

ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS PADA NY.Y USIA 29 TAHUN

P1A1 1 HARI POST KURETASE DENGAN PERDARAHAN

DI RSUD Dr.SLAMET GARUT

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan untuk Menyelesaikan Program Diploma Tiga Kebidanan

PUTRI APRILIA

KHGB23045



INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN

2026

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

- 1) Laporan Tugas Akhir saya ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ahli Madya Kebidanan baik di Institut 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 tim pembimbing.
- 3) Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan di dalam daftar Pustaka.
- 4) Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2026

PUTRI APRILIA

KHGB23045

LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS PADA NY.Y
USIA 29 TAHUN PIA1 1 HARI POST KURETASE
DENGAN PERDARAHAN DI RSUD dr. SLAMET
GARUT
Nama Mahasiswa : PUTRI APRILIA
NIM : KHGB23045

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan
perbaikan Laporan Tugas Akhir

Garut, Juni 2026

Menyetujui,

Penela'ah I

Penela'ah II



Hj. Esa Risi Suazini, S.Keb., M.K.M
NIP. 042039.1004.031



Bdn. Desy Syswianti, S.ST., M.Kes
NIP. 04203998.1209.064

Pembimbing



Bdn. Errawati, ST., M.Kes
NIP. 042039.0512.108

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Kebidanan



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

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS PADA NY.Y USIA 29 TAHUN P1A1 1
HARI POST KURETASE DENGAN PERDARAHAN DI RSUD dr.
SLAMET GARUT**

Disusun oleh

**PUTRI APRILIA
KHGB23045**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Laporan Tugas Akhir ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji
Program Studi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Karsa Husada Garut

Menyetujui,

Pembimbing



Bdn. Ernyati, ST., M.Kes
NIP. 042039.0512.108

Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar A.Md.Keb

Mengesahkan,
**Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
dan Kebidanan**



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP: 043298.0810.083

Mengetahui,
**Ketua Program Studi D-III
Kebidanan**



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

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah,puji serta syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang maha pengasih dan maha penyayang karna atas rahmat dan hidayah-Nya yang telah memberikan kemudahan dan kekuatan kepada penulis hingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini tepat pada waktunya. Solawat serta salam semoga selalu tercurah limpahkan kepada panutan kita Nabi Muhammad SAW Laporan tugas akhir ini berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS PADANY.Y USIA 29 TAHUN P1A1 1 HARI POST KURETASE DENGAN PERDARAHAN DI RUANG AGATE RSUD Dr.SLAMET GARUT”**

Adapun tujuan pembuatan Laporan Tugas Akhir ini yaitu untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini,penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dikarenakan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan,sehingga penulis mengalami hambatan, tantangan, dan kesulitan dalam penulisan ini.

Namun atas segala bantuan,bimbingan dan arahan dari berbagai pihak penulis mampu menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan lancar. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada ;

1. Dr. H. Hadiat, MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, S.E., M.Si., Selaku Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Lina Humairoh, SST., M. Kes selaku Ketua Prodi D- 3 kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Ernawati, SST., Bdn., M. Kes Selaku Pembimbing yang telah memberikan arahan dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
6. Hj. Esa Risi Suazini, S. Keb., M. K. M selaku penguji I yang telah memberikan masukan kepada saya.
7. Bdn. Desy Syswianti, S. ST., M. Kes selaku penguji II yang telah memberikan masukan kepada saya.
8. Para Dosen, staf pengajar dan tata usaha di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah membekali dengan berbagai ilmu yang sangat bermanfaat.
9. Ayahanda tercinta, Bapak **Hendi Suhendi**. Terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis, beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan sampai bangku perkuliahan, namun beliau mampu mendidik, memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai selesai.

10. Pintu syurgaku, Ibunda **Wawat**, yang tidak berhenti hentinya memberikan kasih sayang penuh cinta dan selalu memberikan motivasi serta do'a yang terbaik hingga penulis mampu menyelesaikan pendidikan sampai selesai.
11. Kepada kakak saya **Intan Febrian, Hesti Febrianti**, dan adik saya **Brayn Tirta Andika** yang selalu memberikan dukungan kepada penulis. Ny. Y yang telah bersedia menjadi klien pada kasus ini.
12. RSUD. Dr Slamet Garut, sebagai lahan praktik pengkajian kasus laporan tugas akhir.
13. Terimakasih kepada rekan rekan mahasiswi seperjuangan Program Studi D-3 Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan masukan dan motivasi.
14. Semua pihak yang telah membantu baik moril maupun materil yang tidak dapat penulis tuliskan satu persatu, mudah mudahan segala kebaikan dan bantuan yang ikhlas yang diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT. Akhirnya penulis berharap semoga laporan tugas akhir ini bermanfaat bagi semua pihak.
15. Kepada teman-teman penulis (Herlina, Ai Fitria , Bunga). Terimakasih setiap detik kebersamaan berjuang bersama, bantuan, suka dan duka yang telah menjadi bagian indah dari kisah selama menempuh studi ini hingga semester akhir. Semoga kalian semua Bahagia, sukses, dan bertemu banyak hal baik di masa depan.

16. Terakhir, kepada diri saya sendiri , Terima kasih telah bertahan sejauh ini dan terus berjalan melewati segala tantangan yang semesta hadirkan. Apresiasi yang sebesar-besarnya telah berjuang untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Setiap air mata, doa, dan usaha telah menjadi saksi betapa berharganya proses ini. Mari bekerja sama untuk lebih berkembang lagi menjadi pribadi yang lebih baik dari hari ke hari. God thank you for being me independent woman, I know there are more great ones but I'm proud of this achievement.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

KATA PENGANTAR..... iv

DAFTAR ISI..... viii

DAFTAR SINGKATAN..... xi

BAB I PENDAHULUAN1

1.1 Latar Belakang.....1

1.2 Tujuan.....4

1.2.1 Tujuan Umum.....4

1.2.2 Tujuan Khusus.....4

1.3 Metode Pengumpulan Data5

1.4 Waktu dan Tempat6

1.5 Kegunaan Laporan Tugas Akhir6

BAB II TINJAUAN TEORI.....8

2.1 Konsep Abortus.....8

2.1.1 Definisi Abortus8

2.1.2 Klasifikasi Abortus.....9

2.1.3 Etiologi dan Faktor Risiko Abortus.....10

2.1.4 Patofisiologi Abortus.....11

2.1.5 Manifestasi Klinis.....12

2.1.6 Diagnosis Abortus13

2.1.7 Penatalaksanaan Abortus.....13

2.2 Perdarahan Pascakuretase Abortus.....15

2.2.1 Definisi dan Batasan.....15

2.2.2 Penyebab Perdarahan Pascakuretase	15
2.2.3 Tanda dan Gejala.....	16
2.2.4 Penanganan Perdarahan Pascakuretase	17
2.3 Transfusi Darah pada Kasus Perdarahan Obstetri	18
2.3.1 Definisi	18
2.3.2 Indikasi Transfusi PRC pada Kasus Obstetri	18
2.3.3 Prosedur Pemberian Transfusi.....	19
2.3.4 Komplikasi Transfusi Darah.....	20
2.4 Anemia Akibat Perdarahan pada Kasus Obstetri	21
2.4.1 Definisi dan Klasifikasi Anemia	21
2.4.2 Tanda dan Gejala Anemia Berat.....	22
2.4.3 Penanganan Anemia Akibat Perdarahan	22
2.5 Asuhan Kebidanan Pascakuretase Abortus	23
2.5.1 Konsep Asuhan Kebidanan	23
2.5.2 Pemantauan Pascakuretase 24 Jam Pertama.....	24
2.5.3 Penatalaksanaan Medikamentosa Pascakuretase.....	25
2.5.4 Edukasi Pasca-Abortus.....	25
2.6 Kerangka Asuhan Kebidanan dengan Metode SOAP	26
2.7 SOP Penanganan perdarahan post abortus dan kuretse	29
BAB III TINJAUAN KASUS.....	37
3.1 Asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny.Y usia 29 tahun P1A1 1 Hari pasca..	37
BAB IV PEMBAHASAN.....	
4.1 Pengkajian Data Subjektif	58
4.2 Pengkajian Data Objektif	59
4.3 Penegakan Analisis (Diagnosis Kebidanan).....	60

4.4 Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan	61
4.4.1 Pemantauan Tanda Vital dan Observasi Perdarahan.....	61
4.4.2 Transfusi Darah	62
4.4.3 Pemberian Uterotonika dan Antibiotik.....	62
4.4.4 Pemberian Suplemen dan Nutrisi	63
4.4.5 Mobilisasi Bertahap.....	63
4.4.6 Edukasi dan KIE.....	64
4.4.7 TABEL PERBEDAAN (KESENJANGAN)	
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	73
5.1 Kesimpulan.....	73
5.2 Saran.....	74
5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan.....	74
5.2.2 Bagi RSUD dr. Slamet Garut	75
5.2.3 Bagi Tenaga Kesehatan (Bidan).....	75
5.2.4 Bagi Pasien dan Keluarga.....	76
5.2.5 Bagi Peneliti Selanjutnya	76

DAFTAR SINGKATAN

ACOG	: <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AKI	: Angka Kematian Ibu
AMP	: <i>Audit Maternal Perinatal</i>
ANC	: Antenatal Care
AVM	: Aspirasi Vakum Manual
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
D3	: Diploma 3
DC	: <i>Dower Catheter</i>
DIC	: <i>Disseminated Intravascular Coagulation</i>
DINKES	: Dinas Kesehatan
DVT	: <i>Deep Vein Thrombosis</i> (Trombosis Vena Dalam)
Hb	: <i>Hemoglobin</i>

HBsAg	: Hepatitis B Surface Antigen
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HR	: <i>Heart Rate</i> (Denyut Jantung)
INAJOG	: <i>Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology</i>
IRT	: Ibu Rumah Tangga
IU	: <i>International Unit</i>
IUD	: <i>Intrauterine Device</i>
JABAR	: Jawa Barat
KB	: Keluarga Berencana
KEMENKES RI	: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan Atas

MPDN	: <i>Maternal Perinatal Death Notification</i>
NaCl	: <i>Natrium Klorida</i>
NR	: Non Reaktif
P1A1	: Para 1, Abortus 1
PRC	: <i>Packed Red Cells</i> (Sel Darah Merah Pekat)
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RL	: Ringer Laktat
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SF	: <i>Sulfas Ferosus</i>
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
SOAP	: Subjektif, Objektif, Analisis, Penatalaksanaan
SOP	: Standar Oprasional Prosedur
SpO ₂	: Saturasi Oksigen
TACO	: <i>Transfusion-Associated Circulatory Overload</i>

TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TORCH	: <i>Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes</i>
TP	: Taksiran Persalinan
TT	: Tetanus Toksoid
TTV	: Tanda-Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
V/V	: Vulva / Vagina
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan ibu merupakan salah satu indikator utama derajat kesehatan suatu bangsa. Secara global, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan angka kematian ibu (AKI) dunia pada tahun 2023 mencapai 189 per 100.000 kelahiran hidup, dengan perdarahan menjadi penyebab dominan kematian ibu, terutama di negara berkembang (WHO, 2023).

Perdarahan pascatindakan kuretase akibat abortus merupakan salah satu kontributor penting kematian ibu yang sebenarnya dapat dicegah. Diperkirakan sekitar 68.000 perempuan meninggal setiap tahun akibat komplikasi abortus yang tidak tertangani *Maternal Perinatal Death Notification (MPDN)* dengan baik (Ngene & Moodley, 2022).

Di Indonesia, data Kementerian Kesehatan RI menunjukkan tren yang mengkhawatirkan. Jumlah kematian ibu tercatat sebanyak 4.005 kasus pada tahun 2022, meningkat menjadi 4.129 kasus pada tahun 2023, dan 4.150 kasus pada tahun 2024 berdasarkan sistem). Angka ini masih jauh dari target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang menetapkan batas maksimum AKI sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2024). Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh perdarahan—lebih dari 1.330 kasus pada tahun 2020—di mana komplikasi abortus menyumbang 4% dari seluruh kematian ibu,

khususnya pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu (Profil Kesehatan Indonesia, 2020; Alomedika, 2023).

Secara definisi, abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu dengan berat janin kurang dari 500 gram (Prawirohardjo, 2014). Namun perlu dicermati bahwa usia kehamilan 19–20 minggu merupakan batas paling akhir dari rentang abortus, yang dalam kepustakaan sering disebut sebagai abortus lanjut (late miscarriage). Pada usia kehamilan ini, jaringan plasenta dan hasil konsepsi sudah jauh lebih besar dan lebih tebal dibandingkan trimester pertama, sehingga risiko perdarahan masif pasca tindakan kuretase secara signifikan lebih tinggi. Pada abortus inkomplit, sisa jaringan konsepsi yang tertinggal di kavum uteri menghambat kontraksi uterus, menyebabkan perdarahan berlanjut dan dapat berkembang menjadi anemia berat, syok hipovolemik, infeksi, bahkan kematian (Alomedika, 2023; Galenical, 2023). Risiko kebutuhan transfusi darah pada abortus inkomplit yang tidak segera ditangani mencapai 1–2% kasus, namun angka ini meningkat drastis pada usia kehamilan lebih dari 13 minggu karena kompleksitas tindakan kuretase yang jauh lebih tinggi (Alomedika, 2023)

Tindakan dilatasi dan kuretase pada abortus lanjut usia 19–20 minggu membawa risiko komplikasi yang lebih besar dibandingkan trimester pertama, meliputi perdarahan aktif pascakuretase, perforasi uterus, dan infeksi endometrium. Perdarahan yang terjadi pascakuretase, bila melebihi 500 mL atau menyebabkan instabilitas hemodinamik, memerlukan resusitasi

cairan segera dan transfusi darah. Kebutuhan transfusi darah dalam jumlah banyak —seperti 4 kantong *packed red cells* (PRC)—mengindikasikan kehilangan darah masif yang berpotensi mengancam jiwa dan memerlukan pemantauan intensif pascatindakan (Alomedika, 2023; Alves et al., 2020; Ethical Digest, 2019). Periode 24 jam pertama pascakuretase merupakan masa kritis karena risiko perdarahan ulang, anemia berat, dan ketidakstabilan tanda vital masih sangat tinggi. Asuhan kebidanan yang komprehensif pada masa ini mencakup pemantauan tanda vital, observasi jumlah dan karakteristik perdarahan, penilaian kontraksi uterus, pemberian uterotonika, antibiotik profilaksis, koreksi anemia, serta edukasi perawatan pascakuretase dan kontrasepsi (Kemenkes RI, 2020; Alves et al., 2020).

Di Provinsi Jawa Barat, AKI tercatat sebesar 187 per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan *Long Form* Sensus Penduduk 2020, menjadikan Jawa Barat salah satu dari lima provinsi penyumbang 50% kematian ibu secara nasional, dengan perdarahan sebagai penyebab utamanya (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2022). Di Kabupaten Garut, kondisi ini lebih kritis; berdasarkan hasil Audit Maternal Perinatal (AMP) Provinsi Jawa Barat tahun 2021, Kabupaten Garut tercatat sebagai salah satu dari enam kabupaten/kota dengan jumlah kematian ibu tertinggi di Jawa Barat, dengan 215 kasus kematian maternal pada periode 2019–2021, sebagian besar dinilai dapat dicegah. Faktor keterlambatan deteksi, keterlambatan rujukan, rendahnya kunjungan ANC, dan kondisi sosial ekonomi menjadi penyebab utama (Khaerani, Susiarso & Adnani, 2024;

Octaviani et al., 2019). RSUD dr. Slamet Garut sebagai rumah sakit rujukan utama di Kabupaten Garut berperan sangat strategis dalam penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan maternal, termasuk perdarahan masif pascakuretase abortus lanjut.

Berdasarkan pemaparan di atas, penulis tertarik menyusun laporan tugas akhir berjudul "Asuhan Kebidanan pada Ny. Y Usia 29 Tahun P1A1 1 Hari Post kuretase Abortus Lanjut Usia Kehamilan 19–20 Minggu dengan Perdarahan di Ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut" dengan pendekatan pendokumentasian SOAP, guna memberikan gambaran asuhan kebidanan komprehensif pada kasus perdarahan masif pascakuretase abortus lanjut yang memerlukan transfusi darah.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. Y usia 29 tahun P1A1 1 hari post kuretase dengan perdarahan di Ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut menggunakan metode pendokumentasian SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

1) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. Y usia 29 tahun P1A1 1 hari post kuretase dengan perdarahan di Ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut.

- 2) Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. Y usia 29 tahun P1A1 1 hari post kuretase dengan perdarahan di Ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut.
- 3) Menegakkan analisis (diagnosis kebidanan) pada Ny. Y usia 29 tahun P1A1 1 hari post kuretase dengan perdarahan di Ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melaksanakan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. Y usia 29 tahun P1A1 1 hari post kuretase dengan perdarahan di Ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut.
- 5) Mendokumentasikan hasil asuhan kebidanan pada Ny. Y usia 29 tahun P1A1 1 hari post kuretase dengan perdarahan di Ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut menggunakan metode SOAP.

1.3 Metode Pengumpulan Data

Laporan tugas akhir ini disusun berdasarkan kondisi nyata di lapangan menggunakan metode studi kasus (case study). Pengumpulan data dilakukan melalui:

1. Data Subjektif: wawancara mendalam (anamnesis) kepada pasien dan keluarga, mencakup keluhan utama, riwayat abortus dan tindakan kuretase, riwayat obstetri, riwayat transfusi darah, riwayat penyakit, serta riwayat sosial ekonomi.
2. Data Objektif: observasi langsung dan pemeriksaan fisik, meliputi tanda-tanda vital, pemeriksaan abdomen (tinggi fundus uteri, kontraksi uterus), penilaian jumlah dan karakteristik perdarahan pascakuretase, serta hasil

pemeriksaan laboratorium (Hb, hematokrit, golongan darah) dan catatan pemberian transfusi darah.

1.4 Waktu dan Tempat

Pengambilan kasus dilaksanakan pada tanggal 3–6 April 2026 bertempat di Ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut, Jawa Barat.

1.5 Kegunaan Laporan Tugas Akhir

1) Bagi Penulis

Sebagai sarana penerapan teori yang diperoleh selama perkuliahan dalam praktik asuhan kebidanan nyata, khususnya dalam mengelola kasus kegawatdaruratan maternal berupa perdarahan masif pascakuretase abortus lanjut yang memerlukan transfusi darah, serta menganalisis kesenjangan antara teori dan kondisi lapangan.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil laporan ini diharapkan menjadi referensi akademik bagi mahasiswa kebidanan dalam memahami penatalaksanaan perdarahan pascakuretase abortus lanjut beserta manajemen transfusi darah, serta bahan evaluasi kurikulum praktik klinik kebidanan.

3) Bagi Tempat Praktik (RSUD dr. Slamet Garut)

Diharapkan menjadi masukan konstruktif bagi tenaga kesehatan, khususnya bidan di Ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut, dalam meningkatkan mutu asuhan kebidanan pada kasus perdarahan masif pascakuretase abortus lanjut.

4) Bagi Klien dan Keluarga

Klien dan keluarga diharapkan memperoleh asuhan yang tepat, penanganan bermutu, serta edukasi kesehatan yang memadai mengenai perawatan pascakuretase, pemantauan tanda bahaya perdarahan, dan pilihan kontrasepsi, sehingga dapat berpartisipasi aktif dalam proses pemulihan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Abortus

2.1.1 Definisi Abortus

Abortus (keguguran) adalah berakhirnya kehamilan secara spontan sebelum janin mencapai viabilitas, yaitu sebelum usia kehamilan 20 minggu atau dengan berat janin kurang dari 500 gram (Prawirohardjo, 2014). Definisi ini dianut secara luas di Indonesia dan sejalan dengan kriteria dari *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG). Insiden abortus diperkirakan 10–20% dari seluruh kehamilan yang diketahui, namun angka sesungguhnya diduga lebih tinggi karena banyak abortus sangat dini terjadi sebelum kehamilan terdeteksi (Alomedika, 2023).

Berdasarkan waktu kejadiannya, abortus dibagi menjadi dua kategori utama: (1) Abortus dini (early miscarriage), yaitu yang terjadi sebelum usia kehamilan 13 minggu; dan (2) Abortus lanjut (late miscarriage), yaitu yang terjadi pada usia kehamilan 13–19 minggu atau hingga batas 20 minggu dengan berat janin kurang dari 500 gram. Kasus Ny. Y dengan usia kehamilan 19–20 minggu termasuk dalam kategori abortus lanjut. Pada usia kehamilan ini jaringan plasenta dan hasil konsepsi jauh lebih besar serta lebih tebal sehingga risiko perdarahan masif pascatindakan kuretase secara signifikan lebih tinggi dibandingkan abortus trimester pertama (Prawirohardjo, 2014).

2.1.2 Klasifikasi Abortus

Abortus diklasifikasikan berdasarkan gambaran klinis dan perjalanan penyakitnya sebagai berikut (Prawirohardjo, 2014; Alomedika, 2023; Alodokter, 2025):

- 1). Abortus Imminens (Abortus Mengancam): Perdarahan pervaginam pada kehamilan kurang dari 20 minggu tanpa dilatasi serviks. Ostium uteri eksternum masih tertutup dan janin masih hidup di dalam uterus. Merupakan ancaman keguguran yang masih dapat dipertahankan.
- 2) Abortus Insiapiens (Keguguran Sedang Berlangsung): Perdarahan pervaginam dengan dilatasi serviks yang sudah terjadi. Kehamilan tidak dapat dipertahankan karena serviks sudah terbuka, namun jaringan janin masih berada di dalam uterus.
- 3) Abortus Inkomplit (Keguguran Tidak Lengkap): Sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri namun sebagian masih tertinggal. Perdarahan berlanjut karena sisa jaringan menghambat kontraksi uterus. Risiko perdarahan masif lebih tinggi pada abortus inkomplit usia kehamilan lebih dari 13 minggu karena jaringan plasenta lebih tebal dan melekat lebih kuat.
- 4) Abortus Komplit (Keguguran Lengkap): Seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri dan biasanya tidak memerlukan kuretase. Sering terjadi pada usia kehamilan kurang dari 12 minggu.

5) Missed Abortion (Abortus Tertunda): Kematian janin sebelum usia kehamilan 20 minggu namun hasil konsepsi tidak keluar selama 8 minggu atau lebih. Dapat menyebabkan gangguan pembekuan darah (DIC) bila tidak segera ditangani.

6) Abortus Habitualis: Kejadian abortus spontan berulang sebanyak tiga kali atau lebih berturut-turut.

2.1.3 Etiologi dan Faktor Risiko Abortus

Penyebab abortus bersifat multifaktorial. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian abortus antara lain (Alomedika, 2023; Prawirohardjo, 2014; Yuliani et al., 2023):

a. Faktor Janin (Fetal Factors)

Kelainan kromosom merupakan penyebab tersering abortus, menyumbang sekitar 50–60% kasus abortus dini. Kelainan ini umumnya bersifat sporadis dan tidak dapat dicegah. Trisomi autosomal merupakan anomali kromosom yang paling sering ditemukan, diikuti oleh monosomi X (45,X) dan triploid.

b. Faktor Ibu (Maternal Factors)

Faktor ibu yang berperan meliputi: (1) usia ibu yang terlalu muda (di bawah 20 tahun) atau terlalu tua (di atas 35 tahun) di mana risiko abortus meningkat dari 12% pada wanita berusia di bawah 20 tahun menjadi 26% pada usia 40 tahun; (2) paritas yang terlalu tinggi (lebih dari 3); (3) kelainan anatomi uterus seperti septum uteri, mioma submukosa, dan insufisiensi serviks; (4) penyakit sistemik seperti

diabetes mellitus tidak terkontrol, hipertensi, sindrom antifosfolipid, dan penyakit tiroid; serta (5) faktor imunologi.

c. Faktor Lingkungan dan Gaya Hidup

Merokok, konsumsi alkohol, paparan bahan kimia berbahaya, dan stres berat dapat meningkatkan risiko abortus. Kehamilan yang tidak diinginkan, malnutrisi, dan infeksi TORCH (*Toxoplasma*, *Rubella*, *Cytomegalovirus*, *Herpes*) juga merupakan faktor risiko yang perlu diperhatikan.

2.1.4 Patofisiologi Abortus

Pada awal abortus terjadi perdarahan pada desidua basalis yang diikuti oleh nekrosis jaringan di sekitarnya. Nekrosis ini menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya dari dinding uterus, sehingga menjadi benda asing di dalam kavum uteri. Kondisi ini merangsang uterus untuk berkontraksi guna mengeluarkan isinya (Prawirohardjo, 2014; Repository UM-Surabaya, 2020).

Pada kehamilan kurang dari 8 minggu, villi koriales belum menembus desidua secara dalam sehingga hasil konsepsi biasanya dikeluarkan seluruhnya. Pada kehamilan 8–14 minggu, villi koriales sudah menembus desidua lebih dalam sehingga sering terjadi abortus inkomplit. Sedangkan pada kehamilan lebih dari 14 minggu—termasuk kasus abortus lanjut usia 19–20 minggu—plasenta sudah terbentuk sempurna dan melekat kuat pada dinding uterus, sehingga pengeluaran jaringan memerlukan tindakan aktif seperti dilatasi serviks dan

kuretase. Kegagalan kontraksi uterus pascakuretase akibat atonia uteri atau sisa jaringan yang tertinggal merupakan mekanisme utama perdarahan masif pada kasus ini (Prawirohardjo, 2014; Alomedika, 2023).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala abortus bervariasi tergantung jenisnya, namun secara umum meliputi (Alomedika, 2023; Prawirohardjo, 2014):

- a. Perdarahan pervaginam, mulai dari bercak (spotting) hingga perdarahan masif
- b. Nyeri perut bagian bawah atau kram menyerupai nyeri persalinan
Keluar jaringan atau gumpalan darah dari jalan lahir
- c. Dilatasi ostium uteri eksternum pada abortus insipiens dan inkomplit
- d. Uterus lebih kecil dari usia kehamilan pada abortus inkomplit atau komplit
- e. Tanda-tanda anemia: pucat, lemah, pusing, takikardia bila perdarahan banyak
- f. Tanda syok hipovolemik pada kasus berat: hipotensi, nadi cepat dan lemah, akral dingin, penurunan kesadaran.

2.1.6 Diagnosis Abortus

- 1) Anamnesis: keluhan perdarahan pervaginam, nyeri perut, pengeluaran jaringan, riwayat kehamilan, riwayat HPHT untuk menentukan usia kehamilan.
- 2) Pemeriksaan fisik: keadaan umum, tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan), pemeriksaan abdomen (tinggi fundus uteri), pemeriksaan inspekulo (ada/tidaknya pembukaan serviks, perdarahan aktif, jaringan yang terlihat di ostium uteri).
- 3) Pemeriksaan penunjang: (a) Ultrasonografi (USG) untuk mengonfirmasi diagnosis, menilai viabilitas janin, mengidentifikasi sisa jaringan; (b) Laboratorium: darah lengkap (Hb, hematokrit, leukosit), golongan darah dan crossmatch bila ada indikasi transfusi, profil koagulasi bila perdarahan masif; (c) Kadar beta-hCG darah untuk menilai perkembangan kehamilan.

2.1.7 Penatalaksanaan Abortus

Penatalaksanaan abortus disesuaikan dengan jenis dan kondisi klinis pasien (Alomedika, 2023; Kemenkes RI, 2020; Ethical Digest, 2019):

a. Stabilisasi Kondisi Umum

Langkah pertama adalah penilaian menyeluruh kondisi pasien: kesadaran, tanda vital, dan tanda syok (hipotensi, takikardia, akral dingin). Bila terdapat tanda syok, lakukan resusitasi cairan segera dengan kristaloid (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat) melalui dua jalur

intravena berukuran besar. Bila perdarahan masif dengan instabilitas hemodinamik, pertimbangkan transfusi darah (Alomedika, 2023).

b. Tindakan Kuretase

Kuretase merupakan tindakan evakuasi isi uterus. Aspirasi Vakum Manual (AVM) adalah metode yang dianjurkan, terutama pada usia kehamilan kurang dari 16 minggu. Pada usia kehamilan 16–20 minggu, dilatasi serviks dengan laminaria atau misoprostol diperlukan sebelum kuretase. Risiko komplikasi kuretase pada usia kehamilan 19–20 minggu lebih tinggi, meliputi perdarahan aktif, perforasi uterus, dan infeksi (Alomedika, 2023; Ethical Digest, 2019). Setelah tindakan, pemberian oksitosin 10–20 IU dalam Ringer Laktat dianjurkan untuk membantu kontraksi uterus dan meminimalkan perdarahan.

c. Penanganan Abortus Inkomplit

Pada abortus inkomplit dengan perdarahan hebat, pengeluaran sisa hasil konsepsi harus dilakukan sesegera mungkin. Bila ada tanda syok, resusitasi cairan dan transfusi darah didahulukan sebelum tindakan kuretase. Pasca kuretase diberikan uterotonika (metilergometrin maleat 3×1 tablet/hari selama 5 hari) dan antibiotik profilaksis selama 5 hari (Ethical Digest, 2019; Kemenkes RI, 2020).

d. Observasi Pascakuretase

Pasien diobservasi minimal 1–2 jam pascatindakan untuk memantau nyeri perut, perdarahan, dan demam. Pada kasus dengan komplikasi perdarahan masif seperti kasus Ny. Y, observasi intensif 24 jam

pertama sangat diperlukan mencakup pemantauan tanda vital, jumlah perdarahan, kontraksi uterus, kadar Hb, dan respons terhadap transfusi darah (Alomedika, 2023; Alves et al., 2020).

2.2 Perdarahan Pascakuretase Abortus

2.2.1 Definisi dan Batasan

Perdarahan pascakuretase abortus adalah perdarahan yang terjadi setelah tindakan dilatasi dan kuretase, ditandai dengan kehilangan darah yang melebihi batas normal atau menimbulkan instabilitas hemodinamik. Perdarahan dianggap masif dan memerlukan penanganan segera apabila memenuhi lebih dari 2 pembalut besar dalam 1 jam atau berlangsung lebih dari 2 jam pascatindakan (Alomedika, 2023; Ngene & Moodley, 2022).

Pada abortus lanjut (usia 19–20 minggu seperti kasus Ny. Y), risiko perdarahan pascakuretase jauh lebih tinggi karena plasenta sudah terbentuk sempurna, tebal, dan melekat kuat pada dinding uterus. Kebutuhan transfusi darah yang dalam kondisi normal hanya 1–2% kasus abortus dapat meningkat secara signifikan pada kelompok usia kehamilan ini (Alomedika, 2023).

2.2.2 Penyebab Perdarahan Pascakuretase

Mekanisme perdarahan pascakuretase abortus meliputi (Alves et al., 2020; Ngene & Moodley, 2022; Prawirohardjo, 2014):

- 1) Atonia uteri: kegagalan uterus berkontraksi adekuat pascatindakan sehingga pembuluh darah plasenta yang sudah robek tidak dapat tertutup. Merupakan penyebab tersering (80–90%).
- 2) Sisa jaringan (*retained products of conception*): jaringan plasenta atau membran yang tertinggal di kavum uteri menghambat kontraksi uterus sehingga perdarahan berlanjut.
- 3) Trauma serviks atau dinding uterus: laserasi yang terjadi saat dilatasi atau kuretase, terutama pada usia kehamilan lanjut dengan jaringan lebih tebal.
- 4) Gangguan koagulasi (koagulopati): dapat terjadi pada abortus yang tertunda lama (*missed abortion*) atau perdarahan masif yang sudah berlangsung lama, mengarah ke DIC.
- 5) Infeksi (sepsis): kontaminasi bakteri selama atau setelah tindakan dapat memperburuk perdarahan

2.2.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perdarahan pascakuretase yang perlu dipantau meliputi (Alves et al., 2020; Alomedika, 2023):

- a. Perdarahan pervaginam yang aktif dan banyak melebihi normal
- b. Uterus teraba lembek, tidak berkontraksi dengan baik
- c. Tekanan darah menurun (hipotensi)
- d. Nadi meningkat (takikardia > 100 x/menit)
- e. Pucat, konjungtiva anemis, akral dingin

f. Pusing, lemas, pandangan berkunang-kunang

g. Penurunan kadar hemoglobin dan hematokrit pada pemeriksaan laboratorium.

2.2.4 Penanganan Perdarahan Pascakuretase

Penanganan perdarahan pascakuretase dilakukan secara sistematis sebagai berikut (Alves et al., 2020; Alomedika, 2023; Kemenkes RI, 2020):

- 1) Penilaian awal dan resusitasi: nilai kesadaran, tanda vital, dan tanda syok. Pasang dua jalur intravena berukuran besar, berikan cairan kristaloid 1–2 liter dalam 30–60 menit sambil memantau tanda edema paru. Berikan oksigen melalui masker atau nasal kanul.
- 2) Pemberian uterotonika: oksitosin 10–20 IU dalam Ringer Laktat 500 mL drip intravena untuk merangsang kontraksi uterus. Bila tidak efektif dapat ditambahkan metilergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol rektal.
- 3) Pemantauan laboratorium: periksa darah lengkap (Hb, hematokrit, leukosit), golongan darah dan crossmatch, serta profil koagulasi.
- 4) Transfusi darah: diberikan sesuai indikasi klinis dan laboratorium (lihat sub-bab 2.3).
- 5) Kuretase ulang bila diperlukan: bila perdarahan disebabkan sisa jaringan yang masih tertinggal di kavum uteri.
- 6) Pemberian antibiotik: untuk mencegah atau mengatasi infeksi pascatindakan.

2.3 Transfusi Darah pada Kasus Perdarahan Obstetri

2.3.1 Definisi

Transfusi darah adalah prosedur medis pemberian komponen darah dari donor ke penerima (resipien) melalui jalur intravena untuk menggantikan sel darah merah yang hilang, meningkatkan kapasitas angkut oksigen, atau memperbaiki komponen pembekuan darah (Perawat.org, 2024; WHO, 2022). Jenis komponen darah yang paling sering diberikan pada kasus perdarahan obstetri adalah *Packed Red Cells* (PRC) atau sel darah merah pekat.

2.3.2 Indikasi Transfusi PRC pada Kasus Obstetri

Keputusan pemberian transfusi tidak hanya didasarkan pada nilai hemoglobin, tetapi pada penilaian klinis secara menyeluruh. Indikasi transfusi PRC pada kasus obstetri meliputi (Alomedika, 2023; INAJOG, 2020; Perawat.org, 2024):

Kategori	Indikasi Transfusi
Hb < 7 g/dL (WHO)	Transfusi direkomendasikan tanpa memandang gejala klinis
Hb 7–8 g/dL + gejala klinis	Pusing, pandangan berkunang-kunang, takikardia (HR > 100×/menit)

Hb > 8 g/dL dengan syok	Instabilitas hemodinamik, perdarahan aktif massif
Pasca operasi besar	Kehilangan darah > 20% volume total (estimasi > 1.000 mL)
Hb < 8 g/dL (Alomedika)	Standar klinis untuk kasus perdarahan obstetric

Sumber: Alomedika (2023); INAJOG (2020); Perawat.org (2024)

Setiap kantong PRC (volume $\pm 250\text{--}350$ mL) yang diberikan diperkirakan meningkatkan kadar Hb sebesar ± 1 g/dL pada tubuh dewasa dengan berat badan standar tanpa perdarahan aktif (Keslan Kemenkes, 2024). Tujuan transfusi adalah mempertahankan kadar Hb minimal 8–10 g/dL pada pasien obstetri untuk mencegah defisit oksigen ke jaringan vital (Nugroho, 2012). Pada kasus Ny. Y yang menerima 4 kantong PRC, hal ini mengindikasikan kehilangan darah yang sangat signifikan (setara dengan penurunan Hb sekitar 4 g/dL) sehingga masuk dalam kategori perdarahan masif yang memerlukan penanganan intensif.

2.3.3 Prosedur Pemberian Transfusi

Prosedur pemberian transfusi darah yang aman meliputi langkah-langkah berikut (Perawat.org, 2024; Hellosehat, 2024):

- 1) Verifikasi identitas pasien dan golongan darah, lakukan uji crossmatch untuk memastikan kompatibilitas.
- 2) Periksa kondisi kantong darah (tanggal kedaluwarsa, warna, adanya gumpalan atau kebocoran).
- 3) Pantau tanda vital sebelum, selama (setiap 15 menit), dan setelah transfusi untuk mendeteksi reaksi transfusi dini.
- 4) Kecepatan pemberian: satu kantong PRC diberikan dalam 2–4 jam. Pada perdarahan aktif, dapat diberikan lebih cepat sesuai kondisi klinis.
- 5) Evaluasi respons transfusi: periksa Hb pascatransfusi 6–24 jam setelah pemberian untuk menilai kenaikan Hb

2.3.4 Komplikasi Transfusi Darah

- (a) Komplikasi yang dapat terjadi akibat transfusi darah meliputi (Hellosehat, 2024; Perawat.org, 2024):
- (b) Reaksi transfusi akut: demam, menggigil, urtikaria, dispnea (paling sering dalam 15 menit pertama)
- (c) Hemolisis akut: akibat inkompatibilitas ABO, ditandai nyeri pinggang, hemoglobinuria, dan syok
- (d) Kelebihan cairan (transfusion-associated circulatory overload/TACO): sesak napas, edema paru
- (e) Infeksi yang ditransmisikan: HIV, hepatitis B/C (sangat jarang dengan skrining modern)
- (f) Gangguan elektrolit: hiperkalemia, hipokalsemia pada transfusi masif

(g) Asidosis metabolik dan hipotermia pada transfusi masif

2.4 Anemia Akibat Perdarahan pada Kasus Obstetri

2.4.1 Definisi dan Klasifikasi Anemia

Anemia adalah kondisi di mana kadar hemoglobin dalam darah berada di bawah nilai normal. Menurut WHO, ambang batas anemia pada wanita tidak hamil adalah Hb < 12 g/dL, sedangkan pada ibu hamil Hb < 11 g/dL. Klasifikasi anemia berdasarkan derajat keparahan adalah sebagai berikut (Keslan Kemenkes, 2024; Prawirohardjo, 2014):

Derajat Anemia	Kadar Hemoglobin (Hb)
Anemia ringan	9–10,9 g/dL
Anemia sedang	7–8,9 g/dL
Anemia berat	< 7 g/dL
Anemia sangat berat (mengancam jiwa)	< 4 g/dL

Sumber: Keslan Kemenkes (2024); Prawirohardjo (2014)

Pada kasus perdarahan pascakuretase, jenis anemia yang terjadi adalah anemia normositik normokromik akibat kehilangan darah akut. Penurunan kadar Hb yang tajam dalam waktu singkat jauh lebih berbahaya dibandingkan anemia kronis dengan kadar Hb yang sama,

karena tubuh belum sempat melakukan mekanisme kompensasi (Keslan Kemenkes, 2024).

2.4.2 Tanda dan Gejala Anemia Berat

Manifestasi klinis anemia berat akibat perdarahan akut meliputi (Prawirohardjo, 2014; Hellosehat, 2024):

- 1) Pucat pada wajah, konjungtiva, mukosa bibir, dan kuku
- 2) Lemah, lesu, dan mudah lelah
- 3) Pusing dan pandangan berkunang-kunang
- 4) Takikardia (nadi > 100 x/menit)
- 5) Dispnea atau napas cepat (kompensasi penurunan oksigen)
- 6) Hipotensi ortostatik

2.4.3 Penanganan Anemia Akibat Perdarahan

Penanganan anemia akibat perdarahan akut pada kasus obstetri meliputi (Kemenkes RI, 2020; Prawirohardjo, 2014):

- a. Transfusi PRC sesuai indikasi untuk koreksi anemia berat dan menstabilkan hemodinamik.
- b. Pemberian suplemen zat besi oral setelah kondisi stabil: sulfas ferosus 60 mg/hari atau fero fumarat 3 x 1 tablet per hari selama minimal 2 minggu untuk mengisi kembali cadangan besi.
- c. Pemberian asam folat 400 mcg/hari untuk mendukung produksi sel darah merah.

- d. Nutrisi adekuat tinggi protein dan zat besi (daging merah, hati, sayuran hijau, kacang-kacangan) untuk mempercepat pemulihan.
- e. Pemantauan kadar Hb berkala pascatransfusi untuk menilai respons pengobatan.

2.5 Asuhan Kebidanan Pascakuretase Abortus

2.5.1 Konsep Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan, dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang memiliki kebutuhan atau masalah dalam bidang kesehatan reproduksi, kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana. Asuhan kebidanan dilaksanakan dengan menggunakan metode pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan rasional (Kemenkes RI, 2020).

Metode SOAP merupakan cara pendokumentasian asuhan kebidanan yang menggambarkan alur berpikir bidan secara sistematis, terdiri dari: S (Subjektif): data yang diperoleh dari keluhan pasien dan keluarga; O (Objektif): data hasil pemeriksaan fisik dan penunjang; A (Analisis): diagnosis kebidanan berdasarkan interpretasi data subjektif dan objektif; serta P (Penatalaksanaan): rencana dan implementasi asuhan yang diberikan beserta evaluasinya (Kemenkes RI, 2020).

2.5.2 Pemantauan Pascakuretase 24 Jam Pertama

Periode 24 jam pertama setelah kuretase merupakan masa kritis. Komponen utama pemantauan yang harus dilakukan bidan meliputi (Alomedika, 2023; Kemenkes RI, 2020; Alves et al., 2020):

1. Tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan dipantau setiap 15–30 menit pada 2 jam pertama, kemudian setiap jam selama 24 jam. Waspada tanda syok: tekanan darah $< 90/60$ mmHg, nadi > 100 x/menit, akral dingin.
2. Perdarahan pervaginam: kaji jumlah (ganti berapa pembalut), warna, konsistensi, dan bau lochea atau perdarahan pascakuretase. Perdarahan normal pascakuretase berupa lochea rubra (merah) dalam jumlah sedang yang berangsur berkurang.
3. Kontraksi uterus: uterus harus teraba keras dan bundar. Uterus yang lunak (atonia) merupakan tanda perdarahan akan berlanjut. Lakukan masase fundus uteri bila uterus tidak berkontraksi baik.
4. Kandung kemih: pastikan kandung kemih kosong karena kandung kemih penuh menghambat kontraksi uterus.
5. Keseimbangan cairan: catat input (infus + minum) dan output (urin + perdarahan). Target urin minimal 30 mL/jam sebagai indikator perfusi ginjal yang adekuat.
6. Respons transfusi: pantau tanda reaksi transfusi (demam, menggigil, urtikaria) setiap 15 menit selama 1 jam pertama setiap kantong. Evaluasi Hb pascatransfusi.

7. Kondisi psikologis: keguguran menimbulkan duka cita. Berikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga. Jelaskan bahwa abortus bukan terjadi akibat kesalahan ibu (Alomedika, 2023).

2.5.3 Penatalaksanaan Medikamentosa Pascakuretase

Terapi medikamentosa yang lazim diberikan pascakuretase abortus meliputi (Ethical Digest, 2019; Kemenkes RI, 2020):

- a. Uterotonika: metilergometrin maleat 0,2 mg 3×1 tablet/hari selama 5 hari untuk mempertahankan kontraksi uterus dan mencegah perdarahan berulang.
- b. Antibiotik profilaksis: amoksisilin 500 mg 3×1/hari atau sefalosporin generasi pertama selama 5–7 hari untuk mencegah infeksi pascakuretase (endometritis).
- c. Analgesik: parasetamol atau ibuprofen untuk mengurangi nyeri pascatindakan.
- d. Suplemen besi dan asam folat: untuk koreksi anemia pascaperdarahan.
- e. Cairan intravena: Ringer Laktat atau NaCl 0,9% sesuai kebutuhan hingga pasien mampu minum dan kondisi stabil.

2.5.4 Edukasi Pasca-Abortus

Edukasi yang diberikan kepada pasien dan keluarga pascakuretase abortus mencakup (Alomedika, 2023; Kemenkes RI, 2020):

1. Perawatan di rumah: istirahat cukup 1–2 hari, hindari aktivitas berat selama 1 minggu, jaga kebersihan area genitalia.

2. Tanda bahaya yang harus segera dilaporkan: perdarahan bertambah banyak (> 2 pembalut/jam), demam $> 38^{\circ}\text{C}$, nyeri perut hebat, keputihan berbau busuk.
3. Pemulihan siklus haid: haid biasanya kembali dalam 4–6 minggu pascakuretase.
4. Kontrasepsi: konseling tentang pilihan kontrasepsi untuk merencanakan kehamilan berikutnya. Kehamilan dianjurkan tidak lebih dari 3 bulan setelah abortus untuk memberikan waktu pemulihan optimal pada uterus.
5. Dukungan psikologis: berikan empati kepada ibu bahwa abortus bukan terjadi karena kesalahan ibu. Anjurkan untuk berbicara dengan orang yang dipercaya atau tenaga profesional bila mengalami kesedihan berkepanjangan.
6. Nutrisi: tingkatkan konsumsi makanan tinggi protein dan zat besi untuk mempercepat pemulihan kadar Hb.

2.6 Kerangka Asuhan Kebidanan dengan Metode SOAP

Pendokumentasian asuhan kebidanan menggunakan metode SOAP merupakan standar yang diakui secara nasional dalam praktik kebidanan di Indonesia. SOAP merupakan singkatan dari Subjektif, Objektif, Analisis, dan Penatalaksanaan (Kemenkes RI, 2020). Berikut uraian komponen SOAP pada kasus perdarahan pascakuretase abortus lanjut:

A– Data Subjektif

Data subjektif diperoleh melalui anamnesis mendalam kepada pasien dan keluarga, mencakup: keluhan utama (jenis, lokasi, durasi, intensitas perdarahan), riwayat kehamilan saat ini, riwayat tindakan kuretase, riwayat transfusi darah, riwayat obstetri (paritas, abortus sebelumnya), riwayat penyakit, serta kondisi psikososial dan dukungan keluarga.

B – Data Objektif

Data objektif diperoleh melalui pemeriksaan fisik dan penunjang: keadaan umum dan kesadaran; tanda vital lengkap; pemeriksaan abdomen (TFU, kontraksi uterus, nyeri tekan); pemeriksaan genitalia (jenis dan jumlah perdarahan); serta hasil laboratorium (Hb, hematokrit, leukosit, trombosit, golongan darah).

C – Analisis (Diagnosis Kebidanan)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan interpretasi data subjektif dan objektif. Contoh rumusan diagnosis pada kasus ini: "Ny. Y usia 29 tahun P1A1, 1 hari pascakuretase abortus lanjut usia kehamilan 19–20 minggu dengan perdarahan aktif dan anemia berat, dalam proses transfusi PRC kantong ke-4." Masalah potensial: syok hipovolemik, infeksi pascakuretase, dan gangguan psikologis.

E – Penatalaksanaan

Penatalaksanaan mencakup seluruh rencana dan implementasi asuhan yang diberikan beserta evaluasinya: pemantauan tanda vital, observasi

perdarahan, pemberian uterotonika dan antibiotik, pelaksanaan transfusi darah sesuai instruksi dokter, pemantauan respons transfusi, edukasi pasien dan keluarga, serta dokumentasi yang akurat dan lengkap.

2.7 SOP Penanganan perdarahan abortus dan kuretase

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	ABORTUS		
	No. Dokumen : KS.01.03/004/088/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/6
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 01 Januari 2023	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut  dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp. OT. Spine NIP. 196505171991031013	
PENGERTIAN	Abortus adalah berakhirnya kehamilan pada usia < 20 minggu berat janin < 500 gr) atau buah kehamila belum mampu untuk hidup di luar kandungan. Abortus Spontan adalah abortus yang terjadi secara spontan tanpa penyebab yang jelas Abortus Buatan adalah abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu yang bertujuan untuk mengakhiri kehamilan (pengguguran, aborsi, abortus provokatus)		
TUJUAN			
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.		
INDIKASI			
PROSEDUR	Klasifikasi : 3. Abortus Iminens. Abortus mengancam, ditandai oleh perdarahan bercak dari janin lahir, dapat disertai kontraksi bawah yang ringan, buah kehamilan masih mungkin berlanjut tumbuh atau dipertahankan. Klinis : a. Anamnesis. - Perdarahan sedikit dari jalan lahir. - Nyeri perut tidak ada atau ringan. b. Pemeriksaan Fisik. - Tanda vital dalam keadaan normal. - Tidak ditemukan tanda-tanda akut abdomen.		

	- Bunyi jantung bayi ditemukan baik (usia kehamilan > 8 minggu). - Inspekulo : Fluksus sedikit dari OUE. c. Pemeriksaan Dalam. - Corpus uteri membesar sesuai dengan usia kehamilan. - Ostium uteri tertutup. - Tidak ditemukan tanda perangsangan peritoneum. d. Pemeriksaan Penunjang. USG dapat memberikan hasil sebagai berikut : - Tampak kantong kehamilan intrauterin masih utuh. Janin (<i>fetal pole</i>) $\pm$ tergantung usia kehamilan. - Viabilitas meragukan, kantong kehamilan masih utuh, pulsasi jantung janin belum jelas. - Buah kehamilan tidak baik (janin mati). e. Terapi. - Bila kehamilan masih utuh : Rawat jalan, berikan preparan progesteron, tidak diperlukan tirah baring total, anjurkan untuk tidak melakukan aktivitas berlebihan atau hubungan seksual, bila perdarahan berhenti dilanjutkan jadwal pemeriksaan kehamilan selanjutnya, bila perdarahan terus berlangsung nilai ulang kondisi janin (USG) 1 minggu kemudian - Bila hasil USG meragukan, dilakukan pemeriksaan USG transvaginal atau ulangi pemeriksaan USG 1 – 2 minggu kemudian. - Bila hasil USG tidak baik, evakuasi tergantung umur kehamilan sesuai SPO terminasi kehamilan. 4. Abortus Insiapiens. a. Klinis : Anamnesis : perdarahan, disertai nyeri / kontraksi rahim b. Pemeriksaan Fisik : - Keadaan Umum : tampak pucat / anemis, kesakitan. - Tanda-tanda vital : nadi cepat karena nyeri, tekanan darah tergantung besarnya buah kehamilan dan banyak perdarahan.
--	--

	- Pemeriksaan Luar : uterus membesar sesuai usia kehamilan, DJJ bisa + atau -, tidak ditemukan tanda-tanda akut abdomen. - Inspekulo : fluxus mengalir dari OUE, ostium terbuka, tampak selaput ketuban menonjol. - Pemeriksaan Dalam : Ostium terbuka, corpus uteri membesar sesuai usia hamil Ketuban utuh dan atau menonjol. c. Terapi : - Pasang jalur intravena. - Evakuasi. - Uterotonika paska evakuasi. - Antibiotika berspektrum luas selama 3 – 5 hari. 5. Abortus Inkomplit. a. Klinis : - Anamnesis : perdarahan dari jalan lahir biasanya banyak disertai nyeri kontraksi rahim sehingga pasien datang dalam keadaan presyok / syok. - Pemeriksaan dalam : ostium uteri terbuka, teraba sisa jaringan buah kehamilan. - Terapi : (1) Bila ada syok, atasi dahulu syok (perbaiki keadaan umum). (2) Tranfusi bila HB < 8 gr % (3) Evakuasi. (4) Metil Ergometrin 0,25 mg intramuskuler. (5) Beri antibiotik berspektrum luas selama 3 – 5 hari. (6) Uterotonika. 6. Abortus Komplit. Seluruh buah kehamilan telah keluar. Klinis : Anamnesis : perdarahan dari jalan lahir sedikit, pernah keluar jaringan / buah kehamilan. Pemeriksaan dalam : ostium biasanya tertutup, bila ostium terbuka teraba rongga uterus kosong / tidak teraba jaringan. Terapi : a. Antibiotika selama 3 – 5 hari. b. Uterotonika.
--	---

	c. Kontrol 2 minggu kemudian. Pada seluruh kasus abortus harus diwaspadai kemungkinan adanya upaya-upaya pengguguran kandungan tidak aman / unsafe abortion akibat kehamilan yang tidak diinginkan / unwanted pregnancy oleh karena itu perlu pemeriksaan tanda-tanda komplikasi yang mungkin terjadi akibat abortus provokatur seperti perforasi / tanda akut abdomen, tanda-tanda infeksi atau sepsis. 7. Abortus Tertunda. Tertahannya hasil konsepsi / janin yang telah mati dalam rahim selama 8 minggu atau lebih. Klinis : Anamnesis : perdarahan bisa ada atau tidak atau rahim tidak bertambah besar. Pemeriksaan : - Fundus uteri lebih kecil dari umur kehamilan - Bunyi jantung janin tidak ada Pemeriksaan Penunjang : - USG : terdapat tanda janin mati - Laboratorium (HB, trombosit, fibrinogen, waktu perdarahan, waktu pembekuan, waktu protombim) Resiko gangguan faktor pembekuan meningkat setelah kematian lebih dari 2 minggu. Terapi : - Evakuasi. Pada umumnya kanalis servikalis dalam keadaan tertutup, sehingga perlu tindakan dilatasi. Tindakan kuretase hendaknya dilakukan dengan hati-hati karena pada keadaan ini biasanya plasenta bisa melekat sangat erat sehingga prosedur kuretase lebih sulit dan dapat beresiko tidak bersih. - Uterotonika pasca evakuasi. - Antibiotika selama 3 hari. 8. Abortus Febrilis. Abortus yang disertai infeksi, biasanya ditandai rasa nyeri dan febris. Klinis :
--	--

Anamnesis : ada riwayat hamil / terlambat haid, mengalami perdarahan dan demam. Bisa disertai syok septik, waspada adanya upaya abortus provokatus.

Pemeriksaan Fisik :

Keadaan Umum : tampak sakit berat, febris bisa terjadi gangguan kesadaran, lemah dan pucat.

Tanda-tanda Vital : suhu lebih dari 38° C, nadi cepat, tensi normal sampai syok, respirasi cepat dan dalam.

Pemeriksaan Obstetri :

Pemeriksaan Luar Abdomen : nyeri tekan di perut bawah, mungkin ditemukan tanda-tanda akut abdomen.

Inspekulo : fluksus berbau.

Ostium Uteri umumnya terbuka dan teraba sisa jaringan.

Pada pemeriksaan bimanual : korup uteri dan adneksanyeri.

Terapi :

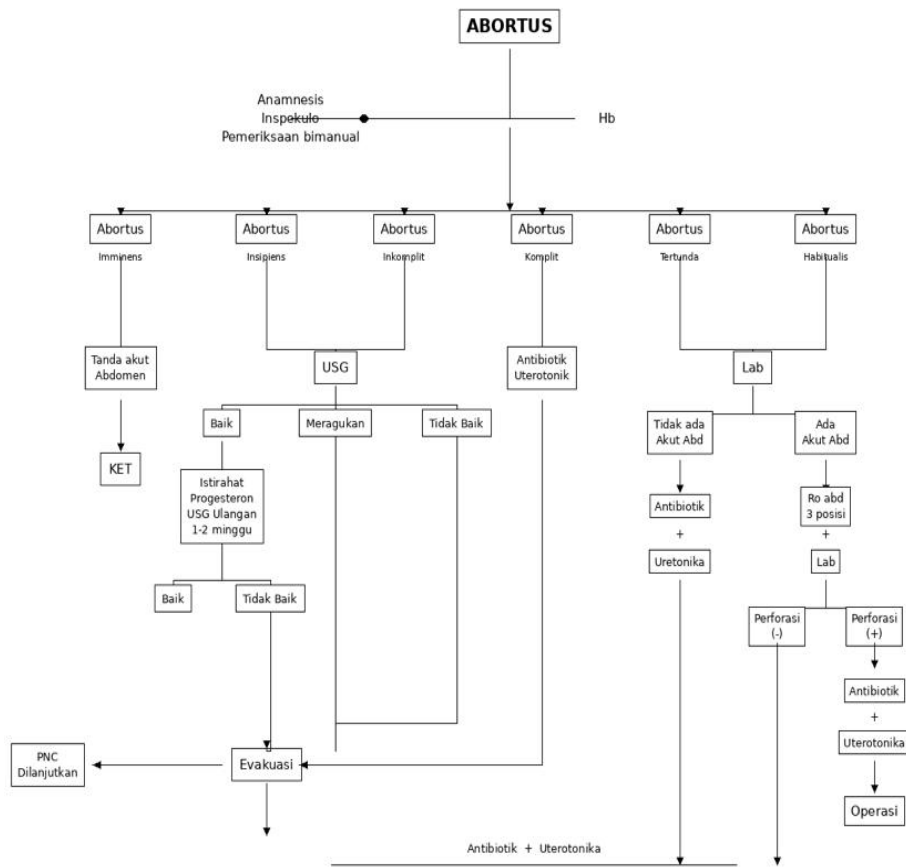
- Perbaiki keadaan umum, atasi syok septik bila ada
- Posisi Fowler
- Uterotonika : methylergometrin 2 x 0,5 mg intranuskuler
- Antibiotika parenteral yang adekuat
- Evakuasi dilakukan minimal 6 jam setelah pemberian antibiotika kecuali terjadi perdarahan banyak
- Pada saat evakuasi diberikan oksitosin drip untuk mencegah perforasi
- Selanjutnya pemberian antibiotik dan uterotonika per oral.

Kombinasi Antibiotika :

Kombinasi Antibiotika	Dosis Oral	Catatan
Ampisilin Metronidazol	3 x 1 g oral 3 x 500 mg oral	Berspektrum luas dan mencakup untuk gonorrhoea dan bakteri anaerob
Tetrasiklin Klindamisin	4 x 500 mg 2 x 300 mg	Baik untuk klamidia, gonorrhoea dan bakteroides fragilis
Trimethoprim Sulfamethoksazol	160 mg 800 mg	Spektrum cukup luas

Antibiotika Parenteral :

Kombinasi Antibiotika	Dosis Oral	Catatan
Sulbenisilin Gentamisin Metronidazol	i.v	3 x 1 g 2 x 80 mg 2 x 1 g
Ceftriaxon	i.v	1 x 1 g
Amoxiciklin + Klavulanik Acid Clindamicin	i.v	3 x 500 mg 3 x 600 mg



	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 - Dilators. - 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-obatan yang akan 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.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny.Y usia 29 tahun P1A1 1 Hari post kuretase dengan perdarahan di ruang agate RSUD dr.Slamet Garut

Tanggal pengkajian : 04 April 2026
 Tempat pengkajian : Ruang Agate RSUD dr.Slamet Garut
 Pengkaji : Putri Aprilia
 Nim : KHGB23045

A.Data subjektif

1. Identitas pasien

Nama	: Ny.Y	Nama	: Tn.A
Umur	: 29 Tahun	Umur	: 40 Tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMK	Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Kp. Kopeng	Alamat	: Kp.Kopeng

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan merasakan lemas, dan pusing setelah dilakukan tindakan kuretase.

3. Riwayat obstetri

a. Riwayat menstruasi

- a. Menarch : 11 Tahun
- b. Siklus : 28 Hari
- c. Teratur/Tidak : Kadang teratur kadang tidak
- d. Lamanya : 6-7 Hari
- e. Banyaknya : 2;3x ganti pembalut
- f. Dismenore : Ada

4. Riwayat Pernikahan

Ibu sudah menikah 10 tahun usia ibu 19 tahun usia suami 26 tahun

5. Riwayat kesehatan

Ny.Y mengatakan ia dan keluarganya tidak pernah mengalami penyakit berat maupun menular seperti jantung, hipertensi, diabetes, TB, HIV/AIDS dan lain lain saat ini ataupun terdahulu

6. Riwayat ginekologi

Pasien dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit seperti miom, kista maupun penyakit lainnya.

a. Riwayat Penyakit/Kelainan Organ Reproduksi

Mioma uteri : Tidak ada

Kista ovarium : Tidak ada

Endometriosis : Tidak ada

Polip serviks/uteri : Tidak ada

Insufisiensi serviks : Tidak ada (tidak ada riwayat serviks yang mudah terbuka sebelum cukup bulan)

Keganasan ginekologi : Tidak ada (tidak ada riwayat kanker serviks, kanker ovarium, maupun kanker endometrium pada ibu maupun keluarga)

b. Riwayat Tindakan/Operasi Ginekologi

Riwayat kuretase sebelumnya : Tidak ada (tindakan kuretase pada tanggal 3 April 2026 merupakan tindakan pertama yang dialami ibu)

Riwayat operasi uterus/ovarium : Tidak ada

Riwayat pap smear : Belum pernah dilakukan

Riwayat IVA test : Belum pernah dilakukan

c. Riwayat Penyakit Infeksi Saluran Reproduksi

Keputihan (fluor albus) : Ibu mengatakan kadang mengalami keputihan berwarna putih jernih, tidak berbau, tidak gatal, dan tidak disertai nyeri. Ibu tidak pernah memeriksakan keputihan tersebut ke tenaga kesehatan.

Infeksi menular seksual (IMS) : Tidak ada riwayat penyakit menular seksual seperti gonore, sifilis, maupun herpes genitalis

Riwayat TORCH : Tidak ada riwayat infeksi Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus (CMV), maupun Herpes yang terdiagnosis sebelumnya

Vaginitis/servicitis : Tidak ada

d. Riwayat Abortus

Jumlah kejadian abortus : 1 kali (abortus saat ini pada usia kehamilan 19–20 minggu)

Jenis abortus : Abortus inkomplit (abortus lanjut, usia kehamilan 19–20 minggu)

Riwayat abortus berulang (habitualis) : Tidak ada (abortus ini merupakan kejadian pertama)

Tindakan yang diberikan : Kuretase (dilatasi dan kuretase) pada tanggal 3 April 2026 di RSUD dr. Slamet Garut

e. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Kontrasepsi yang pernah digunakan : IUD (*Intra Uterine Device*)

Keluhan selama penggunaan KB : Ibu mengatakan tidak ada keluhan berarti selama menggunakan IUD

Alasan pelepasan IUD : IUD dilepas karna ibu ingin diganti sama KB suntik 1 bulan

Rencana KB pascakuretase : Ibu mengatakan belum ada rencana buat ber KB

f. Riwayat Gangguan Menstruasi

Dismenore (nyeri haid) : Ada. Ibu mengatakan nyeri haid dirasakan pada hari pertama dan kedua menstruasi, skala nyeri ringan–sedang, dapat beraktivitas, tidak sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari

Menorrhagia (haid berlebihan) : Tidak ada. Volume haid normal 2–3 kali ganti pembalut per hari

Amenore/oligomenore : Tidak ada riwayat haid tidak teratur secara signifikan selain kadang maju/mundur beberapa hari

g. Riwayat Kehamilan Ektopik

Riwayat kehamilan ektopik : Tidak ada. Ibu tidak pernah didiagnosis kehamilan di luar rahim sebelumnya

h. Riwayat Ginekologi Keluarga

Riwayat keguguran dalam keluarga : Tidak ada riwayat keguguran berulang dalam keluarga inti (ibu, saudara perempuan)

Riwayat mioma/kista/keganasan dalam keluarga : Tidak ada riwayat mioma, kista ovarium, maupun kanker ginekologi pada anggota keluarga

7. Pola kebiasaan sehari-hari

- a. Nutrisi
 - Makan : 2-3x/hari menu bervariasi seperti sayur sayuran, lauk pauk
 - Minum : 8-9 gelas/hari
- b. Eliminasi
 - BAB : 1-2x/hari tidak ada keluhan bab
 - BAK : 5-6x/hari
- c. Istirahat
 - Siang : 1-2 jam
 - Malam : 6-7 jam
- d. Aktivitas : Ibu mengatakan kecapean karena sering naik motor dan jalan jalan
- e. Personal hygiene : Mandi 2x mengganti pakaian setiap mandi

8. Riwayat obstetri

A. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 16 November 2025

TP : 23 Agustus 2026

Ibu memeriksa kehamilannya sebanyak 2 kali ke BPM, ibu tidak mengonsumsi obat-obatan lain selain obat dari bidan yaitu tablet Fe dan asam folat.

Riwayat imunisasi TT adalah TT2.

b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu.

No	Tahun	Tempat	Uk	Jp	Penolong	Bb	Jk	Kondisi	Komplikasi
1	2022	Bpm	39 mg	Spntn	Bidan	3000 gr	P	Hidup	Tidak ada

9. Riwayat KB

Ibu mengatakan menggunakan memakai alat kontrasepsi KB IUD, selama 3 tahun, dilepas pada tanggal 19 September 2025, Ibu belum memulai lagi KB post abortus. .

10. Hubungan seksual

Ibu mengatakan berhubungan dengan suami seminggu 2-3 kali terakhir hubungan Satu minggu kebelakang

11. Riwayat psikososial

Ibu dan suami tidak merencanakan kehamilan ini, namun keluarga dan suami memberikan dukungan dan respon yang baik.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum	: Lemas
Kesadaran	: Composmentis

2. Tanda tanda vital

Tekanan darah	: 70/60 MmHg (hasil tensi digital)
Nadi	: 110x/menit
Respirasi	: 25x/menit
Suhu	: 36,1 c

3. Antropometri

Berat badan sebelum hamil	: 68 kg
Berat badan sekarang	: 75 kg
Tinggi badan	: 155 cm
Lila	: 32 cm
Indeks masa tubuh	: 28,3 (kategori obesitas

)

4. Pemeriksaan fisik

Kepala	: Tidak ada nyeri tekan,tidak ada benjolan
Wajah	: Tidak pucat,tidak oedema
Mata	: Konjungtiva sedikit pucat,sklera putih,penglihatan baik
Telinga	: Tidak ada kelainan,pendengaran baik
Hidung	: Simetris,bersih,fungsi penciuman baik,terpasan oksigen
Mulut	: Bibir tidak pucat,gusi tidak berdarah,tidak ada caries gigi
Leher	: Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan limpe
Dada	: Payudara simetris putting susu menonjol,tidak ada pengeluaran colostrum
Abdomen	: Inspeksi :tidak ada bekas luka operasi Palpasi :TFU :2 jari di bawah pusat . kontraksi lembek
Eksremitas atas	: Tidak oedema, terpasang jalur infus di tangan kiri dan tranfusi di tangan kanan
Eksremitas bawah	: Tidak ada varises,tidak oedema
Genetalia	: V/V Tidak ada kelainan,tampak keluar darah berwarna merah segar dari jalan lahir sebanyak 2 pempers penuh. Terpasang dc.

5. Pemeriksaan penunjang

Hemoglobin	: 7,4 gr/dl
Golongan darah	: B+

C. Analisa

P1A1 1 hari post kuretase dengan perdarahan

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan

Evaluasi : Ibu mengetahui keadaan saat ini

2. Mengobservasi Keadaan umum, Tanda tanda vital

Evaluasi : Keadaan umum : Baik, Tekanan darah : 70/66 mmhg(dengan tensi digital), Nadi : 99x/m, Respirasi : 22x/m S: 36,3, Spo2: 96%

3. Melakukan pemeriksaan TFU

Evaluasi : 3 jari dibawah pusat

4. Menganjurkan ibu untuk tetap meningkatkan gizi, yaitu dengan menambah makanan sayuran hijau seperti yang mengandung vitamin, protein dan mineral contoh nasi, ikan, daging, dan minum air putih yang banyak

Evaluasi : Ibu mau melakukannya

5. Memberitahu ibu untuk istirahat agar ibu tidak mudah lelah dan menjaga kestabilan keadaan fisik ibu tetap baik

Evaluasi : Ibu memahami dan akan melakukannya

6. Melakukan pendokumentasian.

Tanggal : 04 April 2026
Pukul : 15.15 WIB
Pengkaji : Putri aprilia

S : Ibu mengatakan masih lemas dan sangat pusing

O : Keadaan umum : Lemas
 Kesadaran : Composmentis

Tanda tanda vital

Tekanan darah : 70/66(Pakai tensi digital) mmhg
 Nadi : 99x/m
 Respirasi : 22x/m
 Suhu : 36,3 c
 SPO2 : 96%

Abdomen

TFU : 3 jari dibawah pusat
 Perdarahan vervaginam : Terpasang dc
 Kontraksi : Baik
 Nyeri tekan : Ada
 Lochea : Rubra

A : P1A1 post kuretasi

P : 1. Mengobservasi Keadaan umum,Tanda tanda vital,dan Perdarahan

Evaluasi : Baik, Tekanan darah : 70/66 Mmhg(dengan tensi digital)

Nadi : 99x/m, Respirasi :22x/m, Suhu : 36,3, Spo2:96%

TFU : 3 jari di bawah pusat, Perdarahan : +/- 450cc

2. Mengobservasi skala nyeri

Evaluasi : Ibu mengatakan nyeri sedang

3. Menganjurkan mobilisasi bertahap

Evaluasi : Ibu mau melakukan miring kiri dan miring kanan

4. Memberikan terapi obat kepada ibu

Evaluasi: -Cefadroxil 2x500 mg po

-Asam mefenamat 3x500 mg po

- Metilergometrin 3x0.125 mg po

-SF 2x1 tab po

-New diatab 3x1 tablet po PRN

-Zink 1x20 mg po PRN

5. Terpasang transfusi darah labu 1

Evaluasi : pukul : 14.40 WIB

Catatan perkembangan kala I

Tanggal : 05 April 2026

Pukul : 09.45 WIB

Pengkaji : Putri aprilia

S : Ibu mengatakan ada sedikit lemas

O : Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda tanda vital

Tekanan darah	: 90/74 mmhg
Nadi	: 79x/m
Respirasi	: 20x/m
Suhu	: 36,7
Spo2	: 97%

Abdomen

TFU	: 1 jari di atas symfisis
Perdarahan pervaginam	: Terpasang dc
Kontraksi	: Baik
Nyeri tekan	: Tidak ada
Lochea	: Rubra

A : P1A1 post kuretase

P : 1. Mengobservasi Keadaan umum,Tanda tanda vital,dan Perdarahan

Evaluasi : Baik,Tekanan darah : 90/74 mmhg, Nadi : 79x/m, Respirasi : 20x/m, Suhu : 36,7, Spo2 : 97%

2. Mengobseravsi skala nyeri

Evaluasi : Ibu mengatakan nyeri sedang

3. Menganjurkan mobilisasi bertahap

Evaluasi : Ibu mau melakukan miring kiri dan miring kanan

4. Melanjutkan terapi obat kepada ibu

Evaluasi : -Cefadroxil 2x500 mg po

- Asam mefenamat 3x500 mg po
- Metilergometrin 3x0.125 mg po
- SF 2x1 tab po
- New diatab 3x1 tablet po PRN
- Zink 1x20 mg po PRN

5. Terpasang transfusi darah labu ke 2 dan 3

Evaluasi : Pukul : 10.34 WIB labu ke 2 Pukul : 20.43

WIB labu ke 3

Catatan perkembangan kala II

Tanggal : 06 April 2026
Pukul : 09.45 WIB
Pengkaji : Putri aprilia

S : Ibu mengatakan sudah tidak ada keluhan

O : Keadaan umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis

Tanda tanda vital
 Tekanan darah : 100/70 mmhg
 Nadi : 88x/m
 Respirasi : 21x/m
 Suhu : 36,4
 Spo2 : 98%
 Abdomen
 TFU : 1 jari di atas symfisis
 Perdarahan pervaginam : Terpasang dc
 Kontraksi : Baik
 Nyeri tekan : Tidak ada
 Lochea : Rubra

A : P1A1 post kuretase

P : 1. Memberitahu hasil pemeriksaan

Evaluasi : Ibu mengetahui kondisi ibu saat ini

2. Terpasan transfusi darah labu ke 4

Evaluasi : Pukul : 04.30 WIB

3. KIE tentang tanda bahaya perdarahan

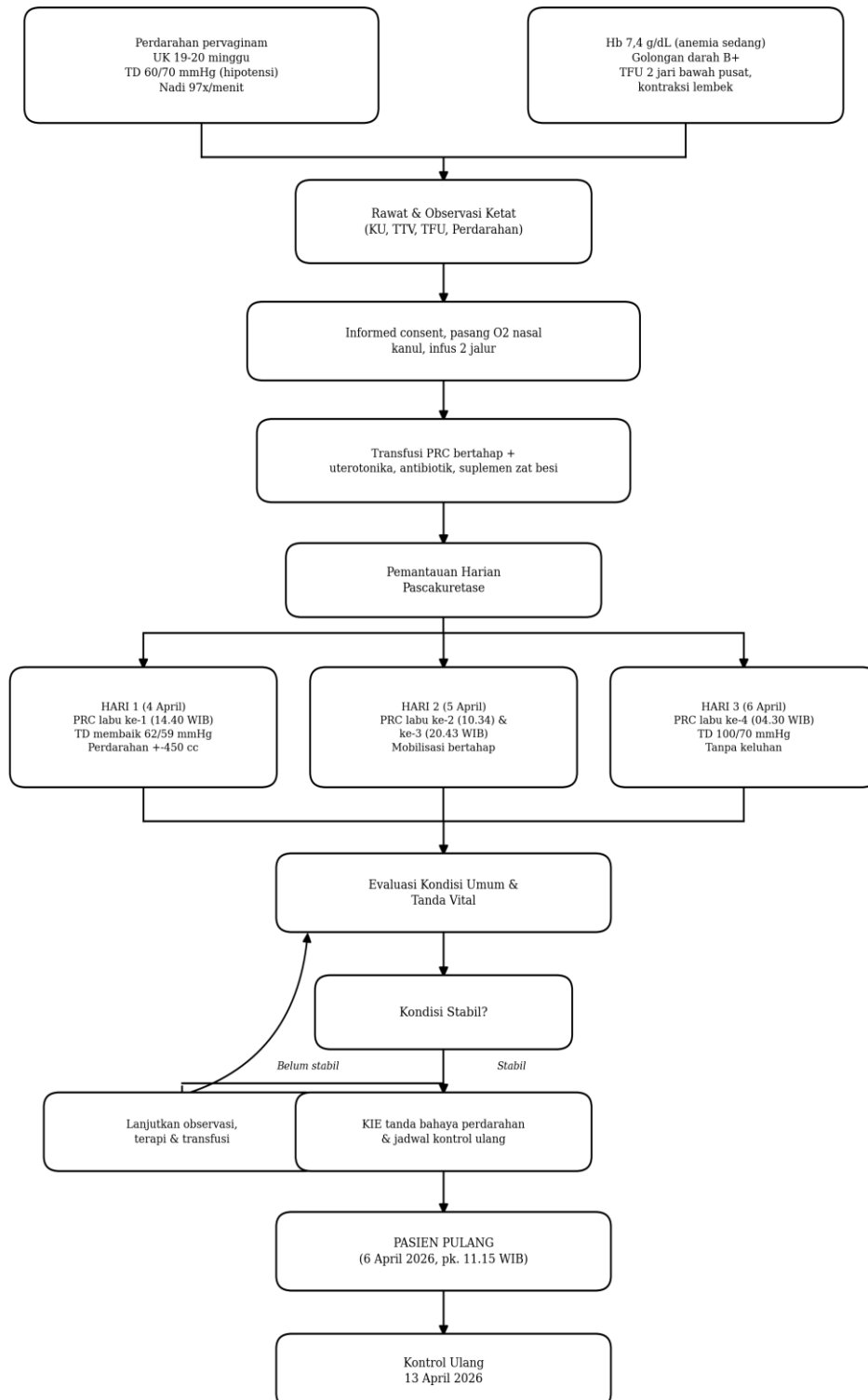
Evaluasi : Ibu mengerti dan jika ada tanda bahaya ibu akan langsung ke bidan terdekat

4. Memberitahu ibu jadwal kontrol selanjutnya

Evaluasi : jadwal kontrol tanggal 13 April 2026

5. Ibu pulang jam 11.15 wib

3.2 Penatalaksanaan Kasus Kronologis Abortus Inkomplit Ny. Y



3.3 MATRIKS

No	Masalah	Pengertian	Penyebab	Tanda/Gejala	Penatalaksanaan		Evidence Based
					Teori	Praktik	
1.	Perdarahan PostAbortus	Perdarahan pascakureta se abortus adalah perdarahan yang terjadi setelah tindakan akan dilatasi dan kuretase, ditandai kehilangan darah melebihi batas normal atau menimbulk	Faktor penyebab pada Ny. Y: 1.Usia kehamilan 19–20 minggu (abortus lanjut) → plasenta lebih tebal & melekat kuat → risiko	SUBJEKTIF: 1) Ibu mengeluh lemas dan pusing setelah tindakan kuretase 2) Ibu tampak cemas 3) Kehamilan tidak direncanakan OBJEKTIF 4)April 2026): 5) TD: 60/70 mmHg (hipotensi berat) 6)Nadi: 97x/menit (takikardia)	PENATALAKSANAAN TEORI (Standar): 1. Penilaian awal & resusitasi: nilai tanda syok, pasang 2 jalur IV besar, cairan kristaloid 1–2 L dalam 30–60 menit, oksigen masker/kanul. 2. Uterotonika: oksitosin 10–20 IU dalam RL drip IV; bila tidak efektif: metilergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol rektal.	DI LAPANGAN (Ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut): 04 April 2026 (Hari 1): 1) Informed consent & KIE hasil pemeriksaan 2) Observasi KU, TTV, TFU, perdarahan	1. Transfusi PRC: Setiap kantong PRC (±250–350 mL) meningkatkan Hb ±1 g/dL. Target Hb minimal

	an instabilita shemodinamik. Dianggap massif bila membasahi lebih dari 2 pembalut besar dalam 1 jam atau berlangsung lebih dari 2 jam pascatindakan. Pada abortus lanjut (usia 19–20 minggu), risiko perdarahan	perdarahan massif meningkat signifikan. 2. Atonia uteri → kegagalan kontraksi uterus pascatindakan → pembuluh darah di tempat implantasi tidak tertutup (penyebab tersering 80–90%). 3, Kemung	7) Respirasi: 25x/menit 8) Suhu: 36,1°C 9) SpO₂: 96% 10) Konjungtiva sedikit pucat 11) Perdarahan pervaginam: 2 pempers penuh (darah merah segar) 12) TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi lembek 13) Hb: 7,4 g/dL (anemia sedang) 14) Golongan darah: B+ 15) Terpasang oksigen nasal kanul 16) Terpasang infus 2 jalur + transfusi	3. Transfusi PRC: bila Hb <8 g/dL + gejala klinis (lemas, pusing, takikardia) atau instabilitas hemodinamik. Tiap kantong ↑ Hb ±1 g/dL. 4. Pemantauan ketat 24 jam pertama: TTV setiap 15–30 mnt (2 jam pertama), tiap jam selanjutnya; perdarahan, kontraksi, kandung kemih, keseimbangan cairan (target urin ≥30 mL/jam). 5. Antibiotik profilaksis: amoksisilin 500 mg 3×1/hari atau sefalosporin generasi	3) Pemeriksaan TFU (2 jari bawah pusat) 4) Terpasang infus 2 jalur + transfusi PRC labu ke-1 (pk. 14.40 WIB) 5) Terapi: Cefadroxil 2×500 mg, Asam Mefenamat 3×500 mg, Metilergometrin 3×0,125 mg, SF 2×1 tab, New Diatab 3×1 PRN, Zinc 1×20 mg PRN 6) TD membaik ke 62/59	8–10 g/dL pada pasien obstetri untuk mencegah defisit oksigen (Kesl an Keme nkes, 2024; INAJ OG, 2020). 2. Uterot onika: Metil ergometrin malea
--	---	---	---	---	---	---

		lebih tinggi karena plasenta sudah terbentuk sempurna, tebal, dan melekat kuat pada dinding uterus	kinan sisa jaringan (retained products of conception) → menghambat kontraksi uterus → perdarahan berlanjut. 4. HPHT 16 November 2025 → UK 19–20 minggu saat abortus terjadi		1, 5–7 hari. 6. Uterotonika oral: metilergometrin maleat 0,2 mg 3×1 tab/hari, 5 hari. 7. Suplemen: SF + asam folat pasca stabil. 8. Mobilisasi dini bertahap. 9. Edukasi tanda bahaya + kontrasepsi. (Alomedika, 2023; Kemenkes RI, 2020; Alves et al., 2020)	mmHg, perdarahan ±450 cc 05 April 2026 (Hari 2): 1) TD 90/70, Nadi 79, SpO ₂ 97% 2) TFU 1 jari atas simfisis 3) Lochea rubra, kontraksi baik 4) Transfusi PRC labu ke-2 (pk. 10.34) & ke-3 (pk. 20.43) 5) Mobilisasi miring kiri/kanan, nyeri sedang 06 April 2026	t merupakan first-line uterotonika pasca kuretase. Pemberian selama ≥5 hari pasca tindakan terbukti mengurangi risiko perdarahan berulang (Ethic
--	--	--	---	--	---	--	--

						(Hari 3): 1) TD 100/70, Nadi 88, SpO₂ 98% 2) Tidak ada keluhan 3) Transfusi PRC labu ke-4 (pk. 04.30) 4) KIE tanda bahaya perdarahan 5) Jadwal kontrol 13 April 2026 6) Pasien pulang pk. 11.15 WIB	al Diges t, 2019; Keme nkes RI, 2020). 3. Antibi otik Profil aksis: Pemb erian antibi otik pada abortu s lanjut meng urangi risiko endo metrit is
--	--	--	--	--	--	--	---

							secara signifikan. Sefalosporin dan amoksisilin merupakan pilihan utama (Alo medika, 2023). 4. Mobilisasi Dini: Mobilisasi bertahap pasca kureta
--	--	--	--	--	--	--	--

							se menc egah tromb osis vena dalam (DVT) dan memp ercep at pemul ihan fisiolo gis (Alve s et al., 2020). 5. Suple men Zat Besi: Sulfas Feros
--	--	--	--	--	--	--	---

							us + Zinc memp ercep at pemul ihan Hb pasca perdar ahan. Targe t korek si anemi a berlan jut mini mal 2 mingg u (Kem enkes RI, 2020).
--	--	--	--	--	--	--	---

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian Data Subjektif

Berdasarkan pengkajian data subjektif, Ny. Y usia 29 tahun mengeluhkan lemas dan pusing setelah tindakan kuretase. Keluhan ini sejalan dengan manifestasi klinis anemia akibat perdarahan akut yang dijelaskan dalam teori, yaitu keluhan lemah, lesu, pusing, dan pandangan berkunang-kunang sebagai akibat dari penurunan kapasitas angkut oksigen ke jaringan (Prawirohardjo, 2014). Kadar hemoglobin Ny. Y saat pengkajian awal adalah 7,4 g/dL, yang masuk kategori anemia sedang (Hb 7–8,9 g/dL) menurut klasifikasi WHO. Penurunan Hb ini secara akut jauh lebih berbahaya dibandingkan anemia kronik dengan nilai yang sama karena tubuh belum sempat melakukan kompensasi fisiologis (Keslan Kemenkes, 2024).

Riwayat obstetri menunjukkan Ny. Y memiliki HPHT 16 November 2025, sehingga usia kehamilan saat abortus adalah 19–20 minggu, yang masuk kategori abortus lanjut (*late miscarriage*). Sesuai teori, pada rentang usia kehamilan ini plasenta sudah terbentuk sempurna, lebih tebal, dan melekat lebih kuat pada dinding uterus dibandingkan trimester pertama, sehingga risiko perdarahan masif pascakuretase secara signifikan lebih tinggi (Prawirohardjo, 2014). Hal ini menjadi faktor risiko utama yang menjelaskan mengapa Ny. Y membutuhkan transfusi hingga 4 kantong PRC.

Ny. Y dan suami tidak merencanakan kehamilan ini, dan ibu mengaku merasa cemas. Kondisi psikologis ini perlu diperhatikan karena stres emosional dapat memperlambat pemulihan fisik (Yuliani et al., 2023). Ibu juga memiliki riwayat penggunaan KB IUD sebelumnya, yang perlu menjadi dasar konseling kontrasepsi pascakuretase agar kehamilan tidak direncanakan dapat dicegah di masa mendatang (Kemenkes RI, 2020).

4.2 Pengkajian Data Objektif

Pada pengkajian awal tanggal 4 April 2026, tekanan darah Ny. Y tercatat sangat rendah yaitu 70/60 mmHg yang mengindikasikan kondisi hipotensi berat. Sesuai teori, hipotensi merupakan salah satu tanda syok hipovolemik akibat perdarahan masif, bersama takikardia dan akral dingin (Ngene & Moodley, 2022). Nadi 110 x/menit dan respirasi 25x/menit juga menunjukkan kompensasi tubuh terhadap kekurangan volume darah. Kondisi ini konsisten dengan gambaran klinis perdarahan post kuretase abortus lanjut yang diuraikan dalam tinjauan teori (Alves et al., 2020).

Konjungtiva yang tampak sedikit pucat pada pemeriksaan fisik merupakan tanda objektif anemia yang sejalan dengan kadar Hb 7,4 g/dL. Perdarahan pervaginam berupa darah merah segar mengisi 2 pempers penuh mengonfirmasi bahwa perdarahan aktif masih berlangsung saat pengkajian, yang menurut Alomedika (2023) merupakan indikasi penanganan segera termasuk evaluasi kebutuhan transfusi darah.

Tinggi fundus uteri (TFU) saat pengkajian awal adalah 2 jari di bawah pusat, kemudian pada tanggal 5 April berada 1 jari di atas simfisis, dan bertahan di posisi yang sama pada tanggal 6 April. Involusi uterus ini

menandakan proses kontraksi uterus pascakuretase yang berjalan baik. Sesuai teori, kontraksi uterus yang adekuat sangat penting untuk menutup pembuluh darah di tempat implantasi plasenta dan menghentikan perdarahan (Prawirohardjo, 2014; Alomedika, 2023). Kontraksi uterus yang dinilai "baik" pada observasi hari berikutnya mengindikasikan respons positif terhadap pemberian uterotonika.

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan Hb 7,4 g/dL dengan golongan darah B positif. Nilai ini sesuai dengan indikasi transfusi PRC menurut panduan klinis, yaitu Hb < 8 g/dL disertai gejala klinis anemia pada kasus obstetri (Alomedika, 2023; INAJOG, 2020). Kadar SpO₂ 96% pada tanggal 4 April kemudian meningkat menjadi 97–98% pada hari berikutnya, mencerminkan perbaikan oksigenasi seiring dengan pemberian transfusi darah.

4.3 Penegakan Analisis (Diagnosis Kebidanan)

Analisis yang ditegakkan adalah "Ny. Y usia 29 tahun P1A1 post kuretase dengan perdarahan ", yang sesuai dengan nomenklatur diagnosis kebidanan untuk kasus ini. Diagnosis ini mencerminkan kondisi pasien secara komprehensif: status obstetri (P1A1), komplikasi yang dialami (perdarahan), dan konteks tindakan yang mendahuluinya (post kuretase abortus lanjut).

Dalam tinjauan teori, perdarahan pascakuretase pada abortus lanjut usia 19–20 minggu dikategorikan sebagai kondisi berisiko tinggi karena kombinasi faktor anatomi (jaringan plasenta lebih tebal dan melekat kuat), faktor hemodinamik (potensi atonia uteri lebih besar), dan kebutuhan

transfusi yang lebih tinggi dibandingkan abortus trimester pertama (Prawirohardjo, 2014; Ngene & Moodley, 2022). Penegakan analisis yang tepat dan cepat pada kasus ini sangat menentukan kecepatan intervensi yang dapat menyelamatkan jiwa pasien.

4.4 Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan

4.4.1 Pemantauan Tanda Vital dan Observasi Perdarahan

Observasi keadaan umum, tanda-tanda vital, dan perdarahan dilakukan secara berkesinambungan dari tanggal 4 hingga 6 April 2026. Terdapat perbaikan bermakna pada tanda vital pasien: tekanan darah meningkat dari 70/60 mmHg (4 April, pagi) menjadi 90/70 mmHg (5 April) dan 100/70 mmHg (6 April), serta nadi menurun dari 97x/menit menjadi 79x/menit dan 88x/menit. Perjalanan klinis ini konsisten dengan respons fisiologi yang diharapkan setelah transfusi darah dan pemberian uterotonika (Alves et al., 2020).

Pemantauan ketat tanda vital pada 24 jam pertama pascakuretase, sebagaimana dilaksanakan dalam kasus ini, sejalan dengan rekomendasi Kemenkes RI (2020) yang menyatakan bahwa periode ini merupakan masa kritis di mana risiko perdarahan ulang, anemia berat, dan ketidakstabilan hemodinamik masih sangat tinggi. Penggunaan pulse oximetry (SpO₂) sebagai parameter tambahan juga mencerminkan standar pemantauan modern yang direkomendasikan pada kasus perdarahan obstetri (Alves et al., 2020).

4.4.2 Transfusi Darah

Dalam kasus Ny. Y, transfusi PRC diberikan sebanyak 4 kantong secara bertahap: labu ke-1 pada tanggal 4 April, labu ke-2 dan ke-3 pada tanggal 5 April, dan labu ke-4 pada tanggal 6 April. Pemberian ini sesuai dengan indikasi transfusi PRC pada kasus obstetri, yaitu $Hb < 8 \text{ g/dL}$ dengan gejala klinis anemia berupa lemas, pusing, dan hipotensi (Alomedika, 2023; INAJOG, 2020).

Kebutuhan 4 kantong PRC mengindikasikan kehilangan darah yang masif, setara dengan penurunan Hb sekitar 4 g/dL pada tubuh dewasa standar karena setiap kantong PRC diperkirakan meningkatkan Hb sebesar $\pm 1 \text{ g/dL}$ (Keslan Kemenkes, 2024). Pemberian transfusi secara bertahap dan terpantau merupakan praktik yang dianjurkan untuk meminimalkan risiko TACO (Transfusion-Associated Circulatory Overload) pada pasien dengan fungsi kardiovaskular yang perlu dipantau (Hellosehat, 2024; Perawat.org, 2024). Perbaikan tanda vital yang progresif dari hari ke hari mengkonfirmasi bahwa respons transfusi pada Ny. Y berjalan dengan baik.

4.4.3 Pemberian Uterotonika dan Antibiotik

Metilergometrin $3 \times 0,125 \text{ mg}$ per oral diberikan sebagai uterotonika untuk mempertahankan dan meningkatkan tonus uterus pascakuretase. Pemberian ini konsisten dengan rekomendasi Ethical Digest (2019) dan Kemenkes RI (2020) yang menganjurkan metilergometrin maleat sebagai uterotonika oral pascakuretase selama minimal 5 hari. Kontraksi uterus yang dinilai baik pada observasi lanjutan (5 dan 6 April) menunjukkan efektivitas terapi uterotonika ini.

Cefadroxil 2×500 mg per oral diberikan sebagai antibiotik profilaksis untuk mencegah infeksi pascatindakan kuretase. Penggunaan antibiotik ini sesuai teori bahwa pada abortus lanjut dengan tindakan kuretase, risiko infeksi endometrium lebih tinggi sehingga antibiotik profilaksis direkomendasikan (Alomedika, 2023; Kemenkes RI, 2020). Asam mefenamat 3×500 mg per oral diberikan sebagai analgesik untuk mengatasi nyeri pascakuretase, yang pada tanggal 5 April sudah tidak dikeluhkan pasien—menandakan perbaikan kondisi.

4.4.4 Pemberian Suplemen dan Nutrisi

Sulfas Ferosus (SF) 2×1 tablet dan Zinc 1×20 mg diberikan sebagai terapi suportif untuk membantu pemulihan kadar Hb. Pemberian zat besi oral merupakan komponen penting dalam tata laksana anemia akibat perdarahan, sejalan dengan panduan Kemenkes RI (2020) yang menekankan pentingnya koreksi anemia secara komprehensif—tidak hanya melalui transfusi, tetapi juga dengan suplementasi besi dan asupan nutrisi yang adekuat. Edukasi nutrisi yang diberikan kepada Ny. Y (meningkatkan konsumsi sayuran hijau, protein, dan cairan) merupakan intervensi non-farmakologis yang mendukung pemulihan dan memberdayakan pasien untuk aktif dalam proses penyembuhannya.

4.4.5 Mobilisasi Bertahap

Anjuran mobilisasi bertahap dimulai sejak tanggal 4 April merupakan tindakan yang tepat. Mobilisasi dini pada pasien pascakuretase bertujuan mencegah komplikasi imobilisasi seperti trombosis vena dalam (deep vein thrombosis) dan atelektasis paru, serta mempercepat pemulihan fungsi

gastrointestinal dan psikologis (Kemenkes RI, 2020; Alves et al., 2020).

Pada tanggal 6 April, Ny. Y sudah tidak mengeluhkan keluhan apapun dan diperbolehkan pulang pukul 11.15 WIB, menandakan kondisi yang stabil.

4.4.6 Edukasi dan KIE

Konseling kesehatan yang diberikan kepada Ny. Y mencakup tanda bahaya perdarahan pascakuretase dan jadwal kontrol. Edukasi tentang tanda bahaya—seperti perdarahan aktif lebih dari 2 pembalut/jam, demam, nyeri perut memberat, atau pusing berat—sangat penting untuk memungkinkan deteksi dini komplikasi pascapulang (Kemenkes RI, 2020). Edukasi kontrasepsi juga relevan mengingat kehamilan Ny. Y tidak direncanakan. Pemberian konseling KB yang tepat dapat mencegah kejadian abortus berulang di masa mendatang, sesuai dengan tujuan pelayanan kebidanan komprehensif (WHO, 2022)

4.4.7 TABEL PERBEDAAN (KESENJANGAN)

No	Aspek Pembahasan	Tinjauan Teori	Kasus Nyata (Ny. Y)	Kesesuaian / Kesenjangan
1	Keluhan Utama (Data Subjektif)	Anemia akut menimbulkan gejala lemah, lesu, pusing, pandangan berkunang-kunang, dan takikardia (Prawirohardjo, 2014).	Ny. Y mengeluhkan lemas dan pusing pasca kuretase.	Tidak ada kesenjangan. Keluhan Ny. Y sesuai dengan manifestasi klinis anemia akibat perdarahan akut menurut teori.
2	Usia Kehamilan saat Abortus	Abortus lanjut (late miscarriage) terjadi pada usia kehamilan 13–20 minggu. Pada usia ini plasenta lebih tebal dan melekat kuat, sehingga risiko perdarahan masif lebih tinggi (Bocahindonesia.com, 2025; Prawirohardjo, 2014).	Usia kehamilan Ny. Y adalah 19–20 minggu (HPHT 16 November 2025), termasuk kategori abortus lanjut.	Tidak ada kesenjangan. Kasus sesuai dengan definisi dan karakteristik abortus lanjut dalam teori.

No	Aspek Pembahasan	Tinjauan Teori	Kasus Nyata (Ny. Y)	Kesesuaian / Kesenjangan
3	Kadar Hemoglobin & Klasifikasi Anemia	Anemia sedang: Hb 7–8,9 g/dL. Anemia berat: Hb < 7 g/dL (WHO / Keslan Kemenkes, 2024). Penurunan Hb akut lebih berbahaya karena tubuh belum sempat melakukan kompensasi fisiologis.	Kadar Hb Ny. Y saat pengkajian awal adalah 7,4 g/dL → masuk kategori anemia sedang.	Tidak ada kesenjangan. Nilai Hb kasus sesuai dengan klasifikasi anemia sedang menurut WHO.
4	Tanda Vital Awal – Tekanan Darah	Hipotensi (TD < 90/60 mmHg), takikardia (nadi > 100 x/menit), dan akral dingin merupakan tanda syok hipovolemik akibat perdarahan masif (Ngene & Moodley, 2022).	TD Ny. Y saat pengkajian awal: 60/70 mmHg (hipotensi berat); nadi 97 x/menit; respirasi 25 x/menit.	Terdapat kesesuaian: kondisi Ny. Y menggambarkan syok hipovolemik sesuai teori. Nadi 97 x/menit belum melebihi 100 x/menit namun dalam batas kritis dan menunjukkan kompensasi

No	Aspek Pembahasan	Tinjauan Teori	Kasus Nyata (Ny. Y)	Kesesuaian / Kesenjangan
				aktif.
5	Perdarahan Pervaginam	Perdarahan dianggap masif bila mengisi > 2 pembalut besar dalam 1 jam atau berlangsung > 2 jam pasca tindakan (Alomedika, 2023).	Perdarahan berupa darah merah segar mengisi 2 pempers penuh saat pengkajian.	Tidak ada kesenjangan. Jumlah perdarahan Ny. Y memenuhi kriteria perdarahan masif yang memerlukan penanganan segera.
6	Involusi Uterus (Tinggi Fundus Uteri)	Kontraksi uterus yang adekuat pasca kuretase penting untuk menutup pembuluh darah dan menghentikan perdarahan. TFU seharusnya mengalami penurunan bertahap (involusi normal) (Prawirohardjo, 2014; Alomedika, 2023).	TFU 4 April: 2 jari bawah pusat → 5 April: 1 jari atas simfisis → 6 April: 1 jari atas simfisis. Kontraksi uterus dinilai baik pada observasi lanjutan.	Tidak ada kesenjangan. Involusi uterus Ny. Y berjalan baik sesuai teori, menandakan respons positif terhadap uterotonika.

No	Aspek Pembahasan	Tinjauan Teori	Kasus Nyata (Ny. Y)	Kesesuaian / Kesenjangan
7	Indikasi & Pemberian Transfusi PRC	Transfusi PRC diindikasikan bila Hb < 8 g/dL disertai gejala klinis anemia pada kasus obstetri. Setiap kantong PRC meningkatkan Hb $\pm$ 1 g/dL (Alomedika, 2023; Keslan Kemenkes, 2024).	Ny. Y menerima 4 kantong PRC secara bertahap: labu ke-1 (4 April), labu ke-2 dan ke-3 (5 April), labu ke-4 (6 April).	Tidak ada kesenjangan. Indikasi dan pelaksanaan transfusi sesuai panduan. Pemberian bertahap meminimalkan risiko TACO.
8	Pemberian Uterotonika	Metilergometrin maleat 0,2 mg 3×1 tablet/hari selama 5 hari direkomendasikan pasca kuretase untuk mempertahankan kontraksi uterus (Ethical Digest, 2019; Kemenkes RI, 2020).	Ny. Y diberikan metilergometrin 3×0,125 mg per oral.	Terdapat perbedaan dosis: teori menganjurkan 3×0,2 mg, namun pada kasus diberikan 3×0,125 mg. Hal ini dapat terjadi karena penyesuaian klinis berdasarkan kondisi dan toleransi pasien. Efektivitas tetap terbukti dari

No	Aspek Pembahasan	Tinjauan Teori	Kasus Nyata (Ny. Y)	Kesesuaian / Kesenjangan
				kontraksi uterus yang baik.
9	Pemberian Antibiotik Profilaksis	Amoksisilin 500 mg 3×1/hari atau sefalosporin generasi pertama selama 5–7 hari untuk mencegah endometritis pasca kuretase (Alomedika, 2023; Kemenkes RI, 2020).	Ny. Y diberikan cefadroxil 2×500 mg per oral.	Tidak ada kesenjangan secara substansi. Cefadroxil adalah sefalosporin generasi pertama yang sesuai dengan rekomendasi teori, meskipun frekuensi 2×/hari berbeda dari 3×/hari pada amoksisilin.
10	Suplementasi Besi &	Sulfas ferosus 60 mg/hari atau fero fumarat 3×1 tablet/hari selama ≥ 2 minggu diberikan setelah	Ny. Y mendapatkan Sulfas Ferosus (SF) 2×1 tablet dan Zinc	Tidak ada kesenjangan. Pemberian SF sesuai teori.

No	Aspek Pembahasan	Tinjauan Teori	Kasus Nyata (Ny. Y)	Kesesuaian / Kesenjangan
	Pemulihan Anemia	kondisi stabil untuk mengisi cadangan besi (Kemenkes RI, 2020; Prawirohardjo, 2014).	1×20 mg per oral.	Penambahan Zinc merupakan terapi suportif tambahan yang mendukung pemulihan imunitas dan penyembuhan jaringan.
11	Pemantauan Tanda Vital Pasca Kuretase	Tanda vital dipantau setiap 15–30 menit pada 2 jam pertama, kemudian setiap jam selama 24 jam pasca kuretase (Kemenkes RI, 2020; Alomedika, 2023).	Observasi tanda vital dilakukan berkesinambungan dari tanggal 4–6 April 2026. Terdapat perbaikan TD dari 60/70 mmHg → 90/70 mmHg → 100/70 mmHg.	Tidak ada kesenjangan. Pemantauan intensif dilakukan sesuai rekomendasi teori dan menunjukkan perbaikan klinis yang progresif.

No	Aspek Pembahasan	Tinjauan Teori	Kasus Nyata (Ny. Y)	Kesesuaian / Kesenjangan
12	Mobilisasi Dini	Mobilisasi dini dianjurkan untuk mencegah DVT, atelektasis paru, dan mempercepat pemulihan fungsi gastrointestinal dan psikologis (Kemenkes RI, 2020; Alves et al., 2020).	Anjuran mobilisasi bertahap diberikan sejak tanggal 4 April 2026. Pada 6 April, Ny. Y sudah tidak memiliki keluhan dan diperbolehkan pulang.	Tidak ada kesenjangan. Mobilisasi dini diterapkan sesuai teori dan berkontribusi pada pemulihan klinis yang baik.
13	Edukasi Pasca Kuretase	Edukasi mencakup: tanda bahaya perdarahan, perawatan genitalia, pemulihan haid (4–6 minggu), kontrasepsi, dukungan psikologis, dan nutrisi tinggi protein & zat besi (Alomedika, 2023; Kemenkes RI, 2020).	Edukasi yang diberikan kepada Ny. Y mencakup tanda bahaya perdarahan, jadwal kontrol, edukasi KB, dan nutrisi (sayuran hijau, protein, cairan).	Terdapat sedikit kesenjangan: edukasi psikologis spesifik terkait duka cita pasca abortus tidak tercatat secara eksplisit dalam dokumentasi, meskipun teori menekankan pentingnya

No	Aspek	Tinjauan Teori	Kasus Nyata (Ny. Y)	Kesesuaian / Kesenjangan
.	Pembahasan			
				dukungan emosional.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. Y usia 29 tahun P1A1 1 hari pascakuretase abortus lanjut usia kehamilan 19–20 minggu dengan perdarahan dan transfusi darah di Ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut tanggal 3–6 April 2026, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian data subjektif menemukan keluhan utama lemas dan pusing yang merupakan manifestasi klinis anemia akibat perdarahan akut pascakuretase abortus lanjut. Faktor risiko utama adalah usia kehamilan 19–20 minggu (abortus lanjut) di mana plasenta sudah terbentuk sempurna dan melekat kuat pada dinding uterus, meningkatkan risiko perdarahan masif secara signifikan. Kondisi psikososial (kehamilan tidak direncanakan dan kecemasan ibu) juga menjadi temuan penting yang perlu dikelola secara holistik.
2. Pengkajian data objektif menunjukkan kondisi kritis pada awal perawatan berupa tekanan darah 70/60 mmHg (hipotensi), nadi 110x/menit (takikardia), konjungtiva sedikit pucat, dan perdarahan aktif 2 pempers penuh, disertai Hb 7,4 g/dL (anemia sedang). Terdapat perbaikan progresif yang bermakna selama 3 hari perawatan: tekanan darah meningkat hingga 100/70 mmHg, nadi normal 88x/menit, dan pasien tidak lagi mengeluhkan

keluhan apapun pada hari ketiga, mencerminkan keberhasilan asuhan kebidanan yang diberikan.

3. Analisis (diagnosis kebidanan) yang ditegakkan adalah Ny. Y usia 29 tahun P1A1 dengan perdarahan post kuretase diagnosis yang tepat, mencerminkan kondisi klinis aktual pasien dan menjadi landasan perencanaan asuhan yang komprehensif

4. Penatalaksanaan asuhan kebidanan dilakukan secara komprehensif dan sudah sesuai dengan standar asuhan kebidanan yang berlaku, mencakup: pemantauan tanda vital secara ketat, observasi perdarahan, pemberian transfusi darah 4 kantong PRC secara bertahap, uterotonika (metilergometrin), antibiotik profilaksis (cefadroxil), analgesik (asam mefenamat), suplementasi (SF dan zinc), mobilisasi bertahap, serta edukasi tanda bahaya dan kontrasepsi. Perbaikan klinis yang progresif mengkonfirmasi efektivitas tatalaksana ini.

5. Pendokumentasian asuhan kebidanan dilakukan menggunakan metode SOAP secara sistematis dan berkesinambungan selama 3 hari perawatan (4–6 April 2026), yang memudahkan monitoring perkembangan kondisi pasien dan kesinambungan asuhan antar shift petugas.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, penulis mengajukan beberapa saran sebagai

5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan kebidanan dapat terus mengintegrasikan pengelolaan kasus kegawatdaruratan maternal—khususnya perdarahan pascakuretase abortus lanjut beserta manajemen transfusi darah—ke dalam kurikulum praktik klinik. Studi kasus seperti ini dapat dijadikan bahan pembelajaran berbasis kasus (case-based learning) yang efektif untuk mempersiapkan mahasiswa menghadapi situasi klinis nyata di lapangan, sesuai rekomendasi pendidikan kebidanan berbasis kompetensi (Kemenkes RI, 2020).

5.2.2 Bagi RSUD dr. Slamet Garut

Diharapkan RSUD dr. Slamet Garut sebagai rumah sakit rujukan utama di Kabupaten Garut dapat terus meningkatkan mutu pelayanan pada kasus perdarahan obstetri, antara lain dengan: (1) memastikan ketersediaan bank darah yang memadai untuk mengantisipasi kebutuhan transfusi masif; (2) melakukan audit klinis secara berkala pada kasus perdarahan pascakuretase untuk mengidentifikasi area perbaikan; dan (3) meningkatkan kapasitas komunikasi antara tenaga kesehatan dalam pendokumentasian SOAP agar asuhan yang berkesinambungan dapat terjamin kualitasnya (Khaerani, Susiarno & Adnani, 2024).

5.2.3 Bagi Tenaga Kesehatan (Bidan)

Bidan yang bertugas di unit rawat inap, khususnya yang menangani kasus pascakuretase, diharapkan: (1) meningkatkan kewaspadaan dan kemampuan deteksi dini tanda syok hipovolemik (hipotensi, takikardia, pucat, akral dingin) yang merupakan tanda kegawatan utama perdarahan masif; (2) memperbarui pengetahuan tentang manajemen transfusi darah

secara berkala, termasuk pemantauan reaksi transfusi; (3) mengoptimalkan konseling kontrasepsi pascakuretase pada setiap pasien untuk mencegah kehamilan tidak direncanakan yang berulang (WHO, 2022; INAJOG, 2020).

5.2.4 Bagi Pasien dan Keluarga

Ny. Y dan keluarga diharapkan: (1) rutin melakukan kontrol pascakuretase sesuai jadwal yang telah ditetapkan dan segera ke fasilitas kesehatan apabila muncul tanda bahaya seperti perdarahan aktif lebih dari 2 pembalut per jam, demam, atau nyeri perut memberat; (2) mengonsumsi obat-obatan yang diresepkan (SF, metilergometrin, cefadroxil) secara teratur hingga habis untuk mendukung pemulihan dan mencegah infeksi; (3) mendiskusikan pilihan metode kontrasepsi yang sesuai bersama bidan atau dokter agar kehamilan berikutnya dapat direncanakan dengan baik; dan (4) meningkatkan asupan nutrisi—terutama sumber zat besi seperti daging merah, ikan, sayuran hijau, dan kacang-kacangan—untuk mempercepat pemulihan kadar hemoglobin (Kemenkes RI, 2020).

5.2.5 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian tentang faktor-faktor risiko perdarahan masif pada abortus lanjut di Kabupaten Garut—wilayah dengan angka kematian ibu yang masih tinggi—menggunakan desain penelitian yang lebih kuat (kohort atau kasus kontrol) guna menghasilkan bukti ilmiah yang dapat dijadikan dasar kebijakan kesehatan ibu di tingkat daerah (Octaviani et al., 2019; Khaerani, Susiarno & Adnani, 2024).

DAFTAR FUSTAKA

- Alomedika. (2023). Epidemiologi abortus. Diakses dari <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/abortus/epidemiologi>
- Alomedika. (2023). Penatalaksanaan abortus. Diakses dari <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/abortus/penatalaksanaan>
- Alomedika. (2023). Prognosis abortus. Diakses dari <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/abortus/prognosis>
- Alves, A. L. L., Francisco, A. A., Osanan, G. C., & Vieira, L. B. (2020). Postpartum hemorrhage: Prevention, diagnosis and non-surgical management. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42(11), 752–759. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721882>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2022). Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2022. Garut: Dinas Kesehatan Kabupaten Garut.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2022). Analisis Audit Kematian Maternal dan Perinatal Provinsi Jawa Barat Tahun 2021. Bandung: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Ethical Digest. (2019). Penatalaksanaan abortus. Diakses dari <https://ethicaldigest.com/2019/09/15/penatalaksanaan-abortion2/>

- Galenical: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh. (2023). Abortus inkomplit. Galenical, 2(2), 85–91. <https://ojs.unimal.ac.id/galenical/article/view/8711>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pedoman Nasional Asuhan Pasca Keguguran yang Komprehensif. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2022. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Data jumlah kematian ibu di Indonesia periode 2019–2024. Diakses dari <https://databoks.katadata.co.id/en/consumer-services/statistics/68edcb16bd98f/number-of-maternal-deaths-in-indonesia-2019-2024>
- Khaerani, I. N., Susiarno, H., & Adnani, Q. E. S. (2024). Analisis faktor risiko pada ibu dan pelayanan kesehatan reproduksi terhadap kematian maternal di Kabupaten Garut. Media Informasi, 20(1), 45–51. <https://doi.org/10.37160/mijournal.v20i1.240>
- Ngene, N. C., & Moodley, J. (2022). Post-abortion complications: A narrative review for emergency clinicians. Western Journal of Emergency Medicine, 23(6), 918–928. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9683756/>
- Octaviani, D. A., Husin, F., Wirakusumah, F. F., Susiarno, H., Sukandar, H., & Susandi, D. (2019). Analisis penyebab kematian maternal di Kabupaten Garut. Jurnal Kebidanan, 9(1), 1–10. <https://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jurkeb/article/view/3953>

Prawirohardjo, S. (2014). Ilmu Kebidanan (Edisi ke-4). Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Profil Kesehatan Indonesia. (2020). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Diakses dari <https://layanandata.kemkes.go.id/file/profil-kesehatan/2023/bab-5.pdf>

World Health Organization. (2023). Maternal mortality: Key facts. Geneva: WHO. Diakses dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Alomedika. (2023). Abortus – patofisiologi, diagnosis, penatalaksanaan. Diakses dari <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/abortus>

Alomedika. (2023). Etiologi abortus. Diakses dari <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/abortus/etiologi>

Alomedika. (2023). Penatalaksanaan abortus. Diakses dari <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/abortus/penatalaksanaan>

Alomedika. (2023). Prognosis abortus. Diakses dari <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/abortus/prognosis>

Alomedika. (2025). Penatalaksanaan perdarahan postpartum. Diakses dari <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/perdarahan-postpartum/penatalaksanaan>

- Alodokter. (2025). Kenali macam-macam abortus yang bisa terjadi selama kehamilan. Diakses dari <https://www.alodokter.com/kenali-macam-macam-abortus-yang-bisa-terjadi-selama-kehamilan>
- Alves, A. L. L., Francisco, A. A., Osanan, G. C., & Vieira, L. B. (2020). Postpartum hemorrhage: Prevention, diagnosis and non-surgical management. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42(11), 752–759. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721882>
- Bocahindonesia.com. (2025). Types of miscarriage: Causes, symptoms, diagnosis, and treatment options. Diakses dari <https://bocahindonesia.com/en/types-of-miscarriage-that-can-occur/>
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2022). Analisis Audit Kematian Maternal dan Perinatal Provinsi Jawa Barat Tahun 2021. Bandung: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Ethical Digest. (2019). Penatalaksanaan abortus. Diakses dari <https://ethicaldigest.com/2019/09/15/penatalaksanaan-abortus2/>
- Hellosehat. (2024). Transfusi darah: Indikasi, prosedur, dan efek samping. Diakses dari <https://hellosehat.com/kelainan-darah/transfusi-darah/>
- Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology (INAJOG). (2020). Blood transfusion in obstetric cases. *INAJOG*, 8(2). Diakses dari <https://inajog.com/index.php/journal/article/view/1376>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pedoman Nasional Asuhan Pasca Keguguran yang Komprehensif. Jakarta: Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2022. Jakarta: Kemenkes RI.

Kesehatan Lanjutan Kemenkes RI (Keslan). (2024). Transfusi darah pada pasien anemia. Diakses dari https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/3725/tranfusi-darah-pada-pasien-anemia-dengan-kemoterapi

Khaerani, I. N., Susiarno, H., & Adnani, Q. E. S. (2024). Analisis faktor risiko pada ibu dan pelayanan kesehatan reproduksi terhadap kematian maternal di Kabupaten Garut. *Media Informasi*, 20(1), 45–51. <https://doi.org/10.37160/mijournal.v20i1.240>

Ngene, N. C., & Moodley, J. (2022). Post-abortion complications: A narrative review for emergency clinicians. *Western Journal of Emergency Medicine*, 23(6), 918–928. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9683756/>

Nugroho, T. (2012). *Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Octaviani, D. A., Husin, F., Wirakusumah, F. F., Susiarno, H., Sukandar, H., & Susandi, D. (2019). Analisis penyebab kematian maternal di Kabupaten Garut. *Jurnal Kebidanan*, 9(1), 1–10. <https://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jurkeb/article/view/3953>

Perawat.org. (2024). SOP transfusi darah. Diakses dari <https://perawat.org/sop-transfusi-darah/>

Prawirohardjo, S. (2014). *Ilmu Kebidanan (Edisi ke-4)*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Repository Universitas Muhammadiyah Surabaya. (2020). BAB 2 Tinjauan pustaka abortus inkompletus. Diakses dari https://repository.um-surabaya.ac.id/1249/3/BAB_II.pdf

World Health Organization. (2023). Maternal mortality: Key facts. Diakses dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Yuliani, L., Adyas, A., & Rahayu, D. (2023). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian abortus. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES*, 13(3), 1107–1116.

LEMBAR BIMBINGAN LTA

Nama Mahasiswa : PUTRI APRILIA
 NIM : KHGB23045
 Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS PADA NY.Y
 USIA 29 TAHUN P1A1 1 HARI POST
 KURETASE DENGAN PERDARAHAN DI
 RSUD Dr.SLAMET GARUT
 Nama Pembimbing : Bdn. Ernawati, SST., M.Kes
 NIK : 042039.0512.108

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Putri Aprilia

Nama Pembimbing :

NIM : KHGB23045

NIDN :

Judul KTI :

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Selasa 28 - April - 2026	JUDUL	ACC Judul	Putri	Bdn. Ernawati
2.	Rabu 29 - 04 - 2026	BAB I	Revisi BAB I	Putri	Bdn. Ernawati
3.	Kamis 30 - 04 - 2026	BAB III dan Revisi BAB I	Revisi BAB III, I	Putri	Bdn. Ernawati
4.	Kamis 02 - 05 - 2026	BAB III I, II	Revisi BAB I	Putri	Bdn. Ernawati
5.	Jum. at 08 - 05 - 2026	BAB I, II, III IV, V	Konsul BAB IV - 5, revisi BAB I-III dan tambahan SOP	Putri	Bdn. Ernawati
6.	Kamis 21 - 05 - 2026	BAB I, II, III IV, V	Tambahkan BAB II dan Tambahkan di BAB IV Pembahasan	Putri	Bdn. Ernawati
7.	Rabu 10 - 06 - 2026		Perbaiki penulisan dan tambahkan materi	Putri	Bdn. Ernawati

RIWAYAT HIDUP



Nama : PUTRI APRILIA
 TTL : Garut, 06 April 2004
 No. Hp : 085794347831
 Alamat : Kp. Bebedahan , Ds Ciburuy, Kec.
 Bayongbong
 Email : Apriliaputri1406@gmail.com
 Moto : *"Dalam setiap kegagalan, kekuatan mental kita yang tengah diuji. Sebaliknya, dalam kesuksesan, kerendahan hati kitalah yang tengah diuji."*

Riwayat Pendidikan

2012-2018 : SDN 02 CIBURUY
 2018-2021 : SMPN 1 BAYONGBONG
 2021-2023 : SMAN 11 GARUT