

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY A USIA 33 TAHUN P₄A₀
DENGAN SISA PLASENTA DAN ANEMIA SEDANG
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

SUSAN SUSANTI AGUSTIN

NIM: KHGB23002



**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 adalah hasil dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Amd, Keb) baik di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali asuhan pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di publikasikan 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 ditemukan hari terdapat penyimpangan dan tidak kebenaran 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.

Garut, Juni 2026

Yang Membuat Pernyataan

Susan Susanti Agustin

KHGB23002

LEMBAR PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan Alhamdulillahirabbil' alamiin puji syukur kepada Allah SWT, yang telah memberikan nikmat yang sangat luar biasa, memberi saya kekuatan, membekali dengan ilmu pengetahuan serta memperkenalkan saya dengan cinta. Atas karunia dan kemudahan yang engkau berikan, akhirnya tugas akhir ini dapat diselesaikan tepat waktu. Sholawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada baginda Rasulullah SAW.

Rasa syukur dan bahagia ini saya persembahkan kepada orang-orang yang saya cintai dan berarti dalam hidup saya karena menjadi penyemangat atas segala perjuangan selama ini sehingga menjadi alasan terkuat dalam proses penyelesaian tugas akhir ini:

1. Terimakasih kepada Ibu saya Yanti Susanti, Ayah saya Agus Hermawan, atas dorongan do'a, keringat, pengorbanan tanpa pamrih yang selalu menjadi kekuatan terbesar saya dalam menyelesaikan karya ini. Tiada kata yang cukup untuk membalas kebaikan kalian.
2. Terimakasih untuk Kakak saya Sulis Yulianti, dan Adik saya Sukma Yanti, Suci Fridayanti, kehadiran dan keceriaanmu selalu menjadi obat lelah di tengah padatnya jadwal kuliah. Semoga keberhasilan saya menyelesaikan Karya ini bisa menjadi motivasi bagimu untuk meraih mimpi yang lebih tinggi.
3. Last but not least, untuk diriku sendiri terimakasih telah bertahan sejauh ini. Terimakasih karena tidak memilih menyerah pada malam-malam sepi yang penuh tumpukan revisi, keraguan, dan rasa lelah yang teramat sangat. KTI

ini adalah bukti nyata bahwa saya jauh lebih kuat dari apa yang saya takuti selama ini.

4. Terimakasih kepada Sahabat saya Yesa Fatmawati, Hilda Anugrah, Dinda Putri, Anisa Rahmawati, yang telah mendukung serta mencurahkan perhatian dan do'a kepada penulis sampai terselesaikannya penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Terimakasih kepada Renal Adriandri, S.Kom, yang selalu menjadi alasan terbesar saya untuk tidak menyerah. Terimakasih atas ketulusan, kesabaran yang tiada habisnya, serta dukungan yang selalu menguatkan setiap langkah saya dalam menyelesaikan seluruh proses ini.
6. Seluruh rekan-rekan seperjuangan Program Studi D3 Kebidanan yang telah berjuang bersama menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Dan terima kasih atas dukungan dan do'anya terhadap pihak-pihak lainnya yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG
LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A USIA 33 TAHUN P4A0
DENGAN SISA PLASENTA DAN ANEMIA SEDANG DI
RSUD dr. SLAMET GARUT
NAMA : SUSAN SUSANTI AGUSTIN
NIM : KHGB23002

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

Garut, 17 Juni 2026

Menyetujui,

Pembimbing



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes

NIP. 042039.1009.064

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A USIA 33 TAHUN P4A0
DENGAN SISA PLASENTA DAN ANEMIA SEDANG DI
RSUD dr. SLAMET GARUT
NAMA : SUSAN SUSANTI AGUSTIN
NIM : KHGB23002

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, 01 Juli 2026

Mengesahkan,

Pembimbing

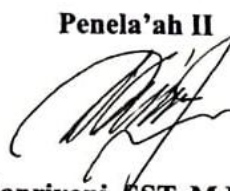


Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes
NIP. 042039.1009.064



Penela'ah I

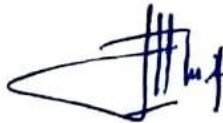
Bdn. Dian Fitriyanti, SST.,M.Keb
NIP. 042039.0823.180



Penela'ah II

Fitri Hanriyani, SST.,M.Keb.,M.Pd
NIP. 042039.1009.063

Mengetahui
Ketua Program Studi DIII-Kebidanan



Lina Humaeroh, S.ST.,M.Kes
NIP. 042039.1009.064

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 Ny. A Usia 33 Tahun P₄A₀ Dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang di RSUD dr. Slamet Garut”**. Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk menyelesaikan Program Studi Diploma 3 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, M.A., selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, M.Si., selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes., selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes., selaku pembimbing yang telah memberikan waktu, bimbingan dan motivasi sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan dengan tepat waktu.

7. Bdn. Dian Fitriani, SST.M.Keb., selaku penguji I Laporan Tugas Akhir.
8. Fitri Hanriyani, SST.,M.Keb.,M.Pd., selaku penguji II Laporan Tugas Akhir.
9. Para Dosen dan Staf Kependidikan dan Tata Usaha di lingkungan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Terimakasih kepada Yulan Yunari, S.Tr.Keb selaku CI ruang Agate Bawah RSUD dr Slamet Garut yang selalu memberikan dukungan doa, semangat dan selalu memberikan fasilitas untuk mendukung selama saya praktik di ruang Agate Bawah.
11. Ny.A selaku pasien saya, yang telah berkenan untuk mempersilahkan saya melakukan asuhan dan bersedia untuk menjadikan asuhan ini menjadi Laporan Tugas Akhir.

Akhir kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan ini, penulis mengucapkan terimakasih dan semoga Allah senantiasa melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua, Amin.

Garut, 17 Juni 2026

Penulis

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
SDGs	: Sustainable Development Goals
LTA	: Laporan Tugas Akhir
WHO	: World Health Organization
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SOAP	: Subjektif, Objektif, Assessment, Plan
ANC	: Antenatal Care
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
HPP	: Postpartum Hemorrhage
IUD	: Intrauterine Device
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
Fe	: Ferrum
DJJ	: Denyut Jantung Janin
Hb	: Hemoglobin
MOW	: Metode Operasi Wanita
PRC	: Packed Red Cells
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IRT	: Ibu Rumah Tangga
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LS	: Laminaria Stiff
PMB	: Praktik Mandiri Bidan
PRC	: Packed Red Cells

SD	: Sekolah Dasar
SMA	: Sekolah Menengah Atas
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
SpOG	: Spesialis Obstetri dan Ginekologi
TB	: Tinggi Badan
BB	: Berat Badan
Kg	: Kilo Gram
JK	: Jenis Kelamin
PMB	: Praktik Mandiri Bidan
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TTV	: Tanda-Tanda Vital
TT	: Tetanus Tokosoid
S	: Suhu
N	: Nadi
R	: Respirasi
UK	: Usia Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
KB	: Keluarga Berencana
SOP	: Standar Operasional Prosedur

DAFTAR ISTILAH

Involusi Uterus	: Proses kembalinya rahim ke ukuran dan kondisi sebelum hamil setelah bayi dilahirkan.
Perdarahan Postpartum	: Kehilangan darah dalam jumlah tidak normal (>500 mL pervaginam atau >1000 mL per abdomenam) setelah proses persalinan.
Persalinan Preterm	: Persalinan yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu.
Persalinan Aterm	: Persalinan yang terjadi pada usia kehamilan matang atau cukup bulan (37–42 minggu).
AKI (Angka Kematian Ibu)	: Indikator jumlah kematian wanita yang disebabkan oleh masalah kehamilan, persalinan, dan nifas dalam suatu wilayah.
Atonia Uteri	: Kegagalan otot rahim (miometrium) untuk berkontraksi dengan baik setelah plasenta lahir.
Grandemultipara	: Kondisi seorang wanita yang telah melahirkan anak hidup sebanyak 4 kali atau lebih.
Endometrium	: Lapisan dalam dinding rahim tempat menempelnya sel telur yang telah dibuahi.
Manual Plasenta	: Prosedur pelepasan plasenta secara digital (menggunakan tangan penolong) langsung dari dinding rahim pada kasus retensio plasenta.
Kotiledon	: Unit-unit lobus yang membentuk struktur permukaan plasenta.
Kuretase (Curettage)	: Tindakan pembersihan rongga rahim menggunakan alat sendok kuret untuk mengeluarkan sisa jaringan konsepsi atau sisa plasenta.
Inersia Uteri	: Kelainan kekuatan kontraksi di mana his/kontraksi rahim teraba lemah dan tidak adekuat.
Antenatal Care (ANC)	: Pelayanan kesehatan komprehensif yang diberikan kepada ibu hamil selama masa kehamilannya.

Studi Rekam Medik	: Metode pengumpulan data penelitian dengan cara menelaah catatan medis resmi pasien di fasilitas kesehatan.
Multifaktorial	: Kondisi penyakit atau masalah kesehatan yang dipicu oleh interaksi banyak faktor penyebab sekaligus.
Takikardia	: Kondisi di mana denyut jantung atau nadi berdetak lebih cepat dari batas normal (>100 kali per menit).
Transfusi Packed Red Cells	: Pemberian komponen sel darah merah pekat kepada pasien yang mengalami anemia berat atau kekurangan volume darah akut.
Hemodinamik	: Parameter kestabilan aliran darah dan sirkulasi di dalam tubuh (seperti tekanan darah dan nadi).
Subinvolusi Uterus	: Keterlambatan atau kegagalan rahim untuk mengecil kembali ke ukuran normal sesuai tahapan masa nifas.
Lochea Rubra	: Cairan nifas berupa darah segar bercampur sisa selaput ketuban yang keluar pada hari ke-1 hingga ke-3 postpartum.
Massa Echogenic	: Temuan visual pada pemeriksaan USG yang menunjukkan adanya struktur padat (seperti sisa jaringan) di dalam rongga rahim.
MOW	: Metode kontrasepsi mantap/permanen pada wanita melalui prosedur pemotongan atau pengikatan saluran telur (tuba fallopii).
LNG-IUD	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) hormonal yang melepaskan hormon progestin jenis levonorgestrel secara bertahap.
SOAP	: Metode pendokumentasian sistematis asuhan kesehatan yang terdiri dari data Subjektif, data Objektif, Analisis, dan Penatalaksanaan.
Compos Mentis	: Tingkat kesadaran normal di mana pasien sadar sepenuhnya dan memberikan respons adekuat terhadap lingkungan.
Laminaria Stiff (LS)	: Batang rumput laut steril yang dikeringkan, digunakan untuk membuka leher rahim secara perlahan melalui penyerapan cairan tubuh.

Vulva Hygiene	: Tindakan membersihkan organ kelamin luar wanita untuk menjaga kebersihan dan mencegah infeksi pascapersalinan.
Mobilisasi Dini	: Aktivitas bergerak atau berjalan ringan sesegera mungkin yang dilakukan oleh ibu pascatindakan medis/persalinan.
Massase Fundus Uteri	: Tindakan pemijatan melingkar pada puncak rahim secara eksternal melalui dinding perut untuk merangsang kontraksi otot rahim

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR SINGKATAN.....	iii
DAFTAR ISTILAH.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan 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 Wawancara	5
1.4.2 Observasi	5
1.4.3 Studi Rekam Medik	5
1.5 Tempat dan Waktu Penelitian.....	5
1.6 Manfaat Penulisan.....	6
1.6.1 Bagi Penulis.....	6
1.6.2 Bagi Institusi Pendidikan	6
1.6.3 Bagi Institusi Kesehatan	6
1.6.4 Bagi Klien \ Masyarakat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Anemia Sedang Pada Masa Nifas.....	7
2.1.1 Pengertian Anemia.....	7
2.1.2 Klasifikasi Anemia.....	7
2.1.3 Etiologi Anemia pada Masa Nifas	8

2.1.4 Tanda dan Gejala Anemia Sedang	10
2.1.5 Dampak Anemia Sedang pada Masa Nifas.....	10
2.1.6 Penatalaksanaan Anemia Sedang pada Masa Nifas.....	11
2.1.7 Kenaikan Kadar Hemoglobin Pasca Penatalaksanaan Anemia	12
2.2 Konsep Dasar Sisa Plasenta	14
2.2.1 Pengertian Sisa Plasenta	14
2.2.2 Etiologi Sisa Plasenta	15
2.2.3 Penyebab Perdarahan pada Kasus Sisa Plasenta.....	16
2.2.4 Patofisiologi Sisa Plasenta	17
2.2.4 Tanda dan Gejala Sisa Plasenta	18
2.2.5 Diagnosis Sisa Plasenta	19
2.2.6 Penatalaksanaan Sisa Plasenta.....	20
2.2.7 Komplikasi Sisa Plasenta	21
2.3 Hubungan Sisa Plasenta dengan Anemia Sedang pada Masa Nifas	21
2.4 Konsep Grandemultipara pada Kasus P4A0	22
2.4.1 Kontrasepsi yang Tepat Pasca Kuretase pada Grandemultipara	23
2.5 Telaah Jurnal	25
2.5.1 Hubungan Paritas dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang	25
2.5.2 Hubungan Usia Ibu dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang.....	27
2.5.3 Hubungan Anemia Pada Masa Kehamilan dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang	28
2.6 Konsep Asuhan Kebidanan	29
2.6.1 Pengertian Asuhan Kebidanan	29
2.7 Standar Pelayanan Antenatal Terpadu.....	30
2.8 Standar Dokumentasi Asuhan Kebidanan (SOAP)	31
2.9 Peran dan Kewenangan Bidan dalam Penanganan Sisa Plasenta	31
BAB III TINJAUAN KASUS	33
3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ny. A Usia 33 Tahun P4A0 2 Jam Postpartum Dengan Sisa Plasenta Dan Anemia Sedang Di RSUD dr. Slamet Garut	33
3.2 Catatan Perkembangan II Asuhan Kebidanan 1 Hari Post Partum	42

3.3 Catatan Perkembangan II Asuhan Kebidanan 2 Hari Post Partum	44
BAB IV PEMBAHASAN.....	52
4.1 Data Subjektif.....	52
4.2 Data Objektif.....	53
4.3 Analisa.....	55
4.3 Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan	57
BAB V KESIMPULAN.....	62
5.1 Kesimpulan	62
5.2 Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA.....	65
LAMPIRAN.....	68

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Matriks	48
--------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Perdarahan Pascasalin di RSUD dr. Slamet Garut	68
Lampiran 2 SOP Kuretase di RSUD dr. Slamet Garut.....	73
Lampiran 3 Lembar Bimbingan LTA	75
Lampiran 4 Lembar Bimbingan Revisi LTA.....	77

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sisa plasenta merupakan kondisi di mana sebagian jaringan plasenta masih tertinggal di dalam kavum uteri setelah proses persalinan selesai, sehingga menghambat proses involusi uterus dan memicu perdarahan postpartum yang berkelanjutan. Secara global, kondisi ini diperkirakan mempengaruhi antara 0,5% hingga 4,8% dari seluruh persalinan pervaginam, dengan angka kejadian yang lebih tinggi pada persalinan preterm yaitu mencapai 9,1% dibandingkan persalinan pervaginam, dengan angka kejadian yang lebih tinggi pada persalinan preterm yaitu mencapai 9,1% dibandingkan persalinan aterm yang hanya sekitar 1% dari populasi (Zeidan et al, 2025)

Sisa plasenta yang tidak segera ditangani akan menyebabkan perdarahan berlanjut sehingga menurunkan kadar hemoglobin (Hb) ibu dan menimbulkan kondisi anemia postpartum. Tingginya kejadian sisa plasenta dan anemia postpartum yang tidak tertangani secara optimal menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap angka kematian ibu dan bayi. Di Indonesia, retensio plasenta menjadi salah satu penyebab langsung AKI yang menyumbang sekitar 9% kematian ibu secara nasional, retensio plasenta menjadi penyebab perdarahan postpartum terbanyak yaitu sebesar 44%, diikuti atonia uteri 28%, rupture uteri 18,6%, dan inversion uteri 9,4% (Pitri et al., 2025; Salsabil et al., 2024). Faktor risiko yang memperbesar kemungkinan terjadinya sisa plasenta meliputi usia ibu diatas 35

tahun, multiparitas, riwayat kuretase sebelumnya, serta persalinan dengan induksi (Favilli et al., 2021). Ibu dengan paritas tinggi seperti pada kasus P₄A₀ memiliki risiko lebih besar mengalami sisa plasenta karena terjadinya penurunan tonus myometrium akibat kehamilan berulang serta kemungkinan terbentuknya jaringan perut pada endometrium yang menyebabkan perlengketan plasenta tidak sempurna, di mana penelitian di Kota Bogor tahun 2024 menunjukkan bahwa ibu multiparitas berisiko 1,499 kali lebih besar mengalami retensio plasenta di bandingkan ibu primipara (Nurjanah et al., 2025; Pitri et al., 2025).

Retensio plasenta menjadi salah satu kegawatdaruratan kebidanan yang memicu komplikasi lanjutan berupa sisa plasenta (retained placenta). Data epidemiologi di fasilitas kesehatan rujukan menunjukkan bahwa sebesar 76% kasus perdarahan postpartum primer didominasi oleh kejadian retensio plasenta (Henni Jc Saragih & Sri Rezeki, 2023). Meskipun intervensi manual plasenta sering dilakukan sebagai langkah penyelamatan awal, tindakan ini membawa risiko tinggi terhadap keutuhan plasenta saat dilahirkan. Bukti klinis menunjukkan bahwa prosedur tersebut rentan menyisakan jaringan kotiledon di dalam rongga rahim, yang pada akhirnya memerlukan tindakan kuretase lanjutan demi menghentikan perdarahan (Adnan & Dinata, 2025). Tingginya konversi retensio menjadi sisa plasenta ini erat kaitannya dengan kondisi ibu hamil yang mengalami anemia. Kurangnya hemoglobin memicu hipoksia pada miometrium sehingga terjadi inersia uteri (kontraksi lemah) yang menyebabkan plasenta gagal lepas secara utuh. Sisa jaringan yang tertahan tersebut memicu perdarahan pasca-salin yang secara drastis mendegradasi kadar Hb ibu

hingga jatuh pada kondisi anemia sedang (< 9 gr/dl) pada masa nifas (Henni Je Saragih & Sri Rezeki, 2023).

Di Indonesia ibu hamil yang mengalami anemia, dengan prevalensi tertinggi pada kelompok usia 35-44 tahun sebesar 39,6% (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Kondisi multiparitas seperti pada P4A0 turut memperbesar risiko anemia sedang karena kehamilan berulang menguras cadangan zat besi ibu secara terus-menerus, sementara perdarahan akibat sisa plasenta semakin memperparah penurunan kadar hemoglobin (Aslina & Amalia, 2025; Nofitri dan Rosdiana, 2023). Penelitian yang dipublikasi dalam jurnal MPPKI (Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia) menunjukkan bahwa ibu dengan anemia dalam kehamilan memiliki risiko 3,467 kali lebih besar mengalami komplikasi persalinan termasuk retensio plasenta dibandingkan ibu yang tidak anemia, sehingga hubungan antara keduanya bersifat saling memperburuk (Salsabil et al., 2024).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2017, bidan berwenang melakukan pelayanan kesehatan ibu pada masa nifas yang meliputi pengkajian komprehensif, pemantauan tanda-tanda vital, pemantauan perdarahan pervaginam, serta pemberian suplemen zat besi. Dalam kondisi anemia sedang hingga berat, bidan juga berwenang melakukan kolaborasi dengan tenaga medis (dokter) untuk terapi lanjutan guna stabilisasi sebelum dilakukan rujukan (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, penulis membuat Laporan Tugas Akhir dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A USIA 33**

TAHUN P₄A₀ DENGAN SISA PLASENTA DAN ANEMIA SEDANG DI RSUD dr. SLAMET GARUT”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dari Laporan Tugas Akhir ini adalah “Bagaimana Asuhan Kebidanan pada Ny. A Usia 33 Tahun P₄A₀ dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang di RSUD dr. Slamet Garut?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Asuhan Kebidanan pada Ny. A Usia 33 Tahun P₄A₀ dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang di RSUD dr. Slamet Garut. Dengan melakukan pendekatan Manajemen Kebidanan dan Pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada kasus Asuhan Kebidanan pada Ny. A Usia 33 Tahun P₄A₀ dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut
2. Melakukan pengumpulan data objektif pada kasus Asuhan Kebidanan pada Ny. A Usia 33 Tahun P₄A₀ dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut
3. Menerapkan Analisa pada kasus Asuhan Kebidanan pada Ny. A Usia 33 Tahun P₄A₀ dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut

4. Melakukan pentalaksanaan pada kasus Asuhan Kebidanan pada Ny. A Usia 33 Tahun P₄A₀ dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut
5. Melakukan Pendokumentasian pada kasus Asuhan Kebidanan pada Ny. A Usia 33 Tahun P₄A₀ dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Metode Pengumpulan Data

1.4.1 Wawancara

Wawancara ini dilakukan melalui komunikasi secara langsung dengan klien, dan suaminya untuk memperoleh data yang berhubungan dengan permasalahan klien yang akan dijadikan kasus, sehingga data yang diperoleh lebih akurat.

1.4.2 Observasi

Data dapat diperoleh dari hasil observasi secara langsung kepada klien dan juga pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang.

1.4.3 Studi Rekam Medik

Data diperoleh dari rekam medis pasien yang selanjutnya data didokumentasikan

1.5 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian Laporan Tugas Akhir ini yaitu di lakukan RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 17 Februari 2026 sampai dengan 19 Februari 2026.

1.6 Manfaat Penulisan

1.6.1 Bagi Penulis

Dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan khususnya tentang asuhan kebidanan postpartum perdarahan sisa plasenta serta kompeten dalam pendokumentasian asuhan sebagai sarana untuk memasuki dunia kerja.

1.6.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasilnya dapat digunakan sebagai bahan kepustakaan dan referensi pembelajaran bagi mahasiswa kebidanan dalam memahami penatalaksanaan kasus sisa plasenta dan anemia sedang pada masa postpartum sesuai standar asuhan yang berlaku.

1.6.3 Bagi Institusi Kesehatan

Menjadi bahan masukan dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan asuhan kebidanan, serta menjadi bahan untuk melakukan evaluasi dalam pelayanan, penegakan diagnosa dan pendokumentasian.

1.6.4 Bagi Klien \ Masyarakat

Meningkatkan pemahaman bagi masyarakat atau ibu khususnya ibu postpartum, mengenai tanda-tanda bahaya masa nifas yang harus diwaspadai dan pentingnya segera mencari pertolongan tenaga kesehatan yang kompeten.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Anemia Sedang Pada Masa Nifas

2.1.1 Pengertian Anemia

Anemia merupakan suatu kondisi medis yang ditandai dengan penurunan jumlah sel darah merah atau merosotnya konsentrasi hemoglobin (Hb) di dalam tubuh hingga berada di bawah ambang batas normal. Akibat penurunan ini, darah tidak lagi mampu mengikat dan mengedarkan oksigen secara optimal guna memenuhi kebutuhan fisiologis jaringan tubuh (Wabula & Rusdi, 2025).

Pada masa nifas, kondisi anemia postpartum ini sering kali bersifat multifaktorial. Penyebab yang paling dominan adalah kehilangan darah dalam jumlah besar, baik selama proses persalinan berlangsung maupun pada masa pascapersalinan (perdarahan postpartum). Risiko terjadinya anemia akan menjadi jauh lebih tinggi dan kondisinya dapat semakin memburuk apabila sejak masa kehamilan ibu sudah memiliki riwayat cadangan zat besi yang tidak adekuat (anemia defisiensi besi) (Wabula & Rusdi, 2025).

2.1.2 Klasifikasi Anemia

Berdasarkan kadar hemoglobin, World Health Organization (WHO) mengklasifikasikan anemia pada ibu postpartum sebagai berikut:

1. Tidak anemia: Hb lebih dari atau sama dengan 12 g/dL
2. Anemia ringan: Hb 10,0 sampai 11,9 g/dL
3. Anemia sedang: Hb 7,0 sampai 9,9 g/dL

4. Anemia berat: Hb kurang dari 7,0 g/dL

Anemia sedang dengan kadar hemoglobin antara 7,0-9,9 g/dL menjadi perhatian khusus pada masa nifas karena dapat secara signifikan mengganggu proses pemulihan ibu, memengaruhi produksi ASI, serta meningkatkan risiko infeksi (Wabula & Rusdi, 2025).

2.1.3 Etiologi Anemia pada Masa Nifas

Menurut (Nofitri dan Rosdiana, 2023), terdapat beberapa faktor utama yang saling berkaitan dalam memicu terjadinya anemia pascapersalinan, antara lain:

1. Anemia Defisiensi Besi Antenatal yang Tidak Tertangani

Penyebab utama anemia pada masa nifas sering kali berakar dari anemia defisiensi besi yang sudah terjadi sejak masa kehamilan dan tidak mendapatkan penanganan yang optimal. Selama masa kehamilan, kebutuhan zat besi ibu meningkat secara drastis untuk mendukung pertumbuhan janin dan plasenta serta ekspansi volume darah ibu. Apabila ibu hamil tidak memperoleh suplementasi zat besi (tablet Fe) yang cukup atau tidak patuh dalam mengonsumsinya, maka cadangan zat besi dalam tubuh akan habis, sehingga memicu terjadinya anemia yang terus berlanjut hingga masa nifas.

2. Kondisi Paritas Tinggi

Ibu dengan paritas tinggi, khususnya dengan riwayat melahirkan empat kali atau lebih (grandemultipara), memiliki risiko yang jauh lebih besar untuk mengalami anemia. Hal ini disebabkan karena kehilangan darah yang terjadi secara berulang pada setiap persalinan sebelumnya

cenderung menguras cadangan zat besi dalam tubuh ibu. Jika jarak antar kehamilan terlalu dekat, tubuh ibu belum memiliki waktu yang cukup untuk memulihkan cadangan zat besi tersebut, sehingga ibu memasuki kehamilan berikutnya dan masa nifas dalam kondisi defisiensi nutrisi yang kronis.

3. Kehilangan Darah Berlebihan Selama dan Pascapersalinan

Proses persalinan dengan kehilangan darah melebihi batas fisiologis (>500 mL pada persalinan pervaginam) dikategorikan sebagai perdarahan postpartum (postpartum hemorrhage). Kehilangan volume darah dalam jumlah besar secara mendadak ini menjadi pemicu langsung penurunan kadar hemoglobin (Hb) secara signifikan pada masa nifas. Selain itu, adanya komplikasi seperti sisa plasenta yang tertinggal di dalam rahim dapat menyebabkan perdarahan berlangsung secara terus-menerus (*continuous bleeding*), yang secara kumulatif memperparah derajat anemia nifas yang dialami oleh ibu.

4. Defisiensi Mikronutrien (Asam Folat dan Vitamin B12)

Selain defisiensi zat besi, gangguan pada proses eritropoiesis atau pembentukan sel darah merah juga dapat dipicu oleh kurangnya asupan nutrisi mikro esensial lainnya, seperti asam folat dan vitamin B12. Kekurangan kedua unsur ini menyebabkan gangguan pematangan inti sel darah merah, sehingga sel yang terbentuk menjadi rapuh dan tidak berfungsi optimal. Kombinasi antara defisiensi zat besi dan mikronutrien

ini semakin meningkatkan kerentanan ibu terhadap kejadian anemia di periode pascapersalinan.

2.1.4 Tanda dan Gejala Anemia Sedang

Ibu dengan anemia sedang pada masa nifas biasanya menunjukkan gejala seperti badan terasa lemah, cepat lelah, pusing, pandangan berkunang-kunang, sampai jantung berdebar. Waktu dilakukan pemeriksaan fisik, biasanya bakal ditemukan tanda yang khas seperti kelopak mata bagian dalam (konjungtiva) yang pucat, serta mukosa bibir dan kulit yang tampak kurang segar. Denyut nadi ibu juga bisa jadi lebih cepat (takikardia) sebagai bentuk kompensasi alami tubuh untuk mengalirkan oksigen yang terbatas.

Selain keluhan fisik, ibu nifas dengan anemia sedang juga sering mengeluhkan produksi ASI yang berkurang selama menyusui. Untuk memastikan diagnosisnya, pemeriksaan darah di laboratorium bakal menunjukkan hasil kadar Hemoglobin (Hb) ibu berada di angka 9,8 g/dL. Rendahnya kadar Hb inilah yang menjadi penyebab utama munculnya rasa lemas dan pusing yang dirasakan oleh ibu (Wabula & Rusdi, 2025)

2.1.5 Dampak Anemia Sedang pada Masa Nifas

Ibu nifas yang mengalami anemia sedang biasanya bakal merasakan keluhan pada badannya seperti gampang capek, lemas, pusing, pandangan kunang-kunang, sampai jantung yang terasa berdebar-debar atau palpitasi. Kalau dilakukan pemeriksaan fisik secara langsung, tanda-tanda anemis ini bisa kelihatan jelas dari konjungtiva mata yang pucat, serta area mukosa bibir dan kulit ibu yang ikut memucat. (Lalita ddk, 2025) menyebutkan bahwa kondisi detak jantung atau nadi

yang mendadak jadi lebih cepat bahkan sampai takikardia melebihi 100 kali per menit merupakan alarm otomatis dari tubuh untuk mengompensasi kurangnya pasokan oksigen di dalam darah akibat perdarahan atau anemia. Pada beberapa kasus yang kondisinya lumayan parah, ibu juga bisa terkena hipotensi ortostatik atau pusing hebat saat mendadak berubah posisi, yang ujung-ujungnya ikut memicu kelelahan fisik maupun emosional sehingga produksi ASI ibu nifas jadi terganggu dan berkurang (Lalita ddk, 2025).

2.1.6 Penatalaksanaan Anemia Sedang pada Masa Nifas

Penatalaksanaan anemia sedang pada masa nifas disesuaikan dengan penyebab dan beratnya anemia menurut (Lalita ddk, 2025). Tatalaksana meliputi:

1. Mengatasi penyebab utama. Langkah awal yang paling penting adalah membereskan penyebab utamanya terlebih dahulu; sebagai contoh, jika anemia dipicu oleh sisa plasenta, maka tindakan kuretase untuk mengeluarkan sisa jaringan rahim harus segera dilakukan agar perdarahan aktif bisa dihentikan.
2. Suplementasi zat besi. Bersamaan dengan tindakan tersebut, menjelaskan bahwa pemberian suplemen gizi nifas berupa zat besi oral (seperti *ferrous sulfate* atau *ferrous fumarate*) dengan dosis terapi selama minimal 3 bulan sangat dianjurkan untuk memulihkan kembali cadangan besi di dalam tubuh yang sempat berkurang.
3. Pemberian zat besi intravena. Namun, jika kondisi lambung ibu tidak toleran terhadap obat oral atau membutuhkan peningkatan kadar

hemoglobin yang lebih cepat, pemberian zat besi melalui intravena bisa menjadi pilihan alternatif.

4. Transfusi *Packed Red Cells* (PRC). Apabila kondisi klinisnya memburuk hingga mengganggu kestabilan sirkulasi darah (hemodinamik) atau kadar hemoglobin sudah terlalu rendah, tindakan transfusi darah PRC harus segera dilakukan tanpa ditunda.
5. Pemenuhan nutrisi. Semua penanganan medis ini juga wajib didukung dengan pemenuhan nutrisi mandiri melalui konsumsi makanan yang tinggi zat besi, seperti daging merah, hati, atau sayuran hijau, yang dikombinasikan dengan vitamin C agar penyerapan zat besinya di dalam tubuh berjalan lebih maksimal.
6. Antisipasi dampak psikologis. Penanganan yang cepat ini sangat penting karena jika kondisi anemia sedang ini dibiarkan begitu saja tanpa tatalaksana yang baik, dampaknya bisa meluas ke masalah psikologis ibu berupa kelelahan kronis dan penurunan mood (depresi postpartum) yang lambat laun dapat mengganggu kedekatan emosional antara ibu dengan bayinya.

2.1.7 Kenaikan Kadar Hemoglobin Pasca Penatalaksanaan Anemia

Kenaikan kadar hemoglobin (Hb) setelah penatalaksanaan anemia merupakan indikator keberhasilan terapi yang penting untuk dipantau, peningkatan kadar hemoglobin pada ibu nifas dengan anemia sedang yang mendapat terapi zat besi oral secara adekuat rata-rata berkisar antara 0,5–1,0 g/dL per hari, atau setara dengan 1,5–2,0 g/dL per minggu. Namun, apabila penyebab utama perdarahan telah

diatasi melalui tindakan kuretase, respons kenaikan Hb akan berlangsung lebih cepat dan signifikan karena tidak ada lagi kehilangan darah aktif yang menghambat proses eritropoiesis.

Secara fisiologis, kenaikan hemoglobin terjadi melalui beberapa mekanisme. Pertama, sumsum tulang akan mempercepat produksi sel darah merah (eritropoiesis) sebagai respons terhadap kondisi hipoksia jaringan akibat anemia. Peningkatan kadar eritropoietin (EPO) dari ginjal akan merangsang diferensiasi sel progenitor eritroid di sumsum tulang menjadi retikulosit dan selanjutnya menjadi eritrosit matur. Menurut Kemenkes RI (2021), retikulosit yang meningkat dalam darah perifer merupakan tanda awal respons sumsum tulang terhadap terapi anemia, biasanya terdeteksi pada hari ke-3 hingga ke-5 setelah terapi dimulai. Kedua, pemberian suplemen zat besi menyediakan substrat yang dibutuhkan untuk sintesis hemoglobin di dalam eritrosit yang sedang berkembang, sehingga proses maturasi sel darah merah dapat berlangsung secara optimal. Ketiga, penghentian sumber perdarahan (dalam hal ini melalui kuretase sisa plasenta) merupakan faktor terpenting yang memungkinkan simpanan zat besi tubuh dimanfaatkan untuk membentuk hemoglobin baru, bukan digunakan untuk mengkompensasi kehilangan darah yang terus berlanjut.

Menurut (Wabula dan Rusdi 2025), faktor-faktor yang memengaruhi kecepatan kenaikan hemoglobin pasca terapi anemia pada ibu nifas meliputi: (1) derajat anemia awal—anemia sedang (Hb 7,0–9,9 g/dL) memiliki cadangan eritropoiesis yang masih baik sehingga respons terapi lebih cepat dibandingkan anemia berat; (2) kepatuhan konsumsi suplemen zat besi—absorpsi besi oral

meningkat pada kondisi anemia karena tubuh secara aktif meningkatkan kapasitas penyerapan di mukosa usus; (3) asupan nutrisi pendukung—konsumsi makanan tinggi vitamin C bersamaan dengan suplemen zat besi secara signifikan meningkatkan absorpsi zat besi nonheme; serta (4) ada tidaknya infeksi—kondisi inflamasi akan menghambat sintesis hemoglobin melalui mekanisme sekuestrasi besi oleh hepsidin. Pemantauan kadar hemoglobin secara berkala setiap 1–2 minggu penting dilakukan untuk menilai efektivitas terapi dan ketepatan respons klinis ibu (Nofitri dan Rosdiana, 2023).

2.2 Konsep Dasar Sisa Plasenta

2.2.1 Pengertian Sisa Plasenta

Sisa plasenta (*rest placenta*) merupakan suatu kondisi di mana sebagian jaringan dari lobus atau selaput membrannya masih tertinggal di dalam kavum uteri setelah proses persalinan bayi selesai. Kondisi klinis ini berbeda dengan retensio plasenta, yang mana pada retensio plasenta merujuk pada keadaan seluruh plasenta yang belum lahir dalam waktu lebih dari 30 menit paska persalinan. (Fatmasari, 2023) menjelaskan bahwa bagian sisa jaringan plasenta yang masih melekat erat pada dinding uterus ini berisiko membuat rahim tidak dapat bekerja secara adekuat. Akibat adanya ganjalan dari sisa jaringan tersebut, otot-otot rahim terhalang untuk berkontraksi atau menjepit pembuluh darah yang terbuka pada bekas tempat menempelnya (implantasi) plasenta dengan sempurna. Kegagalan kontraksi rahim yang efektif inilah yang pada akhirnya menjadi pemicu utama terjadinya perdarahan paska persalinan berkelanjutan, baik dalam bentuk perdarahan sedikit

yang berkepanjangan maupun perdarahan hebat secara mendadak (Fatmasari, 2023).

2.2.2 Etiologi Sisa Plasenta

Terdapat beberapa faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya sisa plasenta, menurut (Fatmasari, 2023) faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Status Anemia pada Ibu Bersalin, kondisi anemia terbukti memiliki hubungan yang sangat signifikan dengan kejadian sisa plasenta. Kekurangan kadar hemoglobin di dalam darah menyebabkan pasokan oksigen menuju otot-otot rahim menjadi tidak optimal, sehingga menurunkan kekuatan kontraksi atau kontraktilitas uterus. Rahim yang tidak dapat berkontraksi dengan adekuat ini mengakibatkan proses pelepasan plasenta pada kala III menjadi terhambat, sehingga sebagian jaringan tertinggal di dalam rahim.
2. Riwayat Abortus (Keguguran), faktor riwayat abortus sebelumnya juga ditemukan memiliki hubungan yang bermakna secara statistik terhadap risiko sisa plasenta pada persalinan berikutnya. Riwayat keguguran diduga dapat memengaruhi struktur atau kondisi lapisan dalam rahim (endometrium). Akibatnya, terjadi gangguan pada proses perlekatan serta pelepasan jaringan plasenta di masa kehamilan yang sekarang.
3. Faktor Paritas (Grandemultipara), semakin sering seorang ibu melahirkan, fungsi reproduksi rahim akan mengalami penurunan. Kondisi ini menyebabkan otot uterus menjadi terlalu regang sehingga tidak mampu berkontraksi dengan normal dan efisien selama proses persalinan. Akibat

dari kelemahan kontraksi (atonia uteri) tersebut, rahim gagal mengeluarkan seluruh komponen plasenta secara utuh, sehingga memicu terjadinya sisa plasenta.

2.2.3 Penyebab Perdarahan pada Kasus Sisa Plasenta

Perdarahan pada kasus sisa plasenta terjadi akibat beberapa mekanisme patofisiologis yang saling berkaitan. Menurut (Prawirohardjo 2016), perdarahan pascapersalinan yang disebabkan oleh sisa plasenta terjadi karena jaringan plasenta yang tertinggal di dalam kavum uteri menghalangi proses kontraksi miometrium secara adekuat, sehingga pembuluh darah spiralis pada bekas tempat implantasi plasenta tidak dapat terjepit dengan sempurna dan terus mengeluarkan darah. Penyebab perdarahan pada kasus sisa plasenta dapat dikelompokkan sebagai berikut.

Pertama, gangguan kontraksi uterus akibat sisa jaringan. Sisa plasenta yang tertinggal berfungsi sebagai benda asing yang mengganjal rongga rahim, sehingga miometrium tidak mampu berkontraksi secara efektif. Kondisi ini menyebabkan anyaman serabut otot rahim (living ligature) gagal menjepit pembuluh darah terbuka, yang pada akhirnya menimbulkan perdarahan postpartum sekunder yang berlangsung terus-menerus (Fatmasari, 2023).

Kedua, subinvolusi uterus. Adanya sisa jaringan plasenta menyebabkan proses involusi uterus terganggu. Uterus yang tidak dapat mengecil secara normal akan mempertahankan ukuran yang lebih besar dari seharusnya, sehingga permukaan bekas implantasi plasenta tetap luas dan rentan mengalami perdarahan. Menurut (Lalita dkk. 2025), subinvolusi ini merupakan tanda patognomonik yang

selalu ditemukan pada kasus sisa plasenta dan menjadi salah satu indikator klinis penting dalam penegakan diagnosis.

Ketiga, manual plasenta yang tidak sempurna. Tindakan manual plasenta yang dilakukan pada kasus retensio plasenta berisiko meninggalkan sebagian kotiledon atau selaput membran di dalam rongga rahim. Menurut (Adnan dan Dinata 2025), prosedur pelepasan plasenta secara manual rentan menyisakan jaringan kotiledon akibat perlengketan yang tidak merata antara plasenta dengan desidua basalis, terutama pada ibu dengan paritas tinggi yang memiliki jaringan endometrium yang tidak rata akibat kehamilan berulang. Kondisi inilah yang dialami oleh Ny. A, di mana setelah dilakukan manual plasenta di puskesmas, perdarahan aktif tetap berlanjut hingga ditemukan sisa jaringan plasenta seberat ± 30 gram saat tindakan kuretase di RSUD dr. Slamet Garut.

2.2.4 Patofisiologi Sisa Plasenta

Proses persalinan kala III yang berjalan normal melibatkan mekanisme fisiologis yang terdiri dari empat fase utama, yaitu fase laten, fase kontraksi retroplasenta, fase pelepasan, dan fase ekspulsi plasenta. Di antara seluruh tahapan tersebut, fase kontraksi retroplasenta menjadi kunci utama karena kerjanya yang optimal akan menghasilkan tekanan mekanis secara horizontal pada permukaan luar plasenta, sehingga memicu pemisahan (separasi) jaringan secara progresif dan bersih dari dinding rahim. Sebaliknya, menurut (Prawirohardjo, 2016), apabila uterus mengalami gangguan kontraktilitas akibat kelelahan otot rahim maupun anemia, proses pelepasan tersebut akan terhambat hingga menyebabkan komplikasi sisa plasenta (*rest placenta*). Adanya sisa jaringan yang mengganjal di dalam kavum

uteri ini mengakibatkan proses involusi rahim terganggu dan membuat anyaman serabut otot miometrium gagal menjepit pembuluh darah secara adekuat. Akibatnya, ujung-ujung pembuluh darah pada bekas tempat implantasi akan tetap terbuka sebagai sumber perdarahan postpartum sekunder yang secara progresif dapat memperparah kondisi anemia pada ibu nifas.

Secara patofisiologis, terdapat tiga mekanisme utama yang mendasari gangguan pelepasan plasenta, yaitu: (1) plasentasi invasif akibat trauma endometrium sebelumnya; (2) hipoperfusi plasenta yang menyebabkan stres oksidatif, disfungsi endotel, dan peningkatan apoptosis; serta (3) kontraktilitas miometrium yang inadekuat akibat kelelahan otot rahim atau pengaruh faktor hormonal (Adeline Jaclyn, 2023)

2.2.4 Tanda dan Gejala Sisa Plasenta

Gejala klinis yang ditemukan pada ibu dengan sisa plasenta meliputi:

1. Perdarahan Pervaginam Sekunder: Terjadinya pengeluaran darah paska persalinan yang bermanifestasi setelah 24 jam pertama. Sifat perdarahan ini dapat berlangsung secara konstan (merembes terus-menerus) maupun keluar dalam jumlah masif secara tiba-tiba.
2. Subinvolusi Uterus: Kondisi di mana proses pengerutan rahim mengalami keterlambatan atau tidak berjalan sesuai jadwal normalnya. Tinggi fundus uteri (TFU) tidak menunjukkan penurunan yang memadai untuk usia hari nifas yang bersangkutan.
3. Pengeluaran Lochea Abnormal: Cairan nifas yang keluar didominasi oleh *lochea rubra* (darah segar) yang berlangsung jauh lebih lama dari durasi

normalnya, sering kali mengeluarkan aroma tidak sedap (berbau menyengat), serta disertai adanya gumpalan jaringan selaput plasenta.

4. Manifestasi Anemia Akut: Akibat kehilangan volume darah yang berkelanjutan, ibu akan menunjukkan tanda-tanda anemia seperti konjungtiva dan telapak tangan tampak pucat, mengeluhkan pusing, kondisi fisik lemah, serta mengalami penurunan tekanan darah (hipotensi).
5. Temuan Pemeriksaan Bimanual: Saat dilakukan palpasi atau pemeriksaan dalam, konsistensi uterus akan teraba lunak serta ukurannya masih lebih besar dari standar normal usia nifasnya, dengan kondisi ostium uteri internum yang bisa ditemukan masih terbuka maupun sudah menutup (Prawirohardjo, 2016).

2.2.5 Diagnosis Sisa Plasenta

Diagnosis komplikasi sisa plasenta (*rest placenta*) dapat ditegakkan secara akurat melalui kombinasi tiga langkah klinis utama, yaitu anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (Prawirohardjo, 2016). Pada tahapan anamnesis, bidan berfokus untuk menggali riwayat proses persalinan pasien, terutama mengenai catatan kelengkapan struktur selaput dan lobus plasenta saat lahir, ada tidaknya pola perdarahan abnormal selama masa nifas, serta riwayat intervensi bedah pada uterus sebelumnya.

Selanjutnya, penegakan diagnosis diperkuat melalui pemeriksaan fisik yang menunjukkan kondisi uterus teraba lebih lunak serta ukurannya masih lebih besar dari standar normal usia nifasnya (subinvolusi), disertai adanya pengeluaran darah aktif yang mengalir dari ostium uteri. Sebagai standar baku emas (*gold standard*),

pemeriksaan penunjang berupa Ultrasonografi (USG) dilakukan untuk mengonfirmasi diagnosis dengan melihat visualisasi massa echogenic heterogen atau sisa jaringan yang tertinggal di dalam kavum uteri. Langkah ini kemudian dilengkapi dengan pemeriksaan laboratorium untuk mengukur kadar hemoglobin (Hb) sebagai parameter objektif dalam menentukan tingkat keparahan anemia yang dialami ibu akibat perdarahan tersebut (Prawirohardjo, 2016).

2.2.6 Penatalaksanaan Sisa Plasenta

Penatalaksanaan sisa plasenta bergantung pada kondisi klinis ibu dan temuan pada pemeriksaan. Menurut (Lalita ddk, 2025) tatalaksana meliputi:

1. Mengatasi penyebab utama. Langkah awal yang paling penting adalah membereskan penyebab utamanya terlebih dahulu; sebagai contoh, jika anemia dipicu oleh sisa plasenta, maka tindakan kuretase untuk mengeluarkan sisa jaringan rahim harus segera dilakukan agar perdarahan aktif bisa dihentikan.
2. Suplementasi zat besi. Bersamaan dengan tindakan tersebut, pemberian suplemen gizi nifas berupa zat besi oral (seperti *ferrous sulfate* atau *ferrous fumarate*) dengan dosis terapi selama minimal 3 bulan sangat dianjurkan untuk memulihkan kembali cadangan besi di dalam tubuh yang sempat berkurang.
3. Pemberian zat besi intravena. Namun, jika kondisi lambung ibu tidak toleran terhadap obat oral atau membutuhkan peningkatan kadar hemoglobin yang lebih cepat, pemberian zat besi melalui intravena bisa menjadi pilihan alternatif.

4. Pemenuhan nutrisi Semua penanganan medis ini juga wajib didukung dengan pemenuhan nutrisi mandiri melalui konsumsi makanan yang tinggi zat besi, seperti daging merah, hati, atau sayuran hijau, yang dikombinasikan dengan vitamin C agar penyerapan zat besinya di dalam tubuh berjalan lebih maksimal.
5. Antisipasi dampak psikologis. Penanganan yang cepat ini sangat penting karena jika kondisi anemia sedang ini dibiarkan begitu saja tanpa tatalaksana yang baik, dampaknya bisa meluas ke masalah psikologis ibu berupa kelelahan kronis dan penurunan mood (depresi postpartum) yang lambat laun dapat mengganggu kedekatan emosional antara ibu dengan bayinya.

2.2.7 Komplikasi Sisa Plasenta

Jika tidak ditangani dengan segera dan tepat, sisa plasenta dapat menimbulkan berbagai komplikasi serius, antara lain perdarahan postpartum yang masif berujung pada syok hipovolemik, anemia berat, infeksi intrauterina (endometritis) yang dapat berkembang menjadi sepsis, serta kematian ibu. Laporan kasus di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang tahun 2024 mencatat bahwa pasien dengan sisa plasenta mengalami late postpartum haemorrhage disertai anemia yang memerlukan tatalaksana kuretase emergensi (Septya Dina ddk, 2024)

2.3 Hubungan Sisa Plasenta dengan Anemia Sedang pada Masa Nifas

Sisa plasenta dan anemia sedang pada masa nifas memiliki hubungan patofisiologis yang erat dan saling memperberat. Sisa plasenta menjadi sumber perdarahan postpartum sekunder yang apabila berlangsung terus-menerus akan

menguras simpanan zat besi tubuh ibu dan menurunkan kadar hemoglobin secara progresif. Sebaliknya, kondisi anemia yang sudah ada sejak sebelum atau selama persalinan akan memperberat dampak dari perdarahan akibat sisa plasenta, karena kemampuan kompensasi tubuh terhadap kehilangan darah menjadi lebih terbatas (Zuitasari, 2025).

Studi yang dilakukan oleh (Zuitasari, 2025) menemukan hubungan signifikan antara anemia dan kejadian retensio plasenta serta sisa plasenta. Hal ini disebabkan karena kondisi anemia menyebabkan kontraktilitas otot uterus menurun, sehingga pelepasan plasenta pada kala III tidak berlangsung sempurna. Dengan demikian, terdapat hubungan dua arah antara sisa plasenta dan anemia, di mana keduanya saling berkontribusi memperburuk kondisi ibu nifas.

2.4 Konsep Grandemultipara pada Kasus P4A0

Status grandemultipara merupakan istilah medis untuk ibu yang telah menjalani proses persalinan sebanyak empat kali atau lebih, di mana kondisi paritas tinggi seperti P4A0 (melahirkan empat kali tanpa riwayat keguguran) memiliki kaitan erat dengan peningkatan risiko komplikasi obstetri. (Lalita ddk, 2025). Menjelaskan bahwa dinding rahim yang sudah mengalami peregangan berulang kali pada setiap kehamilan cenderung mengalami penurunan kekuatan kontraksi atau kontraktilitas otot uterus. Kondisi ini diperparah oleh adanya perubahan struktural pada lapisan dalam rahim (*desidua endometrium*) akibat tempat menempelnya plasenta yang berulang, sehingga meningkatkan risiko terjadinya perlengketan jaringan yang tidak normal seperti sisa plasenta. Selain rahim yang menjadi lebih lemas, ibu dengan paritas tinggi juga jauh lebih rentan mengalami

anemia postpartum karena riwayat kehilangan darah pada persalinan-persalinan terdahulu berisiko menguras cadangan zat besi di dalam tubuh secara bertahap. Risiko komplikasi masa nifas ini akan menjadi semakin besar apabila faktor paritas yang tinggi tersebut dikombinasikan dengan faktor usia ibu yang sudah menginjak lebih dari 30 tahun, di mana secara biologis fungsi reproduksi dan elastisitas otot rahim sudah mulai menurun, sehingga memerlukan pengawasan klinis yang lebih intensif guna mencegah terjadinya perdarahan lanjutan (Lalita ddk, 2025).

2.4.1 Kontrasepsi yang Tepat Pasca Kuretase pada Grandemultipara

Pemilihan metode kontrasepsi yang tepat pasca kuretase menjadi bagian penting dari asuhan kebidanan komprehensif, khususnya pada ibu dengan kondisi grandemultipara (P4A0) yang memiliki risiko tinggi komplikasi obstetri pada kehamilan berikutnya. Menurut (Kemenkes RI, 2022), pemilihan kontrasepsi pasca kuretase harus mempertimbangkan faktor kondisi kesehatan ibu saat ini (termasuk riwayat anemia dan perdarahan), jumlah paritas, status laktasi, serta keinginan ibu terhadap kehamilan di masa depan.

Pada ibu grandemultipara pasca kuretase dengan kondisi anemia sedang yang sedang dalam masa pemulihan, terdapat beberapa pilihan kontrasepsi yang direkomendasikan:

Pertama, Metode Operasi Wanita (MOW/Tubektomi). Pada ibu grandemultipara P4A0, MOW merupakan pilihan kontrasepsi yang paling direkomendasikan karena bersifat permanen dan efektif mencegah kehamilan ulang yang berisiko tinggi pada paritas tinggi. Menurut (Handayani et, 2025), tubektomi dapat dilakukan bersamaan dengan tindakan kuretase (minilaparotomi pasca

kuretase) apabila kondisi umum ibu memungkinkan dan ibu telah menyatakan tidak menginginkan kehamilan lagi. Efektivitasnya sangat tinggi dengan angka kegagalan hanya 0,5 per 100 perempuan per tahun.

Kedua, IUD (Intrauterine Device) Progestin (Levonorgestrel-IUD/LNG-IUD). Bagi ibu yang belum ingin menggunakan metode permanen, IUD hormonal merupakan pilihan terbaik pasca kuretase. LNG-IUD dapat dipasang segera setelah tindakan kuretase selesai (immediate insertion) dan memiliki keuntungan tambahan berupa pengurangan volume perdarahan menstruasi hingga 90% yang sangat menguntungkan bagi ibu dengan riwayat anemia. Menurut (Suryani, 2024) dalam jurnal Kebidanan dan Keperawatan Indonesia, LNG-IUD aman digunakan pada ibu menyusui karena tidak memengaruhi produksi ASI serta memiliki efektivitas sangat tinggi dengan angka kegagalan kurang dari 0,2%.

Ketiga, IUD Tembaga (Copper IUD/AKDR). IUD tembaga merupakan pilihan kontrasepsi non-hormonal yang sangat efektif dan dapat dipasang segera pasca kuretase. Keunggulannya adalah tidak mengandung hormon sehingga tidak mempengaruhi proses pemulihan dan tidak ada kontraindikasi hormonal. (Kemenkes RI, 2022) dalam Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi menyebutkan bahwa IUD tembaga memiliki efektivitas hingga 99% dengan masa pakai hingga 10 tahun, namun perlu diperhatikan bahwa pada ibu dengan anemia, efek samping berupa perdarahan menstruasi yang lebih banyak perlu dikonseling dengan baik.

Keempat, Implan (Implant Subdermal). Implan progestin merupakan alternatif jangka panjang yang efektif untuk ibu menyusui karena tidak

mempengaruhi kualitas dan kuantitas ASI. Menurut (Hardiani et, 2020), yang dikutip dalam Jurnal Surya Medika, implan dapat dipasang kapan saja pasca kuretase dan menjadi pilihan utama bagi wanita yang sudah memiliki jumlah anak cukup karena efektivitasnya yang sangat tinggi dalam membatasi kehamilan jangka panjang tanpa memerlukan kepatuhan harian seperti pil kontrasepsi.

Kontrasepsi yang tidak dianjurkan pada kondisi pasca kuretase dengan anemia adalah metode kontrasepsi oral kombinasi (pil KB kombinasi estrogen-progestin) karena komponen estrogen dapat meningkatkan risiko tromboembolisme pada ibu yang dalam kondisi pemulihan pasca perdarahan. Kontrasepsi suntik 3 bulan (DMPA) juga perlu dipertimbangkan dengan hati-hati mengingat efek samping berupa perdarahan tidak teratur yang dapat mempersulit pemantauan proses pemulihan anemia (Kemenkes RI, 2022). Dengan demikian, pada kasus Ny. A dengan P4A0, konseling kontrasepsi pasca kuretase sebaiknya memprioritaskan MOW sebagai pilihan definitif atau LNG-IUD/implan sebagai alternatif jika ibu belum siap untuk metode permanen.

2.5 Telaah Jurnal

2.5.1 Hubungan Paritas dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang

Berdasarkan Penelitian (Sibuea, 2022) dengan judul penelitian hubungan paritas terhadap perdarahan postpartum primer di Puskesmas Pulau Untung Jawa menunjukkan bahwa faktor jumlah anak atau paritas memiliki kontribusi nyata terhadap kejadian komplikasi persalinan. Angka kejadian tertinggi dalam riset tersebut ditemukan pada kelompok ibu dengan status grandemultipara yaitu sebesar 68,97%. Hal ini dikarenakan rahim yang sering mengalami proses kehamilan dan

persalinan secara berulang kali akan mengalami penurunan fungsi mekanis serta kerusakan pada struktur otot rahim. Kondisi tersebut membuat dinding rahim kehilangan daya cengkeram dan kekuatan remasnya setelah bayi dilahirkan, sehingga sebagian jaringan atau selaput plasenta menjadi sangat rentan terlepas secara tidak sempurna dan tertinggal di dalam kavum uteri menjadi sisa plasenta.

Berdasarkan Penelitian (SINAGA, 2022) dengan judul penelitian yang dilakukan di RSUD Putri Hijau Medan menunjukkan hasil bahwa kasus persalinan patologis di lapangan didominasi oleh kelompok ibu multipara dengan persentase sebanyak 62,5%. Komplikasi utama yang paling sering muncul pada kelompok paritas tinggi tersebut adalah adanya sisa plasenta yang memicu terjadinya perdarahan pascapersalinan primer. Ibu yang sudah sering melahirkan cenderung memiliki jaringan pembuluh darah rahim yang lebih kaku, sehingga ketika terjadi sisa plasenta, mekanisme penutupan pembuluh darah secara alami menjadi terganggu dan memicu pengeluaran darah yang abnormal.

Berdasarkan Penelitian (Sanjaya & Fara, 2021) dengan judul penelitian faktor determinan kejadian perdarahan postpartum menunjukkan hasil yang berbeda, di mana uji statistik menyatakan tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor paritas dengan kejadian perdarahan. Hasil kontradiktif ini disebabkan karena sebagian besar responden yang menjadi sampel dalam penelitian tersebut (66,7%) merupakan kelompok paritas rendah atau tidak berisiko seperti primipara dan sekundipara. Oleh karena itu, dampak klinis dari kondisi multipara maupun grandemultipara terhadap risiko sisa plasenta tidak terekam secara menonjol dalam populasi penelitian yang terbatas tersebut.

2.5.2 Hubungan Usia Ibu dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang

Berdasarkan Penelitian (Sanjaya & Fara, 2021) dengan judul penelitian faktor determinan kejadian perdarahan postpartum menjelaskan bahwa faktor usia ibu yang berada pada kategori ekstrem atau di atas 35 tahun dapat memicu kelonjakan risiko komplikasi pascapersalinan. Hal ini berkaitan erat dengan terjadinya penurunan kelenturan jaringan otot rahim serta tingginya insiden plasenta abnormal seiring bertambahnya usia ibu. Namun, dalam hasil analisis terhadap data penelitiannya sendiri, (Sanjaya & Fara, 2021) menemukan tidak adanya hubungan statistik yang signifikan antara faktor usia ibu dengan komplikasi persalinan karena mayoritas responden yang diteliti (69,70%) berada pada rentang usia reproduksi sehat antara 20 sampai 35 tahun, di mana fungsi organ reproduksi masih bekerja dengan sangat optimal.

Berdasarkan Penelitian (Alfisyar, 2021) dengan judul penelitian di RSUD Kota Mataram menunjukkan data yang berbeda, di mana sebagian besar kasus komplikasi justru banyak ditemukan pada kelompok usia reproduksi tidak berisiko yaitu antara rentang umur 21 sampai 29 tahun dengan angka persentase mencapai 47,7%. Melalui perbandingan data tersebut, ditarik kesimpulan bahwa kasus sisa plasenta maupun kondisi anemia sedang pada dasarnya tetap dapat menimpa ibu pada rentang usia berapa pun. Kondisi ini sangat dipengaruhi oleh faktor klinis lain yang bersifat individual, seperti status pemenuhan gizi harian ibu selama masa kehamilan serta keahlian dari tenaga kesehatan dalam menjalankan manajemen aktif kala tiga secara tepat saat proses persalinan berlangsung.

2.5.3 Hubungan Anemia Pada Masa Kehamilan dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang

Berdasarkan Penelitian (Salsabil et al., 2024) dengan judul penelitian di RSUD Batara Siang menunjukkan adanya hubungan yang sangat erat dan signifikan antara kejadian anemia selama masa kehamilan dengan komplikasi pascapersalinan. Ibu hamil yang didiagnosis menderita anemia pada trimester ketiga memiliki tingkat risiko tertinggi untuk mengalami masalah reproduksi, di mana kasus sisa plasenta menjadi faktor penyebab komplikasi yang paling dominan di lapangan yaitu sebesar 44%. Kondisi kekurangan zat besi ini menyebabkan pasokan oksigen ke otot rahim menurun drastis, sehingga rahim mengalami kelelahan biokimia dan gagal melepaskan plasenta secara bersih, yang pada akhirnya memperburuk penurunan kadar hemoglobin ibu pascamelahirkan menuju kondisi anemia sedang.

Berdasarkan Penelitian (SINAGA, 2022) menunjukkan hasil analisis bahwa seorang ibu hamil yang memiliki riwayat anemia mempunyai peluang hingga 105 kali lebih besar untuk mengalami gangguan perdarahan primer dibandingkan dengan ibu yang tidak anemia. Dalam penelitian ini, sisa plasenta ditemukan menyumbang porsi kasus sebesar 25% dari total komplikasi yang terjadi. Rendahnya kadar hemoglobin sejak masa kehamilan terbukti melemahkan daya remas rahim, sehingga proses pemisahan plasenta menjadi macet dan menyisakan jaringan di dalam rahim, yang secara klinis berakibat pada hilangnya darah dalam jumlah banyak dan memicu menetapnya kondisi anemia sedang pada masa nifas.

Berdasarkan Penelitian (Alfisyar, 2021) mencatat data statistik bahwa dari seluruh pasien yang mengalami komplikasi persalinan, kasus sisa plasenta (rest plasenta) merupakan jenis kasus patologis yang paling tinggi dengan jumlah mencapai 242 responden atau sebesar 86,1%. Sebagian besar dari angka tersebut terjadi pada kelompok ibu yang memang sudah mengalami masalah anemia selama masa kehamilannya. Hal ini menegaskan bahwa rendahnya kualitas sel darah merah sejak masa kehamilan memperburuk kemampuan motorik rahim dalam mengeluarkan plasenta secara utuh, yang berujung pada komplikasi sisa plasenta serta memperparah derajat anemia ibu menjadi anemia sedang akibat perdarahan yang terjadi.

Berdasarkan Penelitian (Sanjaya & Fara, 2021) menunjukkan hasil yang kontradiktif di mana uji statistik menyatakan tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara anemia trimester ketiga dengan kejadian perdarahan postpartum. Ketiadaan hubungan ini dipengaruhi oleh faktor keterbatasan jumlah sampel penelitian yang relatif sedikit, yaitu hanya mencakup 33 orang responden. Selain itu, tingkat anemia pada ibu hamil yang diteliti di wilayah tersebut rata-rata hanya sebatas kategori ringan, sehingga dampak klinisnya terhadap penurunan kekuatan otot rahim maupun risiko sisa plasenta dan penurunan Hb ke tingkat anemia sedang belum terlihat memberikan pengaruh yang besar di lapangan.

2.6 Konsep Asuhan Kebidanan

2.6.1 Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan, dan tanggung jawab bidan dalam pelayanan yang diberikan kepada klien yang memiliki kebutuhan atau

masalah dalam bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, masa persalinan, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana, dan kesehatan reproduksi. Dalam konteks KTI ini, asuhan kebidanan difokuskan pada penatalaksanaan komprehensif ibu nifas dengan komplikasi sisa plasenta dan anemia sedang (Walyani, 2021).

2.7 Standar Pelayanan Antenatal Terpadu

ANC 12 T merujuk pada Standar Pelayanan Antenatal Terpadu yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Indonesia. Standar ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan antenatal dan menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Dalam pedoman ini, terdapat beberapa komponen penting yang harus diperhatikan dalam pelayanan ANC, antara lain:

Standar pelayanan antenatal terpadu menurut (Hanifah & Majalaya, 2024) minimal adalah sebagai berikut (12T):

- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b) Ukur tekanan darah
- c) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)
- d) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)
- e) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- f) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan
- g) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan
- h) Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis.

- i) Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan 10.
- j) Temu wicara (konseling)
- k) Cek USG
- l) Skrining kesehatan jiwa

2.8 Standar Dokumentasi Asuhan Kebidanan (SOAP)

Dokumentasi asuhan kebidanan menggunakan format SOAP yang merupakan metode sistematis dalam pencatatan asuhan kebidanan. (Kemenkes RI, 2023) SOAP merupakan singkatan dari:

S (Subjektif): Data yang diperoleh dari anamnesis atau wawancara langsung dengan pasien, mencakup keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat kebidanan, dan riwayat kesehatan lainnya.

O(Objektif): Data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan penunjang lainnya.

A(Analisis): Penegakan diagnosa kebidanan berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan, termasuk diagnosa aktual, diagnosa potensial, dan kebutuhan segera.

P (Penatalaksanaan): Rencana tindakan asuhan kebidanan yang mencakup tindakan mandiri bidan, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, serta edukasi dan konseling kepada pasien.

2.9 Peran dan Kewenangan Bidan dalam Penanganan Sisa Plasenta

Berdasarkan aturan terbaru dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, bidan memiliki kewenangan penuh untuk memberikan pelayanan pada masa nifas, termasuk menangani kondisi kegawatdaruratan seperti

perdarahan postpartum. Sisa plasenta merupakan salah satu penyebab utama terjadinya perdarahan nifas, dan karena tindakan definitif seperti kuretase berada di luar kewenangan mandiri bidan, maka kasus ini wajib ditangani secara kolaboratif melalui rujukan ke dokter spesialis obstetri dan ginekologi (SpOG) (Presiden RI, 2023).

Dalam kasus sisa plasenta dengan anemia sedang, bidan berperan dalam: (1) mendeteksi secara dini tanda-tanda perdarahan abnormal pada masa nifas; (2) melakukan stabilisasi kondisi pasien sebagai pertolongan pertama; (3) melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG untuk tindakan kuretase; (4) memberikan asuhan komprehensif pascatindakan termasuk pemantauan kondisi ibu, edukasi nutrisi untuk pemulihan anemia, serta konseling perawatan bayi. Peran kolaboratif dan koordinatif ini menjadi kunci dalam penanganan kasus komplikasi nifas yang efektif dan aman (Presiden RI, 2023).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ny. A Usia 33 Tahun P4A0 2 Jam Postpartum Dengan Sisa Plasenta Dan Anemia Sedang Di RSUD dr. Slamet Garut

Hari dan Tanggal pengkajian : Selasa, 17 Februari 2026

Jam : 17.30 WIB

Tempat : Agate

Pengkaji : Susan Susanti Agustin

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama	: Ny. A	Nama	: Tn. R
Usia	: 33 Tahun	Usia	: 39 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Kp. Suka Asih		

2. Alasan Datang

Ibu datang ke Rumah sakit rujukan dari Puskesmas bojongloa, pada tanggal 17 Februari 2026 pukul 15.30 WIB secara spontan. Jenis kelamin Laki-laki BB 3900 gram bayi menangis spontan, plasenta

lahir tidak spontan dilakukan manual plasenta, dirujuk ke RS karena perdarahan aktif dan terdapat sisa plasenta yang sulit dilepaskan.

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan mules tidak tertahankan dan lemas pendarahan banyak di jalan lahir.

4. Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan pertama kali haid pada usia 13 tahun dengan siklus 28 hari. Lamanya haid 6-7 hari, banyaknya darah haid 2-3 kali ganti pembalut/hari, tidak ada keluhan saat haid.

5. Riwayat Obstetri

a. Riwayat kehamilan, Persalinan, Nifas lalu

Tahun Lahir	Tempat	Penolong	UK	Persalinan	BB	JK	Keadaan	Nifas	Penyulit
2010	PMB	Bidan	9 bulan	Spontan	3,3 kg	L	Hidup	Normal	Tidak ada
2012	RSU	Bidan	9 bulan	Spontan	4kg	L	Hidup	Normal	Bayi Besar
2018	PMB	Bidan	9 bulan	Spontan	4kg	L	Hidup	Normal	Tidak ada

b. Riwayat Kehamilan sekarang

Ibu mengatakan ini kehamilan keempat belum pernah keguguran. Melakukan ANC sebanyak < 6 kali. Dan HB Ibu

10,3 g/dl, selama hamil ibu mengonsumsi tablet Fe tidak teratur di karenakan jika meminum obat ibu merasa mual dan tidak pernah mengonsumsi obat-obatan warung maupun jamu-jamuan, selama hamil ibu suka mengeluh suka merasa gampang lelah.

c. Riwayat Persalinan sekarang

Ibu merupakan pasien rujukan dari puskesmas atas indikasi sisa plasenta dengan anemia sedang. Umur kehamilan ibu 40 minggu, hari pertama haid terakhir tanggal 10 Mei 2025 dan taksiran persalinan tanggal 17 Februari 2026. Ibu bersalin di puskesmas bojongloa ditolong oleh bidan pada tanggal 17 Februari 2026 pukul 15.30 WIB spontan pervaginam, bayi lahir hidup menangis kuat, jenis kelamin laki-laki, setelah bayi lahir plasenta belum lahir sudah 30 menit dan terdapat banyak perdarahan, sehingga dilakukan pengeluaran plasenta (manual plasenta) setelah plasenta lahir pendarahan masih berlanjut aktif sehingga ibu dirujuk ke RS, terpasang infus ditangan sebelah kanan dan kiri dan terpasang selang kateter. Bidan langsung melakukan kolaborasi dengan dokter.

6. Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak memiliki Riwayat yang berhubungan dengan alat reproduksi, seperti : Myoma, kista, dll.

7. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu mengatakan bahwa ibu tidak menderita penyakit berat, turunan dan menahun.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit menular atau penyakit keturunan yang dapat mempengaruhi kehamilannya dan tidak ada keturunan kembar.

8. Riwayat Kontrasepsi Yang Pernah Digunakan

Ibu mengatakan terakhir menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan selama 4 tahun.

9. Riwayat Psikososial

a. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan menikah pada usia 17 tahun dan usia suaminya 22 tahun, ibu mengatakan ini pernikahan pertama dengan suaminya.

b. Respon ibu dan keluarga pada persalinan ini

Ibu dan keluarga sangat merespon dengan baik.

c. Kebiasaan adat istiadat

Ibu mengatakan tidak ada pantangan dan larangan apapun yang dapat merugikan selama kehamilan, persalinan, dan nifas.

d. Pengambilan Keputusan

Ibu mengatakan bahwa ibu dan suami yang mengambil Keputusan dalam keluarga mengenai hal apapun.

e. Beban kerja sehari-hari

Ibu mengatakan biasa mengerjakan pekerjaan rumah saja.

10. Riwayat Kebutuhan Sehari-hari

a. Pola nutrisi

Ibu mengatakan makan 2-3 kali sehari dengan menu bervariasi (sayuran, tempe, telur), serta tidak ada makanan yang di pantang, dan minum 6-7 gelas / hari, jenis air mineral, tidak ada keluhan.

b. Pola eliminasi

BAB

Ibu mengaku BAB 1 kali per hari dengan konsistensi padat dan tidak ada keluhan.

BAK

Terpasang selang kateter, urine 250 cc.

c. Pola istirahat

Ibu mengatakan istirahat secukupnya, tidur malam 7 jam, dan tidur siang 1 jam tanpa ada keluhan.

d. Personal hygiene

Ibu biasa mandi 2x sehari, dan selalu mengganti pakaian sehabis mandi.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Sakit Ringan
- b. Kesadaran : Compos menthis
- c. Tanda-tanda Vital : TD : 110/70 mmHg
 Nadi : 91x/ menit
 Respirasi : 21x/menit
 Suhu : 37,0

d. Antropometri

- BB Sebelum hamil : 53 kg
- BB Sesudah hamil : 60 kg
- Tinggi badan : 153 cm
- Lila : 26 cm
- IMT : 25,6 (Overweight)

2. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
- b. Wajah : Bersih, tidak oedema, pucat.
- c. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva pucat
- d. Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik.

- e. Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik.
- f. Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada gigi karies, bibir pucat
- g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, limfe, dan vena jugularis, tidak nyeri tekan.
- h. Dada/payudara : Simetris, puting susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, kolostrum sudah ada.
- i. Abdomen : Inspeksi : Tidak ada bekas luka operasi
 Palpasi : TFU sepusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong, tidak terdapat masa.
- j. Eksterimtas atas : Tangan simteris, tidak oedema, jari lengkap, terpasang infus 2 jalur
- k. Ekstermitas bawah : Kaki simteris, tidak oedema, kuku bersih, dan pucat, jari lengkap, tidak varises.
- l. Genetalia : Terdapat luka jahitan derajat I, perdarahan 50cc, lochea rubra,

tidak berbau terpasang kateter
(200cc)

3. Pemeriksaan penunjang

Hemoglobin	: 9,8 gr% (Tanggal 17 Februari 2026)
Hematokrit	: 32%
Lekosit	: 16.320 /mm ³
Trombosit	: 174.000 /mm ³
Golongan Darah	: O
USG	: Terdapat sisa jaringan ± 30 gr

C. ANALISA

P₄A₀ 2 jam Postpartum dengan sisa plasenta dan anemia sedang.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui dan menyetujui tindakan
2. Melakukan kolaborasi sesuai advis dr SpOG
Evaluasi : Melakukan USG, rencana *curettage* jika hb >8 gr/dL, puasa 6 jam sebelum tindakan
3. Memberikan terapi sesuai advis dokter SpOG
Evaluasi : Tablet tambah darah 2 x 1, Asam Mefenamat 3 x 1, Cefadroxil 2 x 1
4. Melakukan observasi TTV

Evaluasi : Hasil observasi jam 17.30 wib, TD : 110/70 mmHg, N : 91x/ menit, S : 37, R : 21x/ menit, Spo2 : 98%/ menit

5. Melakukan observasi kontraksi uterus, TFU, perdarahan

Evaluasi : Hasil observasi kontraksi uterus baik, TFU sepusat, perdarahan 50cc

6. Memberikan KIE tanda-tanda bahaya postpartum

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

7. Menganjurkan ibu untuk banyak mengonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi

Evaluasi : Ibu mengerti

8. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan kuretase

Evaluasi : Ibu mengerti

9. Melakukan informed consent bahwa ibu akan dilakukan pemasangan LS

Evaluasi : Ibu mengetahui

10. Melakukan pemasangan LS (*Laminaria Stick*)

Evaluasi : Ibu sudah dipasang LS untuk membuka leher rahim

11. Memberitahu ibu rencana akan dilakukan *curettage* dan menganjurkan ibu untuk berpuasa mulai pukul 00.00 WIB

Evaluasi : Ibu bersedia *curettage* akan dilaksanakan besok tanggal 18 Februari 2026 pukul 06.00 WIB

12. Melakukan pencatatan dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP

3.2 Catatan Perkembangan II Asuhan Kebidanan 1 Hari Post Partum

Hari dan Tanggal Pengkajian : Rabu, 18 Februari 2026

Jam : 06.00 WIB

Tempat : Agate Bawah

Pengkaji : Susan Susanti Agustin

A. DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama : Ibu mengatakan masih sedikit pusing dan lemas

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos menthis

Emosional : Stabil

Tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmHg

N : 87x/ menit

S : 36,7

R : 20x/ menit

Spo2 : 97%

2. Pemeriksaa Fisik

a. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva
pucat

- b. Payudara : Tidak ada bejolan, tidak nyeri tekan, puting susu menonjol, ASI (+)
- c. Abdomen : Kontraksi baik, kandung kemih kosong, TFU 2 jari dibawah pusat
- d. Genitalia : Pengeluaran darah 40cc tidak ada cairan berbau
- e. Anus : Hemoroid (-)
- f. Eksterinitas : Atas : Tangan simteris, tidak oedema, jari lengkap, terpasang infus 2 jalur
- Bawah : Kaki simteris, tidak oedema, kuku bersih, dan pucat, jari lengkap, tidak varises.

C. ANALISA

P4A0 Postpartum 1 hari dengan Anemia sedang

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu
Evaluasi: Ibu mengerti
2. Melakukan vulva hygiene dan memberikan dukungan emosional
Evaluasi: Ibu merasa senang
3. Melakukan observasi TTV

Evaluasi: Hasil terlampir

4. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa hari ini akan dilakukan *curettage*

Evaluasi : *Curettage* sudah dilakukan pukul 07.00 WIB oleh dr SpOG dengan hasil terdapat jaringan sisa $\pm$ 30 gr

5. Memberitahu Ibu dan keluarga akan dilakukan pemasangan IUD pascasalin

Evaluasi : Sudah dilakukan pemasangan IUD

6. Memberikan terapi sesuai advis dokter

Evaluasi :

- Cefadraxsil 500mg 2x1
- Asam mefenamat 500mg 3x1
- Metergin tablet 500mg 3x1
- Sulfaserosus 600 mg 2x1

7. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini

Evaluasi : Ibu mau untuk mobilisasi dini

8. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Pendokumentasian dalam bentuk SOAP

3.3 Catatan Perkembangan II Asuhan Kebidanan 2 Hari Post Partum

Hari dan Tanggal Pengkaji : Kamis, 19 Februari 2026

Jam : 06.00 WIB

Tempat : Ruang Agate Bawah

Pengkaji

: Susan Susanti Agustin

A. DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama: Ibu mengatakan masih sedikit lemas.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum: Baik
- b. Kesadaran: Compos menthis
- c. Tanda-tanda vital:

TD: 100/70 mmHg

N: 92x/ menit

R: 20x/ menit

S: 36,8

Spo2: 98

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
- b. Payudara : Tidak ada bejolan, tidak nyeri tekan, puting susu menonjol, ASI (+)
- c. Abdomen : Kontraksi baik, kandung kemih kosong, tfu 2 jari dibawah pusat
- d. Genitalia : Pengeluaran darah 30cc tidak ada cairan berbau

- e. Anus : Hemoroid (-)
- f. Eksterinitas : Atas : Tangan simteris, tidak oedema, jari lengkap, terpasang infus 1 jalur
- Bawah : Kaki simteris, tidak oedema, kuku bersih, dan pucat, jari lengkap, tidak varises.

3. Pemeriksaan Penunjang

Hemoglobin : 10,0 gr%

C. ANALISA

P₄A₀ Postpartum 2 hari dengan Anemia ringan

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu
Evaluasi : Ibu mengerti
2. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk melakukan massase fundus uteri
Evaluasi : Ibu mengetahui dan bersedia melakukannya
3. Melakukan observasi TTV
Evaluasi : hasil observasi TD : 100/70mmHg, N : 92x/ menit, S : 36,8, R : 20x/ menit, Spo2 : 98%
4. Memberikan terapi sesuai advis dokter
Evaluasi :
- Cefadraxsil 500mg 2x1

- Asam mefenamat 500mg 3x1

- Sulfaserosus 600 mg 2x1

5. Mengingatkan kembali pada ibu untuk banyak mengonsumsi makanan yang banyak gizi seimbang dan memperbanyak sayur-sayuran berwarna hijau serta konsumsi makanan berprotein tinggi

Evaluasi : Ibu mengetahui

6. Memberitahu ibu tanda bahaya nifas dan anemia

Evaluasi : Ibu mengetahuinya

7. KIE pada ibu tentang personal hygiene, dan pemberian ASI

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan melakukannya

8. Memberitahu ibu bahwa sudah diperbolehkan pulang

Evaluasi : Ibu sangat senang sudah diperbolehkan pulang, ibu pulang pada tanggal 19 Februari 2026 pukul 09.30 WIB

9. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Pendokumentasian dalam bentuk SOAP

3.4 Matriks

No	Masalah	Pengertian	Penyebab		Tanda Gejala		Planning/Intervensi	
			Teori	Praktik	Teori	Praktik	Teori	Praktik
1.	Sisa Plasenta	Sisa plasenta (rest placenta) adalah kondisi di mana sebagian jaringan lobus atau selaput membran plasenta masih tertinggal di dalam kavum uteri setelah persalinan.	Etiologi: 1. Anemia ibu bersalin 2. Riwayat abortus 3. Paritas tinggi (grandemulti ipara)	1. Usia ibu (> 30 tahun) 2. Paritas (P ₄ A ₀ - grandemulti para)	1. Perdarahan pervaginam sekunder (>24 jam post partum) 2. Subinvolusi uterus 3. Lochea rubra abnormal (berbau, bergumpal) 4. Tanda anemia: pucat,	1. Perdarahan aktif dari vagina 2. Lemah dan pusing 3. Tekanan darah menurun 4. Konjungtiva pucat 5. TFU tidak sesuai usia nifas (subinvolusi)	1. Pemasangan infus untuk mempertahankan keadaan umum ibu 2. Kosongkan kandung kemih 3. Pemberian antibiotik 4. Oksitosin dan uterotonika 0,2 mg	1. Pemasangan infus mempertahankan keadaan umum ibu 2. Kosongkan kandung kemih 3. Pemberian antibiotik (DC) 4. Oksitosin dan uterotonika 0,2 mg

		Sisa jaringan tersebut menghalangi kontraksi uterus sehingga memicu perdarahan postpartum sekunder (Fatmasari dkk., 2023).			pusing, lemah, hipotensi 5. Uterus teraba lunak dan lebih besar dari normal 6. Ostium uteri internum bisa terbuka 7. Gangguan kesadaran hingga syok pada kasus berat		5. Observasi tanda-tanda vital 6. Transfusi bila Hb < 8 gr% 7. USG untuk konfirmasi diagnosis 8. Kuretase (tindakan definitif mengeluarkan sisa plasenta)	5. Observasi tanda-tanda vital 6. USG konfirmasi 7. Kuretase (Astruti et al., 2023)
2.	Anemia Sedang pada Masa Nifas	Anemia sedang pada masa nifas adalah kondisi kadar hemoglobin ibu berada	Etiologi: 1. Anemia defisiensi besi antenatal	1. Riwayat anemia sejak masa kehamilan 2. Usia ibu	1. Badan lemah, cepat lelah 2. Pusing, pandangan berkunang-kunang	1. Lemah dan mudah lelah 2. Pusing dan pandangan berkunang	1. Mengatasi penyebab utama (kuretase bila akibat sisa plasenta)	1. Suplementasi zat besi oral dosis terapi 2. Edukasi nutrisi tinggi zat besi

		antara 7,0–9,9 g/dL pascapersalinan. Kondisi ini ditandai dengan penurunan sel darah merah yang mengganggu pengiriman oksigen ke jaringan dan menghambat pemulihan ibu (Wabula & Rusdi, 2025).	yang tidak tertangani 2. Paritas tinggi (riwayat kehilangan darah berulang) 3. Jarak kehamilan terlalu dekat 4. Kehilangan darah berlebihan saat/pasca persalinan (termasuk	3. Paritas (P ₄ A ₀)	3. Jantung berdebar (palpitasi) 4. Konjungtiva pucat 5. Mukosa bibir dan kulit pucat 6. Takikardia (nadi > 100x/menit) 7. Produksi ASI berkurang 8. Kadar Hb 7,0–9,9 g/dL pada pemeriksaan laboratorium	3. Konjungtiva pucat 4. Hb 9,8 g/dL (hasil lab)	2. Suplementasi zat besi oral (ferrous sulfate/fumarate minimal 3 bulan) 3. Pemberian zat besi intravena bila oral tidak toleran 4. Transfusi PRC bila kondisi hemodinamik tidak stabil 5. Pemenuhan nutrisi tinggi zat besi (daging merah, hati,	3. Pantau kadar Hb secara berkala 4. Kolaborasi dokter SpOG untuk tatalaksana lanjutan 5. Observasi tanda-tanda vital dan tanda anemia 6. Dukungan psikologis dan konseling menyusui
--	--	--	--	---	--	--	--	---

			akibat sisa plasenta) 5. Defisiensi mikronutrie n (asam folat dan vitamin B12)				sayuran hijau + vitamin C) 6. Antisipasi dampak psikologis (cegah depresi postpartum)	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada Ny. A usia 33 Tahun di RSUD dr Slamet Garut pada tanggal 17-19 Februari 2026. Penulis melakukan asuhan dan pengkajian sebagai berikut :

4.1 Data Subjektif

Pengkajian data subjektif pada Ny. A usia 33 tahun P₄A₀ dilakukan pada tanggal 17 Februari 2026 pukul 17.30 WIB di Ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut. Ibu datang sebagai pasien rujukan dari Puskesmas Bojongloa atas indikasi sisa plasenta disertai perdarahan aktif. Ibu mengeluhkan mules tidak tertahankan dan lemas dengan perdarahan banyak dari jalan lahir. Pada riwayat persalinan sekarang, bayi lahir spontan pervaginam pada pukul 15.30 WIB dengan berat badan lahir 3.900 gram, namun plasenta tidak lahir secara spontan sehingga dilakukan manual plasenta, dan perdarahan tetap berlanjut hingga ibu dirujuk.

Berdasarkan riwayat obstetri, Ny. A merupakan seorang grandemultipara dengan riwayat persalinan sebelumnya pada tahun 2010, 2012, dan 2018, semuanya bersifat spontan pervaginam dengan bayi lahir hidup. Status paritas P₄A₀ ini merupakan faktor risiko bermakna terhadap terjadinya komplikasi sisa plasenta. Menurut (Lalita dkk.), dinding rahim ibu yang telah mengalami peregangan berulang kali pada setiap kehamilan cenderung mengalami penurunan kekuatan kontraksi atau kontraktilitas otot uterus, sehingga proses pelepasan plasenta pada

kala III menjadi tidak sempurna dan berisiko meninggalkan jaringan sisa di dalam kavum uteri.

Faktor risiko lainnya yang ditemukan adalah riwayat konsumsi tablet Fe yang tidak teratur selama kehamilan karena ibu merasa mual. Ketidakpatuhan ini menyebabkan pelayanan antenatal yang diterima ibu menjadi tidak komprehensif, khususnya pada pemenuhan salah satu indikator dari standar 12T, yaitu poin ke-7 mengenai Pemberian Tablet Besi (minimal 90 tablet selama kehamilan). Hal ini selaras dengan temuan (Nofitri dan Rosdiana 2023) yang menyebutkan bahwa anemia defisiensi besi antenatal yang tidak tertangani akibat ketidakpatuhan konsumsi suplemen zat besi merupakan salah satu penyebab utama anemia pada masa nifas. Kondisi ini diperparah oleh riwayat ibu yang mudah merasa lelah selama masa kehamilan, yang merupakan tanda subjektif dari defisiensi zat besi yang sudah berlangsung sebelum persalinan. Dengan demikian, faktor paritas tinggi, usia lebih dari 30 tahun, serta riwayat anemia antenatal akibat tidak terpenuhinya standar pelayanan 12T secara optimal menjadi kombinasi faktor risiko yang saling memperberat kondisi Ny. A pada kasus ini.

4.2 Data Objektif

Hasil pemeriksaan fisik pada Ny. A menunjukkan keadaan umum sakit ringan dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda-tanda vital pada kunjungan pertama mencatat tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 91 kali per menit, respirasi 21 kali per menit, dan suhu 37,0 derajat Celsius. Secara umum, pasien tampak sakit ringan dengan kesadaran *compos mentis*. Meskipun indikator tanda vital makro berada dalam rentang normal, integrasi data objektif dari standar pelayanan ANC

12T mencatat tinggi badan (TB) 153 cm, Lingkar Lengan Atas (LiLA) 26 cm (tidak KEK), dan berat badan sebelum hamil 53 kg. Selama masa kehamilan, Ny. A mengalami kenaikan berat badan yang adekuat sebesar 12 kg hingga mencapai 65 kg sebelum persalinan (sedangkan berat 60 kg didapatkan pada saat masa nifas). Berdasarkan rekomendasi Institute of Medicine (IOM) untuk ibu dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) *overweight* (27,76 kg/m²), total kenaikan berat badan yang dianjurkan adalah 7-11,5kg. Dengan demikian, total kenaikan berat badan ibu yang mencapai rentang 11,5–16 kg belum ideal karena dinilai berlebihan untuk klasifikasi IMT tersebut. Meskipun kecukupan gizi ibu terpenuhi dengan baik, kenaikan berat badan yang melebihi standar ini menjadi faktor utama yang memicu pertumbuhan janin secara berlebih hingga lahir dengan berat 3.900 gram.

Dampak dari perdarahan dan kondisi nifas ini terkonfirmasi melalui pemeriksaan fisik pada wajah, bibir, konjungtiva, dan kuku yang tampak pucat. Temuan klinis ini konsisten dengan tanda-tanda anemia yang dijelaskan oleh Wabula dan Rusdi (2025), di mana konjungtiva dan mukosa bibir yang memucat merupakan manifestasi fisik langsung dari penurunan kadar hemoglobin dan berkurangnya perfusi oksigen ke jaringan perifer. Kondisi ini dipertegas oleh hasil pemeriksaan laboratorium penunjang yang menunjukkan kadar hemoglobin (Hb) 9,8 g/dL, hematokrit 32%, dan trombosit 174.000/mm³. Berdasarkan klasifikasi World Health Organization (WHO), nilai hemoglobin 9,8 g/dL (rentang 7,0–9,9 g/dL) mengonfirmasi bahwa pasien berada dalam kategori anemia sedang. Adapun kadar leukosit yang sedikit meningkat yaitu 16.320/mm³ dinilai sebagai respons fisiologis atau inflamasi ringan tubuh terhadap proses persalinan dan perdarahan

aktif. Hal ini selaras dengan temuan Wabula dan Rusdi (2025) yang menyebutkan bahwa respons imunologis pada postpartum dini adalah hal yang wajar namun tetap memerlukan pemantauan ketat agar tidak berkembang menjadi infeksi.

Masalah utama pada kala nifas ini diperberat oleh kondisi uterus melalui pemeriksaan palpasi abdomen, di mana Tinggi Fundus Uteri (TFU) Ny. A ditemukan masih setinggi pusat. Pada kondisi 2 jam postpartum, keberadaan sisa jaringan plasenta seberat ± 30 gram di dalam rahim bersamaan dengan riwayat overdistensi rahim akibat bayi besar membuat kontraksi uterus menjadi belum optimal, sehingga memicu perdarahan aktif dari jalan lahir. Untuk menegaskan diagnosis secara definitif, dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) secara kolaboratif dengan dokter SpOG. Langkah kolaboratif ini sejalan dengan standar profesi (Prawirohardjo, 2016) yang menetapkan USG sebagai gold standard (baku emas) dalam mendeteksi sisa plasenta melalui visualisasi massa echogenic heterogen di dalam kavum uteri. Pada akhirnya, kombinasi komprehensif dari data subjektif, pemeriksaan fisik, laboratorium, dan USG ini secara kuat memperkuat penegakan analisa klinis P₄A₀ 2 jam postpartum dengan sisa plasenta dan anemia sedang.

4.3 Analisa

Berdasarkan keseluruhan data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan, ditegakkan analisa kebidanan yaitu P₄A₀ 2 jam postpartum dengan sisa plasenta dan anemia sedang (Walyani & Purwoastuti, 2021). Diagnosa sisa plasenta didasarkan pada riwayat manual plasenta inkomplit, perdarahan aktif, dan visualisasi USG berupa massa echogenic di kavum uteri; sedangkan diagnosa

anemia sedang diperkuat oleh kadar Hb 9,8 g/dL serta tanda klinis konjungtiva dan bibir pucat (Wabula & Rusdi, 2025). Kasus ini menunjukkan hubungan sebab-akibat yang nyata, di mana anemia antenatal akibat ketidakpatuhan tablet Fe memicu hipoksia miometrium yang melemahkan kontraksi rahim pada kala III, sehingga terjadi retensio plasenta yang memerlukan tindakan manual plasenta (Zuitasari, 2025; Salsabil et al., 2024). Tindakan manual yang menyisakan jaringan ± 30 gram tersebut pada akhirnya menghambat jepitan pembuluh darah spiralis, menyebabkan perdarahan postpartum sekunder berkelanjutan yang memperparah kondisi anemia ibu (Fatmasari dkk., 2023; Prawirohardjo, 2016).

Secara spesifik, penyebab perdarahan pada Ny. A dapat diidentifikasi melalui tiga mekanisme utama yang saling berkaitan. Pertama, kegagalan kontraksi uterus akibat sisa jaringan plasenta seberat ± 30 gram yang tertinggal di dalam kavum uteri setelah tindakan manual plasenta di Puskesmas Bojongloa. Jaringan sisa ini menghalangi miometrium untuk berkontraksi secara efektif, sehingga pembuluh darah spiralis bekas implantasi plasenta tetap terbuka dan menjadi sumber perdarahan aktif (Prawirohardjo, 2016). Kedua, kondisi grandemultipara (P4A0) menyebabkan miometrium Ny. A mengalami penurunan tonus dan kontraktilitas akibat peregangan berulang pada setiap kehamilan sebelumnya, sehingga kemampuan rahim untuk melakukan “living ligature” atau penjepitan alami pembuluh darah menjadi tidak optimal (Fatmasari, 2023). Ketiga, anemia antenatal yang tidak tertangani dengan baik akibat ketidakpatuhan konsumsi tablet Fe menyebabkan hipoksia miometrium yang semakin melemahkan kekuatan kontraksi uterus, menciptakan lingkaran setan antara anemia yang memperburuk

kontraksi rahim dan kontraksi rahim yang buruk memperparah perdarahan dan anemia (Zuitasari, 2025). Kombinasi ketiga faktor inilah yang menjadi penyebab perdarahan postpartum sekunder pada Ny. A, sehingga diperlukan tindakan kuretase sebagai terapi definitif untuk mengeluarkan sisa plasenta dan menghentikan perdarahan secara tuntas.

4.3 Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan

Penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. A dilaksanakan secara kolaboratif bersama dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG) di RSUD dr. Slamet Garut selama tiga hari perawatan, terhitung mulai tanggal 17 hingga 19 Februari 2026. Seluruh rangkaian tindakan yang diberikan telah sepenuhnya mengacu dan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku di rumah sakit tersebut. Pada hari pertama perawatan (17 Februari 2026), penatalaksanaan difokuskan pada stabilisasi kondisi umum pasien dan persiapan tindakan definitif sesuai dengan SOP Perdarahan Setelah Melahirkan akibat Sisa Plasenta. Langkah ini diawali dengan pemberian penjelasan tindakan dan persetujuan tertulis (informed consent) yang jelas kepada ibu dan keluarga, dilanjutkan dengan tindakan stabilisasi cairan tubuh melalui pemasangan infus dua jalur serta pemantauan tanda-tanda vital secara berkala yang menunjukkan hasil stabil (tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 91 x/menit, suhu 37°C, dan saturasi oksigen 98%, dengan pengeluaran darah ± 50 cc). Selain itu, diberikan obat perangsang kontraksi rahim (uterotonika) dan antibiotik pencegahan berupa Cefadroxil 500mg 3x1 oral untuk mencegah komplikasi infeksi dinding rahim

(endometritis) yang dapat berkembang menjadi infeksi berat atau sepsis (Prawirohardjo, 2016).

Sebagai bagian dari persiapan tindakan pembersihan rahim (kuretase) yang dijadwalkan pada hari kedua, asuhan yang diberikan telah memenuhi prasyarat klinis dalam SOP Tindakan Kuretase, di mana kadar hemoglobin (Hb) Ny. A sebesar 9,8 g/dL telah berada di atas batas minimal syarat tindakan, yaitu lebih dari 8 g/dL. Guna mendukung kelancaran tindakan, dilakukan pemasangan batang pelunak leher rahim (Laminaria Stiff) di saluran leher rahim untuk membantu pembukaan jalan rahim secara bertahap, serta instruksi puasa selama 6 jam yang dimulai pukul 00.00 WIB untuk mencegah risiko masuknya cairan lambung ke saluran pernapasan saat pembiusan. Selanjutnya, pada tanggal 18 Februari 2026, tindakan kuretase berhasil dilakukan secara steril oleh dokter spesialis sebagai penanganan utama yang mutlak. Tindakan tersebut berhasil mengeluarkan sisa jaringan plasenta seberat kurang lebih 30 gram dari dalam rongga rahim (Prawirohardjo, 2016). Setelah tindakan kuretase selesai, terapi intensif dilanjutkan dengan pemberian antibiotik Cefotaxime 1 ampul melalui cairan infus, obat pereda nyeri Asam Mefenamat 500mg 3x1, serta Metergin 500mg 3x1 untuk memastikan rahim berkontraksi dengan kuat.

Memasuki hari ketiga perawatan atau hari pemulangan (19 Februari 2026), penatalaksanaan diarahkan pada SOP Tatalaksana Pemulihan Anemia Pascakuretase. Ny. A diberikan terapi suplemen tambah darah dosis tinggi berupa Sulfas Ferosus 600 mg 2x1 oral yang dikombinasikan dengan edukasi gizi mengenai pentingnya makanan tinggi zat besi dan vitamin C guna memaksimalkan

penyerapan obat di dalam tubuh. Selain terapi obat, bidan juga memberikan asuhan mandiri dan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) komprehensif yang meliputi anjuran bergerak aktif sedini mungkin (mobilisasi dini), cara menjaga kebersihan area kewanitaian (vulva hygiene), teknik pijat mandiri pada puncak rahim (massase fundus uteri) untuk menjaga kontraksi, pengenalan tanda bahaya masa nifas dan kekurangan darah, serta konseling pemberian ASI eksklusif.

Evaluasi akhir pada tanggal 19 Februari 2026 menunjukkan keberhasilan asuhan yang sangat signifikan dan membuktikan bahwa seluruh intervensi yang didasarkan pada SOP rumah sakit telah berjalan dengan efektif. Kondisi klinis Ny. A mengalami perbaikan yang nyata, ditandai dengan keadaan umum ibu yang membaik, kelopak mata bagian dalam berwarna merah muda, pengeluaran darah berkurang drastis menjadi $\pm 30\text{cc}$, dan puncak rahim (TFU) telah turun menjadi 2 jari di bawah pusat. Yang paling utama, pemeriksaan laboratorium ulang menunjukkan kadar hemoglobin naik menjadi 10,6 g/dL, yang berarti terjadi peningkatan sebesar 0,8 g/dL dalam waktu tiga hari. Hasil evaluasi ini menegaskan bahwa pengeluaran total sumber perdarahan (sisir plasenta) melalui tindakan kuretase yang bersih dan tepat merupakan kunci utama keberhasilan pemulihan rahim sekaligus penghentian proses kekurangan darah (anemia) pada pasien.

Sebagai bagian integral dari asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A, konseling kontrasepsi pasca kuretase merupakan komponen yang sangat penting namun tidak boleh diabaikan. Ny. A dengan status P4A0 dan usia 33 tahun merupakan ibu grandemultipara yang memiliki risiko tinggi terhadap komplikasi obstetri pada kehamilan berikutnya, meliputi perdarahan postpartum berulang, sisa

plasenta, dan anemia berat. Menurut (Kemenkes RI, 2022), pemilihan kontrasepsi pasca kuretase harus mempertimbangkan kondisi klinis ibu saat ini, status laktasi, dan keinginan ibu terhadap kehamilan di masa depan.

Berdasarkan kondisi klinis Ny. A, kontrasepsi yang paling tepat dan direkomendasikan adalah Metode Operasi Wanita (MOW/Tubektomi) mengingat paritas yang sudah mencapai P4A0. Menurut (Handayani 2023), pada ibu grandemultipara yang sudah memiliki cukup anak dan tidak menginginkan kehamilan lagi, MOW merupakan pilihan kontrasepsi definitif dengan efektivitas tertinggi. Dalam kasus Ny. A, riwayat sisa plasenta dan anemia pascapersalinan yang baru dialami menjadi indikasi kuat untuk tidak menjalani kehamilan berikutnya demi menjaga keselamatan jiwa ibu. Apabila ibu belum bersedia menjalani metode permanen, maka Levonorgestrel-IUD (LNG-IUD) merupakan alternatif terbaik karena dapat dipasang segera pasca kuretase, tidak mempengaruhi produksi ASI, dan memiliki keuntungan tambahan berupa pengurangan volume perdarahan menstruasi yang sangat menguntungkan bagi ibu yang baru pulih dari anemia (Suryani 2024).

Pada kenyataannya, dalam asuhan yang diberikan pada Ny. A selama tiga hari perawatan, belum dilakukan konseling KB secara khusus dan mendalam karena prioritas asuhan difokuskan pada stabilisasi kondisi akut dan pemulihan pasca kuretase. Namun, sebagai bagian dari asuhan kebidanan yang komprehensif, konseling kontrasepsi seharusnya diberikan sebelum ibu dipulangkan pada tanggal 19 Februari 2026, meliputi penjelasan tentang risiko kehamilan berikutnya bagi ibu grandemultipara, pilihan metode KB yang tersedia, serta prosedur dan lokasi

pelayanan KB yang dapat diakses ibu setelah pulih dari anemia. Hal ini sejalan dengan standar pelayanan nifas yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI (Kemenkes RI, 2022) yang mewajibkan konseling KB sebagai bagian dari paket asuhan nifas lengkap.

4.4 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. A di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, yang dilakukan dengan tahap pengkajian dan data subjektif yang dilakukan dari hasil anamnesa terhadap pasien, lalu dilakukan evaluasi dari hasil penatalaksanaan tersebut

BAB V

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Kebidanan Post Partum Pada Ny. A Usia 33 Tahun dengan Sisa Plasenta dan Anemia Sedang di RSUD dr Slamet Garut, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif pada Ny. A 33 Tahun P₄A₀ dengan sisa plasenta dan anemia sedang, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
2. Berdasarkan hasil pengkajian data objektif pada Ny. A 33 Tahun P₄A₀ dengan sisa plasenta dan anemia sedang, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
3. Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif pada Ny. A maka analisa yang ditegakkan adalah P₄A₀ dengan sisa plasenta dan anemia sedang.
4. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. A Usia 33 Tahun P₄A₀ dengan sisa plasenta dan anemia sedang, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik Lapangan.
5. Pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. A Usia 33 tahun P₄A₀ dengan Sisa Plasenta dan Anemia sedang di RSUD dr Slamet Garut dalam bentuk catatan SOAP, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik Lapangan.

5.2 Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat terus memperdalam pengetahuan serta mengasah keterampilan klinisnya, khususnya dalam memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas dengan komplikasi sisa plasenta. Selain itu, penulis diharapkan terus melatih ketepatan pendokumentasian asuhan secara menyeluruh sebagai modal utama dan bekal kesiapan yang kompeten saat memasuki dunia kerja di masa depan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil laporan kasus ini dapat dimanfaatkan secara optimal sebagai tambahan bahan kepastakaan, sumber bacaan, serta referensi pembelajaran yang nyata bagi mahasiswa kebidanan. Hal ini penting untuk membantu mahasiswa memahami alur penatalaksanaan kasus sisa plasenta disertai anemia sedang pada masa nifas yang sesuai dengan standar asuhan yang berlaku.

3. Bagi Institusi Kesehatan

Diharapkan pihak rumah sakit dapat menjadikan laporan ini sebagai bahan masukan dan evaluasi dalam menjaga serta meningkatkan mutu pelayanan asuhan kebidanan. Evaluasi tersebut khususnya ditekankan pada penguatan skrining awal kekurangan darah (anemia) sejak masa kehamilan pada ibu dengan faktor risiko melahirkan tinggi (melahirkan lebih dari 4 kali), pengetatan prosedur pemeriksaan kelengkapan plasenta pascamelahirkan, serta ketepatan pendokumentasian rekam medis.

4. Bagi Klien dan Masyarakat

Diharapkan bagi masyarakat, khususnya ibu setelah melahirkan beserta keluarganya, agar dapat meningkatkan pemahaman mengenai tanda-tanda bahaya masa nifas yang harus diwaspadai. Masyarakat diimbau untuk selalu jeli dan tidak menunda waktu untuk segera mencari pertolongan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat apabila menemukan tanda perdarahan yang tidak normal.

DAFTAR PUSTAKA

- Adeline Jaclyn. (2023). *Patofisiologi Retensio Plasenta*.
<https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/retensio-plasenta/patofisiologi>](<https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/retensio-plasenta/patofisiologi>)
- Adnan, N. I. R., & Dinata, F. (2025). P3a0 Dengan Retensio Plasenta. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(2), 4753–4758.
<https://doi.org/10.31004/prepotif.v9i2.48356>
- Alfisyar, F. (2021). Definisi Hemoglobin,. *Jurnal Penelitian Dan Kajian Ilmiah Kesehatan*, 6(2), 254–259.
- Aslina, W. I., & Amalia, S. (2025). *Pengaruh Anemia Pada Ibu Hamil dengan Kejadian Postpartum Hemorrhage (PPH) di RSUD dr . H . Koesnadi Bondowoso Association Between Maternal Anemia and the Incidence of Postpartum Hemorrhage : A Study at Dr . H . Koesnadi General Hospital , Bondowoso*.
- Fatmasari, B. D. (2023). *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Rest Placenta di RSUD Patuh Patut Patju Lombok Barat*. 1(3).
- Favilli, A., Tosto, V., Ceccobelli, M., Parazzini, F., Franchi, M., Bini, V., & Gerli, S. (2021). *Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery : a systematic review*. 9, 1–13.
- Handayani et, all. (2025). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Editor : La Ode Alifariki , S . Kep ., Ns ., M . Kes*.
- Hanifah, E., & Majalaya, P. (2024). *Analisis Pengetahuan Bidan Tentang 12 T Pada Pelayanan Antenatal Care Dengan Pendidikan Bidan Praktek Di Wilayah Kerja Puskesmas Majalaya*. XII(1), 52–58.
- Hardiani et, A. (2020). Determinants of Long-Acting and Permanent Methods (LAPMS) of contraception use in Jambi Province, Indonesia. *Jurnal Perspektif Pembiayaan Dan Pembangunan Daerah*, 8(4), 353–368.
<https://doi.org/10.22437/ppd.v8i4.10701>
- Henni Jc Saragih, & Sri Rezeki. (2023). Hubungan Kadar HB dengan Perdarahan Postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Djasamen Saragih Tahun 2023. *Compromise Journal : Community Proffesional Service Journal*, 1(4), 37–44.
<https://doi.org/10.57213/compromisejournal.v1i4.49>
- Kemenkes RI. (2022). *Pedoman Pelayanan Kontrasepsi*.
- Kemenkes RI. (2023). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1935/2023 tentang Standar Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Perdarahan Pascapersalinan*. Kementerian Kesehatan RI.

- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2023 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Bidang Pengamanan Alat dan Fasilitas Kesehatan*. 1–13.
- Lalita ddk. (2025). *Editor : La Ode Alifariki , S . Kep ., Ns ., M . Kes.*
- Nofitri dan Rosdiana. (2023). *Faktor Risiko Kejadian Anemia pada Ibu Hamil*. (April), 25–30.
- Nurjanah, I., Yusnia, N., Pujilestari, E., & Rahayu, P. N. (2025). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Retensio Plasenta di Praktik Mandiri Bidan Ida Ningsih Kota Bogor*. 1(1), 18–27.
- Pitri, Z. Y., Lubis, K., & Putri, F. A. (2025). *Faktor Resiko Kejadian Retensio Plasenta Pada Ibu*. 6(September), 12730–12741.
- Prawirohardjo, S. (2016). *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Presiden RI. (2023). 1. Presiden RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Undang-Undang. 2023;(187315):1–300. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *Undang-Undang*, (187315), 1–300.
- Salsabil, A. F., Rahmadhani, R., Rimayanti, U., & Rahman, A. (2024). Hubungan Anemia dalam Kehamilan dengan Kejadian Perdarahan Postpartum The Association of Anemia in Pregnancy with The Incidence of Postpartum Hemorrhage. *MPPKI Media*, 7(6), 1450–1462.
- Sanjaya, R., & Fara, Y. D. (2021). Citra Delima : Jurnal Ilmiah STIKES Citra Delima Bangka Belitung Usia, Paritas, Anemia Dengan Kejadian Perdarahan Postpartum. *Jurnal Ilmiah Stikes Citra Delima Bangka Belitung*, 5(1), 33–37. <http://jurnalilmiah.stikescitradelima.ac.id/index.php/>
- Septya Dina ddk. (2024). Late Postpartum Hemorrhage Caused By Retained Placenta At K.R.M.T Wongsonegoro Semarang Hospital in 2024. *Al-Iqra Medical Journal : Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran*, 07(2), 94–106.
- Sibuea, R. (2022). Korelasi Antara Paritas Dengan Kejadian Perdarahan Postpartum Primer. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 1(2), 72–78. <https://doi.org/10.55606/klinik.v1i2.646>
- SINAGA, M. S. (2022). Hubungan Anemia Dalam Kehamilan Dengan Kejadian Perdarahan Postpartum Primer Di Rsud Putri Hijau Medan Periode Januari 2020-Januari 2021. *Jurnal Maternitas Kebidanan*, 7(1), 1–10. <https://doi.org/10.34012/jumkep.v7i1.2278>
- Suryani, P. (2024). Hubungan Perawatan Payudara dan Pola Istirahat Ibu dengan Kelancaran Pengeluaran ASI pada Ibu Post Partum. *Jurnal Kebidanan Basurek*, 9(2), 1–9. <https://ojs.stikessaptabakti.ac.id/jkb/article/view/616/379>
- Wabula & Rusdi. (2025). *Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Postpartum*.

5(2), 151–158.

Walyani, P. (2021). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Pustaka Baru Press.

Zeidan et al. (2025). *Retained non-previa placenta in the era of “ placenta accreta spectrum ”: a report of two cases managed expectantly and a proposed plan for management*. (April), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1504491>

Zuitasari, A. (2025). Anemia dan Retensio Plasenta dengan Kejadian Perdarahan Post Partum. *Journal of Health Science*, 3(1), 12–17. <https://doi.org/10.54816/jhs.v1i2.350>

LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Perdarahan Pascasalin di RSUD dr. Slamet Garut

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	PERDARAHAN PASCASALIN		
	No. Dokumen : KS.01.03/004/097/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/5
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 01 Januari 2023	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut 	
PENGERTIAN	Perdarahan pascasalin adalah perdarahan yang terjadi setelah janin lahir, yaitu melebihi 500 cc pada persalinan pervaginam atau lebih dari 1000 cc pada persalinan per abdomenam. Dibagi menjadi : • Perdarahan pascasalin dini (primer) yaitu jika terjadi dalam 24 jam pertama. • Perdarahan pascasalin lambat (sekunder) yaitu jika terjadi lebih dari 24 jam.		
TUJUAN	Sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien dengan perdarahan pasca salin di ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr. Slamet Garut.		
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. KS.01.01/001/484/RSUD Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.		
PERSIAPAN ALAT			
PROSEDUR	ANAMNESIS • Perdarahan pervaginam pascasalin atau perdarahan berulang jika terjadi pada masa nifas • Terdapat faktor predisposisi Predisposisi antepartum: riwayat perdarahan pascasalin atau manual plasenta, solusio plasenta, plasenta previa, hipertensi, IUFD, overdistensi uterus, gangguan darah ibu. Predisposisi intrapartum: persalinan seksio sesarea atau buatan, partus lama, partus presipitatus, Induksi atau augmentasi persalinan		

	infeksi korion, distosia bahu, grandemulti paritas, gangguan koagulopati. Predisposisi postpartum: laserasi jalan lahir (ruptur perineum, episiotomi luas, robekan porsio) retensio plasenta, sisa plasenta, inversio uteri, ruptur uteri. PEMERIKSAAN FISIK Tanda-tanda syok (ringan sampai berat) GAMBARAN KLINIK a. Atonia uteri: yaitu terjadinya gangguan kontraksi uterus. Gejala berupa perdarahan pervaginam yang deras (seperti keran air) berasal dari OUI, konsistensi rahim lunak, kontraksi buruk, tidak ada perlukaan jalan lahir, tidak ada sisa plasenta dan umumnya terdapat tanda-tanda syok hipovolemik berat. b. Laserasi jalan lahir: yaitu terdapat robekan/ruptur pada perineum, vagina atau porsio. Gejala berupa perdarahan pervaginam yang berasal dari luka robekan, berwarna merah terang/darah segar, kontraksi rahim baik, dapat ditemukan tanda-tanda syok. c. Ruptur uteri: yaitu robeknya dinding uterus. Gejala berupa perdarahan pervaginam sedikit atau banyak, berasal dari OUI, kontraksi rahim biasanya buruk, sangat nyeri diperut bawah, terdapat tanda akut abdomen, syok berat, pada eksplorasi terdapat robekan pada uterus. d. Inversio uteri: yaitu uterus terputar balik sehingga fundus uteri tertekuk ke dalam dan selaput lendirnya disebelah luar. Gejala berupa perdarahan pervaginam, syok sedang sampai berat, fundus uteri sama sekali tidak teraba atau teraba lekukan pada fundus, kadang-kadang teraba tumor dalam vagina jika inversio sampai vagina atau tampak tumor merah diluar vulva yaitu inversio uteri yang prolaps. e. Retensio plasenta:
--	---

	yaitu plasenta belum lahir $\frac{1}{2}$ jam setelah anak lahir. Gejala berupa perdarahan pervaginam sedikit sampai banyak, tinggi fundus uteri sepusat, biasanya tampak tali pusat. f. Sisa plasenta: yaitu plasenta sudah lahir namun tidak lengkap. Gejala berupa perdarahan pervaginam sedikit sampai banyak dari OUI, kontraksi biasanya baik dan pada pemeriksaan teraba sisa plasenta. Jika terjadi pada masa nifas; kadang terdapat febris dan tanda-tanda syok, fundus uteri masih tinggi/subinvolusi, uterus lembek, nyeri pada perut bawah jika ada infeksi dan teraba sisa plasenta dalam rongga rahim g. Gangguan pembekuan darah/koagulopati: yaitu kelainan pada pembekuan darah. Gejala berupa perdarahan dari tempat-tempat luka, kontraksi rahim baik, tidak ditemukan perlukaan jalan lahir maupun jaringan plasenta, syok sedang sampai berat dan terdapat gangguan faktor pembekuan darah. PEMERIKSAAN PENUNJANG • Laboratorium: Crossmatch, kadar Hb, L, Tr, Ht, Fibrinogen, D-Dimer, BT, CT, PT, APTT. • Pemeriksaan USG PENATALAKSANAAN Penatalaksanaan umum a. <i>Informed consent</i> b. Stabilisasi, ABC (Posisikan semi ekstensi, bebaskan jalan nafas, O₂ jika perlu, resusitasi cairan). c. Tentukan ada syok atau tidak. Jika ada, berikan transfusi darah, infus cairan, oksigen dan kontrol perdarahan. Jika tidak ada syok atau keadaan umum optimal, segera lakukan pemeriksaan untuk mencari etiologi. d. Hentikan sumber perdarahan. e. Monitor tanda-tanda vital. Penatalaksanaan spesifik i. Atonia Uteri Masase uterus, Pemberian oksitosin 10 unit dalam RL 500 cc tetesan cepat (dapat diberikan sampai 3 liter dengan tetesan 40
--	--

	tetes/menit) dan ergometrin IV/IM 0,2 mg (dapat diulang lx setelah 15 menit dan bila masih diperlukan dapat diberikan tiap 2-4 jam IM/IV sampai maksimal 1 mg atau 5 dosis) atau misoprostol 400 mikrogram perrektal/peroral (dapat diulang 400 mikrogram tiap 2-4 jam sampai maksimal 1200 mikrogram atau 3 dosis). Bila setelah pemberian dosis awal ada perbaikan dan perdarahan berhenti, oksitosin/misoprostol diteruskan, bila tidak ada perbaikan lakukan kompresi bimanual atau pemasangan tampon balon. Jika kontraksi tetap buruk, lakukan laparotomi. (lakukan ligasi arteri uterina atau hipogastrika atau teknik B-lynnch suture untuk pasien yang belum punya anak, jika tidak mungkin lakukan histerektomi) 2. Laserasi jalan lahir Segera lakukan penjahitan laserasi 3. Ruptur uteri Stabilisasi keadaan umum dan segera lakukan laparotomi. Rencana histerorafi atau histerektomi. 4. Inversio uteri Reposisi manual setelah syok teratasi. Jika plasenta belum lepas, sebaiknya jangan dilepaskan dulu sebelum uterus direposisi karena akan mengakibatkan perdarahan banyak. Setelah reposisi berhasil, diberi drip oksitosin. Pemasangan tampon rahim dilakukan supaya tidak terjadi lagi inversio. Jika reposisi manual tidak berhasil, dilakukan reposisi operatif. 5. Retensio plasenta Dilakukan pelepasan plasenta secara manual. Jika plasenta sulit dilepaskan, pikirkan kemungkinan plasenta akreta. Terapi terbaik pada plasenta akreta komplis adalah histerektomi. 6. Sisa plasenta Dilakukan kuretase dengan pemberian uterotonika dan transfusi darah bila diperlukan. Jika terjadi pada masa nifas, berikan uterotonika, antibiotik spektrum luas dan kuretase. Jika kuretase tidak berhasil, lakukan histerektomi. 7. Gangguan koagulopati Rawat bersama Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Koreksi faktor pembekuan dengan transfusi FFP, kriopresipitat, trombosit dan PRC, kontrol DIC dengan heparin.
--	--

	PENYULIT Syok irrevesible, DIC, Syndrom Seehan Konsultasi : Ke disiplin ilmu Terkait, atas indikasi. (Departemen Ilmu Penyakit Dalam, ICU/Anestesi, Patologi Anatomi) Perawatan Rumah Sakit diperlukan Ijin tindakan: Kuretase, pemasangan tampon intrauterin, laparotomi (histerektomi) Lama perawatan: Lampiran protokol (pada perdarahan masa nifas: perawatan 5-6 hari, jika dilakukan tindakan operasi perawatan menjadi 7-10 hari) Indikator klinis: Penurunan angka kecacatan dan kematian yang disebabkan perdarahan postpartum. Unit terkait : 1. Departemen Ilmu Penyakit Dalam 2. Departemen Patologi Anatomi 3. ICU 4. Departemen Anestesi
--	---

Lampiran 2 SOP Kuretase di RSUD dr. Slamet Garut

	KURETASE
---	-----------------

PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	No. Dokumen : KS.01.03/004/100/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 01 Januari 2023	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut 	
PENGERTIAN	Kuretase adalah serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan memanipulasi instrument (sendok kuret) ke dalam kavum uteri.		
TUJUAN	Acuan penerapan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan kuretase		
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. KS.01.01/001/484/RSUD Tentang Pelayanan Medis.		
PERSIAPAN ALAT	Persiapan Alat : a. Alat Kuretase : - 1 buah cunam tampon. - 1 buah tena kulum. - 2 buah klem ovum lurus dan lengkung. - 1 set sendok kuret. - 1 buah sondage uterus. - 1 pasang speculum sim's atau L. - Spuit 5 cc dan 3 cc - Dilatators. - Kassa Steril b. Kain alas bokong. c. Larutan antiseptic. d. Oksigen dengan regulator. e. Celemek palstik, masker, kaca mata, spatu / boot karet. f. Sarung tangan dengan DTT / steril 4 pasang. g. 1 buah lampu sorot. h. Penampung darah dan jaringan. i. Waskom air klorin 0,5%		

	j. Waskom air DTT Persiapan Pasien : - Siapkan lingkungan. - Memberitahu pasien dan keluarga pasien tentang hal-hal yang akan dilakukan. - Informed concern. - Kosongkan kandung kemih pasien. Persiapan obat-obatan : - Analgetika. - Sedative. - Atropine Sulfas. - Uterotonika.
PROSEDUR	- Pasang sampiran. - Bidan mempersiapkan pasien yang akan dilakukan kuretase. - Bidan / residen / mahasiswa memberikan bimbingan mental dan fisik kepada pasien. - Bidan / residen / mahasiswa mengontrol kembali persiapan alat-alat dan obat-obatanyang arakan dipakai untuk tindakan kuretase. - Bidan / residen / mahasiswa menyiapkan pasien dengan letak litotomi. - Bidan memberikan suntukan narkopelatik yang telah disetujui (bila umur pasien > 40 tahun, harus dikonsulkan ke bagian penyakit dalam). - Dokter Spesialis Obgyn melakukan tindakan kuretase. - Bersihkan ibu dan tempat pasca kuretase. - Bersihkan alat-alat dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit kemudian bilas, cuci dan sterilisasi. - Cuci tangan setelah melakukan tindakan. - Periksa kembali tanda-tanda vital pasien. - Pendokumentasian.
UNIT TERKAIT	- Kamar Bersalin. - Ruang Rawat Inap. - Emergensi Kebidanan dan Kandungan. - Ruangan yang memerlukan tindakan.

Lampiran 3 Lembar Bimbingan LTA

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : SUSAN SUSANTI AGUSTIN

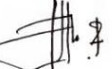
Nama Pembimbing : Lina Humaeroh, SST, M.Kes

NIM : KH6B23002

NIDN :

Judul KTI

: ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A USIA 33 TAHUN P9A0 DENGAN SISA PLASENTA DAN ANEMIA SEDANG DI RSUD dr. Slamet GARUT

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Kamis 7 Mei 2026	Pengajuan Judul	Acc Judul KTI		
2.	Jum'at 8 Mei 2026	BAB I Latar Belakang	Revisi BAB I Lengkapi		
3.	Rabu 20 Mei 2026	BAB II & III	Revisi BAB II & III		
4.	Jum'at 22 Mei 2026	BAB II & III	Revisi BAB II		
5.	Selasa 26 Mei 2026	BAB IV	Revisi BAB IV		
6.	1 Juni 2026	Pengajuan PPT sidang	Revisi penulisan & Format PPT		
7.	2 Juni 2026	BAB I - V	Revisi BAB IV		

8.	Rabu 3 Juni 26	BAB I-V	Revisi BAB II		
9.	Senin 9 Juni 26	BAB I-V	Perbaikan Penulisan Typo Acc		
10.					
11.					
12					
13					
14					
15					

Lampiran 4 Lembar Bimbingan Revisi LTA

LEMBAR BIMBINGAN LTA

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A USIA 33 TAHUN P4A0
 DENGAN SISA PLASENTA DAN ANEMIA SEDANG DI RSUD
 dr. SLAMET GARUT
Nama Mahasiswa : Susan Susanti Agustin
NIM : KHGB23002
Penela'ah I : Bdn. Dian Fitriyani,SST.,M.Keb
NIDN : 042039 0823 180
Penela'ah II : Fitri Handayani,SST.,M.Keb.,M.Pd
NIDN : 042039.91009.063

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Penela'ah	Paraf Mahasiswa	Paraf Penela'ah
1	24 Juni 2026	Penulisan dan perbaikan BAB 2.3	Tambahkan daftar singkatan dan daftar istilah		
2	25 Juni 2026	Perbaiki BAB 2,3.	Perbaiki BAB 5		
3	1 Juli 2026	Revisi BAB 5	Acc		
4	1 Juli 2026	perbaiki daftar istilah	Acc		

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Susan Susanti Agustin

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 04 April 2005

Agama : Islam

Nama Ayah : Agus Hermawan

Nama Ibu : Yanti Susanti

Email : susansusanti4222@gmail.com

Alamat : Kp. Bentar Hilir RT/RW 02/20, Ds.
Sukamentri, Kec. Garut Kota, Kab. Garut

2. Riwayat Pendidikan

- 1) TK : TK MUSLIMAT (2010-2011)
- 2) SD : SDN 1 KOTA WETAN (2011-2017)
- 3) SMP : SMPN 4 TARKID (2017-2018)
SMPN 3 GARUT (2018-2020)
- 4) SMA : SMAN 11 GARUT (2020-2023)
- 5) Terdaftar sebagai mahasiswa Institut Kesehata Karsa Husada Garut
Program Studi DIII Kebidanan