI sesuai Juknis		
5.	Rabu, 20 Mei 2026	Bimbingan Bab 1-5	Perbaiki bab 1-5		
6.	Selasa, 26 Mei 2026	Bimbingan Bab 1-5	Melengkapi LTA sampai Daftar Rostika		
7.	Selasa, 09 Juni 2026	Bimbingan LTA Lengkap	Lengkapi dan Perbaiki		

8.	Kamis, 11 Juni 2026	Bimbingan LTA Lengkap	Perbaiki dan melengkapi		
9.	Jumat, 12 Juni 2026	Bimbingan LTA Lengkap dan PPT	ACC Sidang		
10.	Jumat, 19 Juni 2026	Bimbingan Perbaiki dan Bab 1-5	Perbaiki dan lengkapi		
11.	Kamis, 25 Juni 2026	Melengkapi Lampiran	Perhatikan penulisan		
12.	Jumat, 3 Juli 2026	Bimbingan LTA	ACC perbaikan Htd lembar bimbingan dan pengajaran		
13.					
14.					
15.					

Garut

2025

Mahasiswa

Pembimbing


 (..... Pera Yunita)


 (Nofita Setiawati, S.Pd., M.Pd.)

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Pera Yunita
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 23 November 2004
Agama : Islam
Nama Ayah : Sarip Hidayat
Nama Ibu : Imas Jujun
No Hp : 081214970416
Email : peraynta@gmail.com
Alamat : Kp.Cibogo, RT/RW02/05, Desa Ciudian,
Kecamatan Singajaya, Kabupaten Garut, Provinsi Jawa Barat

2. Riwayat Pendidikan

- a. TK Nurul Hidayah tahun lulus 2011
- b. SDN 02 Sukamulya tahun lulus 2017
- c. SMP 01 Banjarwangi tahun lulus 2020
- d. SMK Insan Mandiri Garut tahun lulus 2023

- e. Terdaftar sebagai Mahasiswa Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
Program Studi D3 Kebidanan Tahun Ajaran 2023-2026