

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. P USIA 30 TAHUN GIP0A0 USIA
KEHAMILAN 39 MINGGU DENGAN PLASENTA PREVIA
DI RUMAH SAKIT ST.ELISABETH MEDAN
TAHUN 2017**

STUDI KASUS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir
Pendidikan Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**



Disusun Oleh:

**TRI GUSTI PARDEDE
022015066**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEBIDANAN NY. P UMUR 30 TAHUN, G₁P₀A₀ USIA
KEHAMILAN 39 MINGGU DENGAN PLASENTA PREVIA
DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2018**

Studi Kasus

Diajukan Oleh

TRIGUSTI PARDEDE

022015066

**Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada Program
Studi Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Oleh :

Pembimbing : Risda Mariana Manik, S.ST.,M.KM

Tanggal : 18 Mei 2018

Tanda Tangan :



Mengetahui

**Ketua program studi D3 Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan**



Anita veronika , S.SiT, M.KM



**PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**

Tanda Pengesahan

Nama : Trigusti Pardede
NIM : 022015066
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ny. P Usia 30 Tahun G₁P₀A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu Dengan Plasenta Previa Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Sebagai Persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
Pada Rabu, 23 Mei 2018 Dan Dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI:

TANDA TANGAN

Penguji I : Anita Veronika, S.SiT., M.KM

Penguji II : Merlina Sinabariba, S.ST., M.Kes

Penguji III : Risda Mariana Manik, S.ST., M.K.M

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Kebidanan



Anita Veronika, S.SiT., M.KM

Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan



Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep

CURUCULUM VITAE



Nama : TrigustiPardede

Tempat / Tanggal Lahir : PagarJatiDusun 1 10 agustus 1996

JenisKelamin : Perempuan

Agama : Kristen Protestan

Alamat : PagarJatiDusun 1 LubukPakam

Pendidikan :

1. SD : SD N 1 101966 PagarJatiLubukPakam
2. SMP : SMPTrisaktiLubukPakam
3. SMA : SMA RK SerdangMurniLubukPakam
4. D3 : Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa

Elisabeth Medan Angkatan 2015



LEMBAR PERSEMBAHAN

Dengan segala puji dan syukur kepada tuhan yang Maha Esa dan atas dukungan dan do'a dari orang-orang tercinta, akhirnya Tugas Akhir ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya. Oleh karena itu, dengan rasa bangga dan bahagia saya kuaturkan rasa syukur dan terima kasih kepada Tuhan yang Maha Esa

Bapak dan Ibu saya, telah memberikan dukungan moril maupun materi serta doa yang tiada henti untuk kesuksesan saya, karena tiada kata seindah doa yang terucap dari orang tua. Ucapan terima kasih saja takkan pernah cukup untuk membalas kebaikan orang tua, karena itu terimalah persembahan bakti dan cinta ku untuk kalian bapak ibuku.

Bapak dan Dosen pembimbing, penguji dan pengajar, yang selama ini telah tulus dan ikhlas meluangkan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada ternilai harganya, agar saya menjadi lebih baik. Terimakasih banyak Bapak dan ibu Dosen, jasa kalian akan selaluh di hati.

Saudara saya (kakak dan Abang), yang senantiasa memberikan dukungan, semangat, senyum dan doanya untuk keberhasilan ini, cinta kalian adalah memberikan korban semangat yang luar biasa, terimakasih dan sayang ku untuk kalian.

Sahabat dan Jeman Tersayang, tanpa semangat, dukungan dan bantuan kalian semua tak kan mungkin aku sampai disini, terimakasih untuk canda tawa, tangis, dan perjuangan yang kita lewati bersama dan terimakasih untuk kenangan manis yang telah mungkin selama ini. Dengan perjuangan dan kebersamaan.

MOTTO :

Belajar dan bekerja dengan giat,
serta tidak lupa bersyukur,
tentu akan memberikan
hasil yang baik.



PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul **“AsuhanKebidanaNy. P Umur 30Tahun,G₁P₀A₀ UsiaKehamilan 39 MingguDenganPlasentaPrevia Di RumahSakit Santa ElisabethMedanTahun 2018** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini, saya siap menanggung resiko/sanksi yang di jatuhkan kepada saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan , Mei 2018

Yang Membuat Pernyataan

(TrigustiPardede)

**ASUHANKEBIDANAN Ny. P USIA 30TAHUN G₁P₀A₀USIA
KEHAMILAN 39 MINGGU DENGAN PLASENTAPREVIA
DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETHMEDAN
TAHUN 2018¹**

TrigustiPardede², Risda Mariana, Manik³

INTISARI

Latar belakang :Angka kematian ibu di seluruh dunia pada tahun 2015 sebanyak 303.000 jiwa. Setiap hari terjadi kematian ibu sebanyak 830 akibat kehamilan dan persalinan. Sekitar 99% angka kematian ibu terjadi di negara berkembang, sedangkan angka kematian ibu di negara maju sebesar 1%. Penanganan yang baik dari tenaga medis dalam penatalaksanaan selama dan setelah persalinan dapat menyelamatkan ibu dan bayi, sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Hal ini dibuktikan dengan terjadinya penurunan aki hingga 44% antara tahun 1990 sampai 2015 (WHO, 2015).

Tujuan : Untuk melakukan pengkajian Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan Varney.

Metode : Jenis penelitian adalah deskriptif, dengan metode studi kasus yang bertujuan untuk melihat perbedaan dan persamaan antara teori dan praktek tentang plasenta previa .

Hasil : Hasil asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. P Usia 30 tahun G₁P₀A₀ Usia kehamilan 39 minggu dengan plasenta previa diberikan sesuai dengan asuhan teori untuk penanganan ibu bersalin yang mengalami plasenta previa dan dalam pelaksanaan asuhan yang dilakukan penatalaksanaan sampai masalah teratasi.

Kata Kunci : Plasenta Previa

Referensi :5 Buku(2006-2010)

¹Jadwal penulisan studi kasus

²Mahasiswa Prodi D 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**ASUHANKEBIDANAN IBU BERSALINPADA Ny. P USIA 30 UMUR
G₁P₀A₀USIA KEHAMILAN 38MINGGU DENGAN PLASENTAPREVIA DI
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETHMEDAN**

TAHUN 2018¹

TRIGUSTI², Risda.M.Manik³

ABSTRAC

Background:*Maternal mortality worldwide in 2015 is 303,000. Every day there are 830 maternal deaths due to pregnancy and childbirth. Approximately 99% of maternal mortality rates occur in developing countries, while maternal mortality in developed countries is 1%. Good handling of medical personnel in management during and after childbirth can save both mother and baby, thus reducing maternal and infant mortality. This is evidenced by the occurrence of a decrease in battery up to 44% between 1990 to 2015 (WHO, 2015).*

Objectives:*To conduct midwife care assessments in maternity mothers using the Varney midwifery approach.*

Methods:*The type of research is descriptive, with case study methods that aim to see the differences and similarities between the theory and practice of placenta previa.*

Results:*The results of midwifery care given to Ny. P Age 30 years G₁P₀A₀ 39 weeks of gestational age with placenta previa administered in accordance with theoretical care for maternal care with placenta previa and in the implementation of care performed by management until the problem is resolved.*

Keywords: Placenta Previa

Reference: 5 Buku(2006-2010)

¹ Schedule of case study

² Math Student D 3 Obstetrics STIKes Santa Elisabeth Medan

³ Lecturer STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatnya dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Komprehensif ini yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Akhir Pada Ny. P G₁P₀A₀ Usia Kehamilan 39 Minggu, Kehamilan Dengan Plasenta Previa Di Rumah Sakit St.Elisabeth Medan Tahun 2018”**. Karya tulis ini di buat sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi Diploma 3 Kebidanan.

Penulis menyadari masih banyak kesalahan baik isi maupun susunan bahasanya dan masih jauh dari sempurna. Dengan hati terbuka dan lapang dada penulis mohon kiranya pada semua pihak agar dapat memberikan masukan dan saran yang bersifat membangun guna lebih menyempurnakan Laporan Tugas Akhir ini.

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan yang sangat berarti dari berbagai pihak, baik dalam bentuk moral, material, maupun spiritual. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih yang tulus kepada :

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., NS, M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM selaku Ketua Prodi Diploma 3 Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
3. Risda.Mariana.Manik, S.ST., M.K.M selaku dosen pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah banyak meluangkan waktu untuk penulis dalam membimbing dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Bernadetta Ambarita, S.ST., M.Kes selaku dosen Pembimbing Akademik selama tiga tahun kurang telah banyak memberi dukungan dan semangat serta motivasi selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
5. Kepada Ibu Anita Veronika. S.SiT., M.KM selaku Dosen Penguji I dan Ibu Merlina Sinabariba. S.ST., M.Kes selaku Dosen Penguji II yang telah memberikan arahan, bimbingan kepada penulis sehingga penulis dapat memperbaiki Laporan Tugas Akhir ini lebih baik lagi.
6. Para Staf Dosen pengajar program studi Diploma 3 Kebidanan dan pegawai yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan STIKes Santa Elisabeth Medan.
7. Tiorina Sinaga Amd.Keb, selaku pemimpin di ruangan Santa Elisabeth di Rumah Sakit santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melakukan pengakajian.
8. Kepada Ibu P yang bersedia menjadi pasien penulis dan telah bersedia membantu penulis dalam memberikan informasi sesuai yang dibutuhkan.

9. Sr. Flaviana Nainggolan, FSE dan Ida Tamba selaku ibu asrama yang dengan sabar membimbing dan menjaga penulis selama tinggal di asrama.
10. Ucapan Terima Kasih yang terdalam dan Rasa hormat kepada kedua orang tua saya, Ayaha tercinta Abdul Pardede, Ibunda Rumiris Panjaitan yang selalu mendampingi saya serta abang saya, dan kakak saya, yang selalu memberikan dukungan dan doa serta motivasi yang luar biasa kepada saya.
11. Seluruh teman-teman Prodi Diploma 3 Kebidanan Angkatan XV dan seluruh Mahasiswa Diploma 3 Kebidanan yang telah memberikan motivasi, semangat, membantu penulis serta berdedikasi dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Sebagai penutup akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis.

Medan, Mei 2018

Penulis

(Trigusti Pardede)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO.....	v
HALAMAN PERNYATAAN.....	vi
INTISARI.....	vii
ABSTRAC.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xiv

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	3
1.2.1 Tujuan Umum.....	3
1.2.2 Tujuan Khusus.....	3
1.3 Manfaat Studi Kasus	4
1.3.1 Manfaat Teoritis	4
1.3.2 Manfaat Praktis.....	4

BAB 2 TINJAUAN TEORI

2.1 Pengertian Plasenta Previa.....	6
2.2 Klasifikasi Plasenta Previa	8
2.3 Etiologi Plasenta Previa.....	12
2.4 Patofisiologi.....	13
2.5 Gejala Kliniks Plasenta Previa	15
2.6 Diagnosa	51
2.7 Komplikasi Plasenta Previa.....	54
2.8 Penatalaksanaan Plasenta Previa	59

BAB 3 STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus	29
B. Tempat dan waktu studi kasus	29
C. Subjek studi kasus.....	29
D. Metode pengumpulan data.....	29
E. Pengolahan Data	29

BAB 4 TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus	34
B. Pembahasan	56

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan	64
----------------------	----

5.2 Saran	66
-----------------	----

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

STI Kes Santa Elisabeth
Medan

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Visi pembangunan kesehatan yaitu menjadikan penduduk Indonesia hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia.

Sasaran pokok Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 adalah: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan.

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita.

Peningkatan kualitas kesehatan dimulai dari unit terkecil yaitu keluarga. Oleh karena itu, ukuran yang digunakan untuk mengetahui baik atau tidaknya pelayanan kesehatan dan kualitas kesehatan masyarakat adalah kesehatan ibu dan anak serta fasilitas keluarga berencana (Nasrul Effendi, Kesehatan Keperawatan, EGC, 1998).

Kehamilan merupakan masa dimulainya konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. (Prawirohardjo, 2008). Kehamilan sebagai keadaan fisiologis dapat diikuti proses patologis yang mengancam keadaan ibu dan janin. Tenaga kesehatan harus mampu mengenal perubahan yang mungkin terjadi sehingga kelainan yang terjadi dapat dideteksi secara dini. AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dll di setiap 100.000 kelahiran hidup.

Tingginya AKI di Indonesia dipengaruhi oleh beberapa hal yang lebih dikenal dengan istilah 4 terlalu dan 3 terlambat, yakni terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak, terlalu sering melahirkan, terlambat dalam mencapai fasilitas

kesehatan, terlambat mendapat pertolongan, serta terlambat mengenali tanda bahaya kehamilan dan persalinan.

Angka kematian ibu dan bayi merupakan tolak ukur dalam menilai kesehatan suatu bangsa. Oleh sebab itu, melalui pembuatan berbagai program kesehatan, pemerintah berupaya keras menurunkan angka kematian ibu dan bayi, contohnya adalah dengan upaya Gerakan Sayang Ibu, *Safe Motherhood*, dan penempatan bidan di berbagai desa. Pelaksanaan berbagai program kesehatan tersebut sangat membutuhkan sumber daya manusia yang kompeten agar dapat mencapai tujuannya, terutama bidan.

Menurut laporan WHO tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Amerika Serikat yaitu 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Angka kematian Ibu turun dari 4.999 tahun 2015 menjadi 4912 di tahun 2016 dan di tahun 2017 (semester I) sebanyak 1712 kasus. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan *post partum*. Penyebab ini dapat diminimalisir apabila kualitas *Antenatal Care* dilaksanakan dengan baik. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kondisi ibu hamil tidak sehat antara lain adalah penanganan komplikasi, anemia, ibu hamil yang menderita diabetes, hipertensi, malaria, dan empat terlalu (terlalu muda <20 tahun,

terlalu tua >35 tahun, terlalu dekat jaraknya 2 tahun dan terlalu banyak anaknya > 3 tahun).

Sebanyak 54,2 per 1000 perempuan dibawah usia 20 tahun telah melahirkan, sementara perempuan yang melahirkan usia di atas 40 tahun sebanyak 207 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini diperkuat oleh data yang menunjukkan masih adanya umur perkawinan pertama pada usia yang amat muda (<20 tahun) sebanyak 46,7% dari semua perempuan yang telah kawin kejadian plasenta previa didunia diperkirakan sekitar 0.52%.prevalensi plasenta previa tertinggi terdapat wilayah asia yaitu sekitar 1,22% sedangkan untuk wilayah eropa lebih rendah yaitu 0,36%.Amera utara 0,29% dan Sub-Sahara Afrika 0,27%, kejadian plasenta previa lebih sering terdapat pada multi gravidae dari pada primigravidae dari umur yang lanjut ,sebab dari plasenta previa terjadi lalu keadaan endometrium kurang baik misalnya karena atrofi endometrium bisa juga plasenta previa disebabkan implementasi telur yang rendah. keadaan misalnya terdapat pada multipara terutama kalau jarak antara kehamilan pendek pada myoma uteri (curettage yang berulang ulang).

Jumlah kasus kematian Bayi turun dari 33.278 di tahun 2015 menjadi 32.007 pada tahun 2016, dan di tahun 2017 di semester I sebanyak 10.294 kasus. Penyebab kematian pada kelompok perinatal disebabkan oleh Intra Uterine Fetal Death (IUFD) sebanyak 29,5% dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 11,2%, ini berarti faktor kondisi ibu sebelum dan selama kehamilan amat menentukan kondisi bayinya.

Sustainable Development Goals (SDGs) yang merupakan kelanjutan dari MDGs maka target Sistem Kesehatan Nasional pada tahun 2030 yaitu mengurangi Angka Kematian Ibu hingga dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000 kelahiran hidup.

Bidan berperan penting sebagai ujung tombak atau orang yang berada di garis terdepan karena merupakan tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan wanita sebagai sasaran program. Oleh sebab itu, bidan perlu senantiasa meningkatkan kompetensinya, salah satunya dengan meningkatkan pemahaman mengenai asuhan kebidanan mulai dari wanita hamil hingga nifas serta asuhan kebidanan untuk kessehatan bayi.

Tugas bidan dalam perannya menurunkan AKI dan AKB adalah memberikan asuhan kebidanan ANC, INC, PNC, Bayi Baru Lahir, dan KB serta bimbingan terhadap kelompok remaja, masa pra nikah, pertolongan persalinan, melakukan pergerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya-upaya kesehatan ibu dan anak. Oleh karena itu, mahasiswi ikut berperan serta dalam upaya menurunkan AKI dan AKB yaitu dengan memperdalam ilmu pengetahuan dan keterampilan salah satunya dengan magang atau praktek di BPM atau klinik guna mengasah dan melatih kemampuan dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkualitas dimasa kini dan masa yang akan datang (Saifuddin, 2010).

Sesuai dengan Visi Program Studi D 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan yaitu “Menghasilkan Tenaga Bidan yang Unggul dalam Pencegahan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal Berdasarkan Daya Kasih Kristus yang Menyembuhkan Sebagai Tanda Kehadiran Allah di Indonesia Tahun 2022”, maka untuk mengetahui tingkat kemampuan dan komunikasi mahasiswa setelah menempuh pendidikan selama enam semester perlu diadakan evaluasi dalam bentuk uji keterampilan di lahan praktek klinik dan rumah sakit Mahasiswa dituntut untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir .

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis melaksanakan Asuhan Kebidanan Patologi Pada Ny.P Usia 39 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 39 Minggu dengan Plasenta Previa Diruangan St. Elisabeth Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk memberikan asuhan kebidanan pada kehamilan Patologi yang di dokumentasikan melalui manajemen kebidanan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian pada ibu hami dengan Plasenta Previa lahir di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
- b. Mampu menginterpretasi data untuk menegakkan diagnosa pada ibu hamil Patologi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

- c. Mampu menetapkan masalah potensial dan mengantisipasi penanganan yang terjadi dalam masa kehamilan dengan Plasenta Previa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
- d. Mampu menentukan tindakan segera jika dibutuhkan pada Kehamilan Dengan Plasenta Previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
- e. Mampu merencanakan asuhan kebidanan yang diberikan pada Kehamilan Dengan Plasenta Previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
- f. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan kebutuhan ibu pada Kehamilan Dengan Plasenta Previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
- g. Mampu melakukan evaluasi hasil pada Kehamilan Dengan Plasenta Previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan pada Kehamilan Dengan Plasenta Previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dengan metode Manajemen Kebidanan

B. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Ada pun manfaat teoritis dari studi kasus tersebut yaitu untuk menambah wacana ilmu pengetahuan dan sebagai bahan referensi bagi penelitian selanjutnya Plasenta Previa.

2. Manfaat Praktis

- a. Institusi Program Studi D 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

b. Sebagai bahan bacaan, masukan informasi yang dapat dipakai sebagai bahan penelitian, bahan ajar untuk meningkatkan pendidikan kebidanan.

2. Mengaplikasikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan plasenta previa

Menambah Wawasan mahasiswa-mahasiswi Khususnya Program Studi D 3 Kebidanan terutama yang berkaitan dengan asuhan kebidanan pada ibu hamil pada kehamilan Dengan Plasenta Previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

c. Institusi Kesehatan

Sebagai referensi bahan bacaan dan evaluasi bagi lahan praktek untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang lebih baik dalam memberikan asuhan kebidanan terutama pada ibu hamil Dengan Plasenta Previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan manajemen asuhan kebidanan 7 langkah Helen Varney.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Pengertian kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan adalah pertumbuhan perkembangan janin intrauteri mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba,1998) Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. lamanya kehamilan normal adalah 280 hari(40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari pertama haid.

Suatu proses kehamilan akan terjadi bila ada 4 aspek penting berikut ini terpenuhi yaitu:

- 1) Adanya ovum atau sel telur. Ovum adalah suatu sel besar dengan diameter 0,01 mili meter.
- 2) Adanya spermatozoa yang berbentuk seperti kecebong.Spermatozoa terbagi atas 3 bagian yaitu kepala, leher dan ekor.
- 3) Terjadi konsepsi atau fertilisasi, yang merupakan suatu peristiwa penting, dimana berbentuknya sperma dan ovum dan pada umumnya bertemu diampulla tuba.
- 4) Adanya peristiwa nidasi, yaitu terbenamnya blastokist pada desidua.

2. Lama Kehamilan

Lama Kehamilan yaitu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari)

dihitung dari Hari pertama Haid Terakhir (HPHT)

Kehamilan di bagi atas 3 triwulan:

- 1) Kehamilan triwulan I antara 0-12 minggu
- 2) Kehamilan triwulan II antara 12-28 minggu
- 3) Kehamilan triwulan III antara 28-40 minggu

3. Tanda Dan Gejala Kehamilan

a. Tanda-Tanda Presumit/duga hamil

1. Amenorhea (tidak dapat haid)
2. Mual dan muntah (nausea dan Vomitting)
3. Mengidam adalah Keinginan wanita hamil untuk makan makanan atau minuman tertentu terutama pada bulan-bulan pertama hamil
4. Sinkope (pingsan)
5. Mammae tegang dan besar akibat pengaruh estrogen-proges
6. Sering miksi (BAK)
7. Konstipasi
8. Pigmentasi Kulit
9. Varises (penampakan pembuluh vena)

b. Tanda-Tanda mungkin/ tidak pasti

1. Rahim membesar sesuai dengan tuanya kehamilan
2. Pada Pemeriksaan dijumpai:
3. Tanda Hegar
4. Tanda Chadwicks
5. Tanda Piskasek

6 Kontraksi Braxton Hicks

7 Teraba Ballotement

8 Pemeriksaan tes fisiologis kehamilan positif

c. Tanda-tanda pasti/positif

1. Teraba bagian-bagian janin dan terasa gerakan janin oleh pemeriksaan.

2. Terdegar bunyi jantung janin

3. Pada pemeriksaan dengan sinar Rontgen tampak rangka janin

4. Dengan pemeriksaan USG diketahui keadaan janin.

10. PERUBAHAN FISOLOGIS KEHAMILAN

a. Uterus

Uterus bertambah besar dari yang beratnya 30 gram menjadi 100 gram dengan ukuran panjang 32 cm, lebar 24 cm dan ukuran muka belakang 22 cm .

Pembesaran ini disebabkan oleh hipertrofi otot-otot rahim. Pada bulan-bulan pertama pertumbuhan aktif karena memang dinding rahim menjadi tebal disebabkan pengaruh hormone estrogen pada otot-otot rahim

Pengertian plasenta adalah massa yang bulat dan datar permukaan maternal plasenta berwarna antara kebiruan dan kemerahan, serta tersusun dari lobus-lobus. Pada plasenta bagian maternal inilah terjadi pertukaran ini berlangsung tanpa terjadi percampuran antara darah maternal dan darah janin. Permukaan plasenta pada fetal memiliki karakteristik halus, berwarna putih, mengkilap, dan pada permukaannya dapat dilihat cabang vena dan arteri umbilikal. Dua selaput ketuban yang melapisi permukaan fetal adalah korion dan amnion, yang memanjang sampai ujung bagian luar kantong yang berisi janin dan cairan amnion.

Tali pusat membentang dari umbilicus janin sampai ke permukaan fetal plasenta umumnya memiliki panjang sekitar 56 cm. Tali pusat ini mengandung tiga pembuluh darah: kord janin menuju plasenta dan satu vena yang mengandung oksigen menuju janin.

Pemisahan plasenta ditimbulkan dan retraksi miometrium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil sehingga plasenta mulai memisahkan diri dari dinding uterus karena plasenta tidak elastis seperti uterus dan tidak dapat berkontraksi.

Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta yang sebagai berikut:

1. Metode Schulz
2. Metode Matthews Duncan

Fase Pengeluaran Plasenta adalah sebagai berikut

1.Kustner

dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada atau diatas simpisis,tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti plasenta sudah lepas ,tetapi bila diam atau maju berarti plasenta sudah lepas.

2.Klein

sewaktu ada his, rahim didorong sedikit,bila tali pusat kembali berarti plasenta belum lepas,tetapi bila diam turun berarti plasenta sudah lepas.

3..STRASSMAN

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus,bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tetapi bila tidak bergetar plasenta sudah lepas .Normalnya, pelepasan plasenta ini berkisar $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ jam sesudah bayi lahir, namun bila terjadi banyak perdarahan atau bila pada persalinan sebelumnya da riwayat perdarahan postpartum, maka tidak boleh menunggu, sebaliknya plasenta dikeluarkan dengan tangan .selain itu, bila perdarahan sudah lebih dari 500 cc atau satu nierbeken,sebaliknya plasentalangsungdikeluarkan.

Tanda-Tanda Pelepasan plasenta adalah sebagai berikut

1. Perubahan bentuk dan tinggi fundus
2. Tali pusat Memanjang
3. Semburan darah tiba tiba dan singkat

Tanyakan posisi plasenta pada dokter disaat kehamilan masuk trimester kedua, saat janin berusia 16-17 minggu .Normslnya ,pososisi plasenta berada didinding depan ,belakangan atau puncak rahim. Sedangkan letak yang tidak normal biasanya mendekati mulut rahim (plasenta letak rendah) dan menutupi sebagian maupun total mulut rahim (plasenta previa)

Bentuk normal dari plasenta adalah berbentuk bundar atau hampir bundar/ceper dengan diameter 15-20 cm dan tebal 1,5-3 cm dan beratnya kurang dari 500 gram atau 20% dari berat badan janin (Sarwono, 1991). Tali pusat berhubungan dengan plasenta biasanya ditengah (insersio sentralis). bila hubungannya agak pingir (insersio lateralis) dan bila dipinggir plasenta (insersio marginlis). kadang-kadang tali pusat berada diluar plasenta dan hubungan dengan plasenta melalui janin,jika demikian disebut insersio velmentosa. fungsi plasenta ialah mengusahakan janin tumbuh dengan baik untuk pertumbuhan adanya zat penyalur,asam amion ,vitamin dan mineral dari ibu kejanin dan pembuangan karbondioksida.

jadi fungsi plasenta dapat disimpulkan :

- a. Sebagai alat yang memberikan makanan pda janin
- b. Sebagai alat yang mengeluarkan bekas metabolisme
- c. Sebagai alat yang member zat asam dan mengeluarkan karbondioksida
- d. Sebagai alat pembentuk hormone
- e. Sebagai alat penyalur berbagai antibodi kejanin. lokasi plasenta dalam keadaan normal berada pada segmen atas uterus atau bagian fundus uteri(melekat pada dinding atas uterus)

Faktor predisposisi/Faktor Resiko.

- a. jumlah kehamilan sebelumnya (multiparitas)
- b. Usia ibu hamil (umur lanjut >35 tahun)
- c. operasi Caesar sebelumnya (yang dapat menyebabkan cacat atau jaringan perut pada endometrium)
- d. Kehamilan dengan janin lebih dari satu (seperti kembar dua atau kembar tiga)

Plasenta previa adalah plasenta yang ada didepan jalan lahir, (prae: didepan; vias: jalan). Jadi yang dimaksud adalah plasenta yang implantasinya tidak normal ialah rendah sekali hingga menutupi seluruh atau sebagian osium internum. Implantasi plasenta yang normal ialah pada dinding depan atau dinding belakang rahim didaerah fundus uteri. (Obsterti Patologi, Edisi 1984). Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh osium uteri internum Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya subnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi seluruh atau sebagian jalan lahir.

2.2 Klasifikasi Plasenta Previa

Plasenta previa dibagi kedalam tiga bagian yaitu:

1. Plasenta previa totalis: seluruh internum tertutup oleh plasenta.
2. Plasenta previa lateralis: hanya sebagian dari ostium tertutup oleh plasenta.

3. Plasenta previa marginalis: hanya pada pingir ostium terdapat jaringan plasenta. (Obstetri **Patologi**, Edisi 1984).

4. Plasenta letak rendah : berada pada segmen bawah rahim tumbuh dengan baik untuk pertumbuhan adanya zat penyalur, asam amino, vitamin dan mineral dari ibu ke janin dan pembuangan karbondioksida.

Jadi fungsi plasenta dapat disimpulkan :

- a. CXD Sebagai alat yang memberi makanan pada janin
- b. Sebagai alat yang mengeluarkan bekas metabolisme
- c. Sebagai alat yang memberi zat asam dan mengeluarkan karbondioksida
- d. Sebagai alat pembentuk hormon
- e. Sebagai alat penyalur berbagai antibodi ke janin

Lokasi plasenta dalam keadaan normal berada pada segmen atas uterus atau bagian fundus uteri (melekat pada dinding atas uterus). Sedangkan jika plasenta berimplantasi atau terbentuk pada segmen bawah uterus dan menutupi jalan lahir, dapat mengakibatkan perdarahan plasenta (Harry oxom, 1990).

Beberapa pengertian atau definisi dari plasenta previa dituliskan disini bertujuan agar bidan atau perawat kebidanan dapat lebih memahami tentang plasenta previa, antara lain:

- 1) Plasenta praevia/plasenta previa yang berasal dari kata “prae” yang berarti depan dan “vias” yang berarti plasenta didepan jalan lahir atau menutupi jalan lahir (sarwono, 1991).

- 2) Plasenta previa merupakan plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum (TM. Hanafiah, 2004).
- 3) Plasenta previa adalah plasenta yang berada didepan jalan lahir (prae = didepan, vias= jalan). Jadi yang dimaksud plasenta previa adalah plasenta yang implantasinya tidak normal sehingga menutupi seluruh atau sebagian jalan lahir (ostium uteri internum). (TM.Hanafiah,2004).
- 4) Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh ostium internum (saifudin AB,dkk,2006).
- 5) Plasenta previa adalah suatu kehamilan dimana plasenta berimplantasi abnormal pada segmen bawah rahim, menutupi atau tidak menutupi ostium uteri internum, sedangkan kehamilan tersebut sudah *viable* atau mampu hidup diluar rahim (usia kehamilan 22 minggu atau berat janin >500 gram), (Achadiat,2004).
- 6) Plasenta previa merupakan plasenta yang menempel dekat dengan atau menutupi mulut rahim.

2.2 Klasifikasi Plasenta Previa

Klasifikasi plasenta previa didasarkan atas terabanya jaringan plasenta melalui pembukaan jalan lahir pada waktu tertentu, karena klasifikasi tidak didasarkan pada keadaan anatomi melainkan pada keadaan fisiologis yang dapat berubah-ubah, maka klasifikasi ini dapat berubah setiap waktu misalnya pada pembukaan yang masih kecil, seluruh pembukaan yang masih kecil, seluruh pembukaan yang

lebih besar, keadaan ini akan menjadi plasenta previa lateralis. Ada juga penulis yang menganjurkan bahwa menegakkan diagnosa sewaktu “moment opname” yaitu saat penderita diperiksa. Secara umum dibagi menjadi empat bagian yaitu :

1. Plasenta previa totalis : dimana ostium uteri internum tertutup seluruh oleh plasenta.
2. Plasenta previa parsialis : dimana ostium uteri internum sebagian ditutupi oleh plasenta.
3. Plasenta previa marginalis : dimana bagian tepi dari plasenta berada dipinggir dari ostium uteri internum
4. Plasenta letak rendah : dimana plasenta berimplantasi pada segmen bawah rahim, tetapi tepi dari plasenta tidak mencapai ostium uteri internum, namun berada didekatnya.

a. Klasifikasi menurut De Snoo

Klasifikasi plasenta previa menurut De Snoo, berdasarkan pembukaan 4-5 cm dibagi menjadi dua, yaitu :

- 1) Plasenta previa sentralis (totalis), bila pada pembukaan 4-5 cm teraba plasenta menutupi seluruh ostium.
- 2) Plasenta previa lateralis, bila pada pembukaan 4-5 cm sebagian pembukaan ditutupi oleh plasenta, dapat dibagi menjadi :
 - a) Plasenta previa lateralis posterior, bila sebagian menutupi ostium bagian belakang
 - b) Plasenta previa lateralis anterior, bila sebagian menutupi ostium bagian belakang

c) Plasenta previa lateralis marginalis, bila sebagian kecil atau hanya pinggir ostium yang ditutupi plasenta.

b. Klasifikasi menurut Browne

Klasifikasi plasenta previa menurut browne yaitu :

- 1) Tingkat 1 = lateral plasenta previa, pinggir bawah plasenta berinsersi sampai ke segmen bawah rahim, namun tidak sampai ke pinggir pembukaan.
- 2) Tingkat 2 = marginal plasenta previa. Plasenta mencapai pinggir pembukaan.
- 3) Tingkat 3 = complete plasenta previa. Plasenta menutupi ostium waktu tertutup, dan tidak menutupi ostium waktu tertutup, dan tidak menutupi bila pembukaan hampir lengkap.
- 4) Lengkap 4 = central plasenta previa. Plasenta menutupi seluruhnya pada pembukaan hampir lengkap.

c. Ada juga literatur yang membagi plasenta previa dengan menggunakan pembagian grade I sampai grade IV, namun pada dasarnya pembagian tersebut tidaklah berbeda jauh.

Tabel . 2.1 pembagian plasenta previa

Grade	Deskripsi
I	Plasenta berada pada segmen bawah rahim tetapi tepi terbawah tidak mencapai ostium uteri internum
II	Tepi terbawah dari plasenta letak rendah mencapai ostium uteri internum tetapi tidak menutupinya.
III	Plasenta menutupi ostium uteri internum tetapi asimteris.

IV	Plasenta menutupi ostium uteri internum secara simetris.
----	--

Tingkatan dari plasenta previa ini tergantung dari besarnya ukuran dilatasi serviks pada saat pemeriksaan. Sebagai contoh plasenta letak rendah pada pembukaan 2 cm dapat menjadi plasenta previa parsialis pada pembukaan servis 8 cm karena dilatasi serviks telah mencapai plasenta. Kebalikannya, plasenta previa yang tampaknya menutupi seluruh ostium uteri internum pada saat belum terjadi dilatasi, akan menjadi plasenta previa parsialis pada pembukaan 4 cm karena dilatasi serviks melebihi tepi dari plasenta.

Pada keadaan ini, baik plasenta previa totalis ataupun plasenta previa totalis ataupun plasenta previa parsialis akan terjadi pelepasan sebagian plasenta yang tak dapat dihindari, sebagai akibat dari pembentukan segmen bawah rahim dan dilatasi serviks. Pelepasan ini akan menyebabkan terjadinya perdarahan yang akan kita temui sebagai perdarahan ante partum.

d. Menurut penulis buku-buku amerika serikat

1. Plasenta previa totalis; bila seluruh ostium(jalan lahir) ditutupi oleh plasenta
2. Plasenta previa partialis ; apabila hanya sebagian ostium(jalan lahir) tertutup oleh plasenta
3. Plasenta previa marginalis ; apabila pinggir bawah plasenta sampai pada pinggir ostium uteri internum.

4. Plasenta letak rendah, pinggir plasenta berada 3-4 cm diatas pinggir pembukaan. Pada periksa dalam tidak teraba.

2.3 Etiologi Plasenta Previa

Penyebab utama terjadinya plasenta previa belum diketahui. Tetapi terdapat beberapa faktor resiko yang menyebabkan meningkatnya seorang ibu atau wanita hamil berkesempatan mengalami plasenta previa, yaitu :

- a. Jumlah kehamilan sebelumnya (multiparitas). Plasenta previa terjadi pada 1 dari 1500 wanita baru pertama kali hamil. Pada wanita yang pertama kali hamil atau lebih, maka resiko terjadinya plasenta previa adalah 1 diantara 20 kehamilan.
- b. Usia ibu hamil (umur lanjut >35 tahun). Diantara wanita-wanita yang berusia kurang dari 19 tahun, hanya 1 dari 1500 yang mengalami plasenta previa. Pada wanita yang berusia lebih dari 35 tahun, 1 dari 100 wanita hamil akan mengalami plasenta previa
- c. Operasi caesar sebelumnya (yang dapat menyebabkan cacat atau jaringan parut pada endometrium). Pada ibu atau wanita yang pernah menjalani operasi caesar sebelumnya, maka sekitar 4 dari 100 wanita tersebut akan mengalami plasenta previa. Resiko akan semakin meningkat setelah mengalami 4 kali atau lebih operasi caesar. (Pada ibu atau wanita yang pernah 4 kali atau lebih menjalani operasi caesar, maka 1 dari 10 ibu atau wanita tersebut akan mengalami plasenta previa).

- d. Kehamilan dengan janin lebih dari satu (Seperti kembar dua atau kembar tiga) dengan plasenta besar.
- e. Riwayat tindakan medis yang dilakukan pada uterus, seperti dilatase dan kuretase atau aborsi medisinalis.
- f. Defect vaskularisasi desidua yang kemungkinan terjadi akibat perubahan atropik dan inflamatorik
- g. Chorion leave persistent
- h. Chorus luteum bereaksi lambat dimana endometrium belum siap menerima hasil konsepsi
- i. Konsepsi dan nidasi terlambat
- j. Merokok sigaret, menyebabkan menurunkan kadar oksigen yang beredar dalam tubuh, sehingga merangsang pertumbuhan plasenta yang besar. Plasenta yang besar dihubungkan dengan perkembangan plasenta previa.
- k. Kokain dan penggunaan obat-obat bius
- l. Riwayat plasenta previa sebelumnya.

2.4 Patofisiologi

Perdarahan antepartum akibat plasenta previa terjadi sejak kehamilan 10 minggu saat segmen bawah uterus membentuk dari mulai melebar serta menipis, umumnya terjadi pada trimester ke -3 (tiga) karena segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan pelebaran segmen bawah dan pembukaan serviks yang menyebabkan sinus uterus robek karena lepasnya plasenta dari dinding uterus karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Pendarahan tidak dapat

dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi pada plasenta letak normal (Mansjoer,2006).

Perdarahan antepartum yang disebabkan plasenta previa umumnya terjadi pada triwulan ketiga karena pada saat itu segmen bawah uterus lebih mengalami perubahan berkaitan dengan semakin tuanya kehamilan. Implantasi disebabkan oleh :

- a. Endometrium difundus uteri belum siap menerima implantasi
- b. Endometrium yang tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi janin
- c. Villi korealis pada korion leave yang persisten

Penyebab utama perdarahan trimester ketiga plasenta previa memiliki tanda yang khas , yaitu pendarahan tanpa rasa sakit. Pendarahan diperkirakan terjadi dalam hubungan dengan perkembangan segmen bawah uterus pada trimester ketiga.

Dengan bertambah tuanya kehamilan, segmen bawah uterus akan lebih melebar lagi, dan servis mulai membuka. Apabila plasenta tumbuh pada segmen bawah uterus, pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks tidak dapat diikuti oleh plasenta yang melekat disitu tanpa terlepasnya sebahagian plasenta dari dinding uterus. Pada saat itu mulailah terjadi perdarahan. Darahnya berwarna merah segar berlainan dengan darah yang disebabkan solusio plasenta yang berwarna kehitam-hitaman. Sumber perdarahannya ialah sinus uterus yang terobek karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Perdarahannya tak dapat dihindarkan karena

ketidakmampuan serabut otot uterus menghentikan perdarahan itu, tidak sebagaimana serabut otot uterus menghentikan perdarahan pada kala III dengan plasenta yang letaknya normal. Makin rendah letak plasenta, makin dini perdarahan terjadi. Oleh karena itu, perdarahan pada plasenta previa totalis akan terjadi lebih dini daripada plasenta letak rendah yang mungkin baru berdarah setelah persalinan mulai.

2.5 Gejala Klinis plasenta Previa

- a) Gejala utama plasenta previa adalah perdarahan tanpa sebab, tanpa rasa nyeri dan biasanya berulang. Darah pervaginam biasanya berwarna merah segar. Darah berwarna merah terang pada umur kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga merupakan tanda utama plasenta previa. Perdarahan pertama biasanya tidak banyak sehingga tidak akan berakibat fatal, tetapi perdarahan berikutnya hampir selalu lebih banyak dari sebelumnya.
- b) Bagian terdepan janin tinggi (floating)/ belum memasuki pintu atas panggul (PAP). Sering dijumpai kelainan letak (sungsang atau lintang). Turunnya bagian terbawah janin ke dalam pintu atas panggul (PAP) akan terhalang, tidak jarang terjadi kelainan letak janin dalam rahim, dan dapat menimbulkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim.
- c) Pendarahan pertama (first bleeding) biasanya tidak banyak dan tidak fatal, kecuali bila dilakukan pemeriksaan dalam sebelumnya,

sehingga pasien sempat dikirimkan ke rumah sakit. Tetapi perdarahan berikutnya (recurrent bleeding) biasanya lebih banyak.

- d) Janin biasanya masih baik, namun dapat juga disertai gawat janin sampai kematian janin tergantung beratnya plasenta previa.
- e) Pada pemeriksaan jalan lahir, teraba jaringan plasenta (lunak).
- f) Pada ibu bergantung keadaan umum dan jumlah darah yang hilang, perdarahan yang sedikit demi sedikit atau dalam jumlah yang banyak dengan waktu yang singkat, dapat menimbulkan anemia sampai syok.

2.6 Diagnosa

Jika plasenta previa terdeteksi pada akhir tahun pertama atau trimester kedua, seringkali lokasi plasenta akan bergeser ketika rahim membesar. Ini dapat dilakukan pemeriksaan USG. Beberapa wanita mungkin bahkan tetap tidak terdiagnosis sampai persalinan, terutama dalam kasus-kasus plasenta previa sebagian.

a. Anamnesis

Pada anamnesis dapat dinyatakan beberapa hal yang berkaitan dengan perdarahan antepartum seperti umur kehamilan saat terjadinya perdarahan, apakah ada rasa nyeri, warna dan bentuk terjadinya perdarahan, frekuensi serta banyaknya perdarahan.

Perdarahan jalan lahir pada kehamilan setelah 22 minggu berlangsung tanpa rasa nyeri nyeri, tanpa alasan, terutama pada multigravida.

b. Pemeriksaan luar

1) Inspeksi

Dapat dilihat perdarahan yang keluar pervaginam: banyak atau sedikit, darah beku dan sebagainya. Jika telah berdarah banyak maka ibu kelihatan anemis.

2) Palpasi

Janin sering belum cukup bulan, jadi fundus uteri masih rendah, sering dijumpai kesalahan letak janin, bagian terbawah janin belum turun, apabila letak kepala, biasanya kepala masih goyang atau terapung (floating) atau mengolok diatas pintu atas panggul.

3) USG

Menegakkan diagnosa plasenta previa dapat pula dilakukan dengan pemeriksaan ultrasonografi. Penentuan letak plasenta dengan cara ini ternyata sangat tepat, tidak menimbulkan bahaya radiasi bagi ibu dan janinnya, dan tidak rasa nyeri.

USG abdomen selama trimester kedua menunjukkan penempatan plasenta previa. Transvaginal ultrasonografi dengan keakuratan dapat mencapai 100% identifikasi plasenta previa. Transvaginal ultrasonografi dengan keakuratan berkisar 95%.

Dengan USG dapat ditentukan implantasi plasenta atau jarak tepi plasenta terhadap ostium. Bila jarak tepi kurang dari 5 cm disebut plasenta letak rendah. Bila tidak dijumpai plasenta previa,

dilakukan pemeriksaan inspekulo untuk melihat sumber perdarahan lain.

4) Pemeriksaan inspekulo

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum atau dari kelainan serviks dan vagina. Apabila perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum, adanya plasenta previa harus dicurigai.

c. Penentuan letak plasenta secara langsung

Pemeriksaan dengan menentukan letak plasenta secara langsung baru dikerjakan bila fasilitas lain tidak ada dan dilakukan dalam keadaan siap operasi, maka disebut pemeriksaan dalam diatas meja operasi (PDMO); yaitu melakukan perabaan langsung melalui pembukaan serviks pada perdarahan yang sangat banyak dan pada ibu dengan anemia tidak dianjurkan melakukan PDMO sebagai upaya menentukan diagnosis (seafuddin,2001).

Pemeriksaan ini sangat berbahaya karena menimbulkan perdarahan yang banyak. Pemeriksaan dilakukan sebagai berikut:

- i. Perabaan forniks, mulai dari forniks posterior apa ada teraba tahanan lunak (bantalan) antara bagian terdepan janin dan jari pemeriksa.
- ii. Pemeriksaan melalui kanalis servikalis, caranya jari pemeriksa dimasukkan hati-hati kedalam ostium uteri internum untuk meraba adanya jaringan plasenta.

2.7 Komplikasi Plasenta Previa

Plasenta previa dapat menyebabkan berbagai komplikasi, baik bagi ibu maupun pada janin yang dikandungnya, yaitu :

- a. Perdarahan yang hebat dan syok sebelum atau selama persalinan, yang dapat mengancam kehidupan ibu dan janinnya.
- b. Persalinan prematur atau preterm (sebelum usia kehamilan 37 minggu) yang mana merupakan resiko terbesar bagi janin.
- c. Defect persalinan.

Defect persalinan terjadi 2,5 kali lebih sering pada kehamilan yang dipengaruhi oleh plasenta previa dari pada kehamilan yang tidak dipengaruhinya. Sampai saat ini penyebabnya tidak diketahui.

- d. Infeksi
- e. Laserasi serviks
- f. Plasenta akreta
- g. Plasenta tali pusat
- h. Prolaps plasenta

Plasenta previa dapat menghambat perkembangan janin. Meskipun beberapa penelitian sering menemukan masalah pertumbuhan janin pada plasenta previa, beberapa penelitian lainnya tidak menemukan perbedaan antara bayi-bayi pada kelainan ini dengan bayi-bayi dari kehamilan normal.

Komplikasi yang terjadi pada ibu (trias komplikasi) yaitu :

- Infeksi karena anemia
- Robekan implantasi plasenta dibagian belakang segmen bawah rahim(dangerous placenta previa).
- Terjadi ruptura uteri karena susunan jaringan rapuh dan sulit diketahui.

Komplikasi janin (trias komplikasi) yaitu :

- Prematuritas dengan morbiditas dan mortalitas tinggi
- Mudah infeksi karena anemia disertai daya tahan rendah
- Asfiksia intrauterin sampai kematian.

2.8 Penatalaksanaan Plasenta Previa

2.8.1 Penatalaksanaan Medis

Semua pasien atau ibu dengan perdarahan pervaginam pada kehamilan trimester ke -3 , harus dirawat dirumah sakit tanpa periksa dalam (touche vagina). Bila pasien dalam keadaan syok karena perdarahan yang banyak, harus segera dilakukan perbaikan keadaan umumnya dengan pemberian infus atau transfusi darah.

Untuk itu dalam melakukan rujukan pasien dengan plasenta previa, bidan seharusnya mengambil sikap yang memperhatikan hal-hal berikut ini:

- a. Sebelum dirujuk, anjurkan pasien untuk tirah baring total dengan menghadap kekiri, tidak melakukan senggama, menghindari

peningkatan tekanan rongga perut (misal: batuk, mendedan karena sulit buang air besar).

- b. Pemasangan infus untuk mengimbangi perdarahan
- c. Sedapat mungkin diantar oleh petugas
- d. Dilengkapi dengan keterangan secukupnya
- e. Dipersiapkan donor darah untuk transfusi darah.

Selanjutnya, penanganan / penatalaksanaan plasenta previa tergantung pada :

- 1) Keadaan umum pasien,kadar Hb
- 2) Jumlah perdarahan yang terjadi
- 3) Umur kehamilan/taksiran berat badan janin
- 4) Jenis/klasifikasi plasenta previa
- 5) Paritas dan kemajuan persalinan

Oleh karena itu, penatalaksanaan plasenta previa dibagi menjadi 2 bagian besar yaitu :

- 1) Konservatif /ekspektatif, yang artinya mempertahankan kehamilan sampai waktu tertentu. Yang bertujuan supaya janin terlahir tidak prematur, ibu dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servikalis. Upaya diagnosis dilakukan secara non-invasif. Pemantauan klinis dilakukan secara ketat dan baik.

Adapun kriteri dalam penanganan konservatif/ekspektatif yaitu :

- i. Jika usia kehamilan belum optimal/kurang dari 37 minggu
- ii. Perdarahan sedikit
- iii. Kehamilan masih dapat dipertahankan, karena perdarahan pertama pada umumnya tidak berat dan dapat berhenti dengan sendirinya
- iv. Belum ada tanda-tanda persalinan
- v. Keadaan janin sejahtera
- vi. Keadaan umum baik, kadar Hb 89% atau lebih
- vii. Rencana penanganan
- viii. Pasien harus dirawat dengan istirahat baringan total
- ix. Pemberian infus dan elektrolit
- x. Pemberian obat-obatan; untuk pematangan paru dan tokolitik
- xi. Pemeriksaan Hb,Ht,COT,Golongan darah
- xii. Pemeriksaan USG
- xiii. Awasi perdarahan terus menerus, tekanan darah(tensi), nadi dan denyut jantung janin
- xiv. Apabila ada tanda-tanda plasenta previa, tergantung keadaan,pasien ditawat sampai kehamilan 37 minggu, selanjutnya penanganan secara aktif (kecuali bila terjadi perdarahan ulang segera dilakukan SC/Seksio caesaria)

2) Penangan Aktif , yang berarti kehamilan tersebut harus segera diakhiri.

Adapun kriteria dalam penanganan aktif yaitu :

- i. Usia kehamilan (masa gestasi) > 37 minggu, berat badan janin >2500 gram
- ii. Perdarahan banyak 500 cc atau lebih
- iii. Ada tanda-tanda persalinan
- iv. Ada tanda-tanda gawat janin
- v. Keadaan umum ibu tidak baik, ibu anemi, Hb 8,0 %

2.8.2 Penatalaksanaan Asuhan Ibu

- a. Tujuan dari penatalaksanaan asuhan pasien/ibu dengan presentasi previa ini, antara lain :

- 1) Mencegah dan mengurangi timbulnya perdarahan
- 2) Mencegah terjadinya infeksi
- 3) Mempertahankan kesejahteraan janin dan bayi lahir sehat
- 4) Memperbaiki keadaan umum
- 5) Menyampaikan secara verbal pemahaman atas kondisi pasien dan penatalaksanaan yang dilakukan
- 6) Mengidentifikasi dan menggunakan sistem pendukung yang tersedia
- 7) Melakukan pembatasan aktifitas yang dianjurkan
- 8) Tidak ada implikasi yang berhubungan dengan perdarahan
- 9) Kehamilan mencapai/mendeteksi

- b. Pengkajian

Wanita /ibu yang mengalami perdarahan pervaginam pada trimester ketiga memerlukan evaluasi yang bersifat emergensi/darurat. Bidan / perawat kebidanan perlu melakukan pengkajian riwayat perdarahan, yang meliputi

kehamilan, paritas dan gambaran perdarahan (berapa lama, kejadian yang menyebabkan perdarahan, estimasi jumlah perdarahan).

Pengkajian lain yang perlu dikumpulkan oleh bidan/perawat kebidanan adalah status umum wanita, perkiraan umur kehamilan, jumlah perdarahan, tanda-tanda vital dan status janin. Pemeriksaan laboratorium yang meliputi darah lengkap, hitung darah tepi, golongan darah, status Rh, profile koagulasi serta cross match (contoh darah).

c. Penatalaksanaan asuhan kebidanan dirumah sakit

1. Penatalaksanaan ekspektatif/yang diharapkan. Jika umur kehamilan kurang dari 36 minggu, tidak ada tanda-tanda persalinan, perdarahan sedikit atau berhenti, penatalaksanaan yang diharapkan adalah pengobatan yang umum (kolaborasi) untuk memberikan waktu pada janin menjadi matur.

Penatalaksanaan yang diharapkan terdiri dari :

- Istirahat atau observasi secara ketat. Ibu biasanya bedrest, walaupun ia mampu ke kamar mandi sendiri dan di batasi aktifitasnya. Bidan/perawat kebidanan mengkaji perdarahan dengan mengecek linen dan menimbang beratnya pembalut. Meskipun tidak teratur dilakukan, ini adalah merupakan cara yang tepat untuk mengkaji kehilangan darah, dimana 1 gram menunjukkan 1 ml darah.

- Pemeriksaan USG yang biasanya dilakukan setiap dua atau tiga minggu, pemeriksaan fetal/janin meliputi konstres test atau keadaan biofisik satu atau dua kali seminggu.
- Pemeriksaan laboratorium di evaluasi untuk mengetahui penurunan hemoglobin (Hb) dan level hematokrit (Ht). Dilakukan pemasangan infus atau pemberian heparin pada kasus perdarahan atau terapi komponen darah. Obat-obatan untuk meningkatkan maturitas fetal/janin diberikan jika kehamilan kurang dari 34 minggu. Tidak boleh melakukan pemeriksaan dalam, seperti pemeriksaan rektal, atau vaginal atau pemasangan alat pada vagina untuk bantuan pemeriksaan.
- Persiapan mental

Karena pasien/ibu dengan plasenta previa ada yang sehari-hari bahkan berminggu-minggu dirawat, maka seringkali pasien dan keluarganya menjadi gelisah. Dalam hal ini bidan/perawat kebidanan harus memberikan motivasi kepada pasien/ibu dan keluarga mengenai :

1. Mengapa terjadi perdarahan dan harus dirawat
2. Kalau terjadi perdarahan ulang atau perdarahan baru, apa yang akan dikerjakan oleh dokter

3. Apabila pasien/ibu menolak untuk dirawat, komplikasi apa yang akan terjadi
 4. Memberikan kekuatan mental pada pasien/ ibu dan keluarga dalam menghadapi ini.
- Jika usia kehamilan telah mencapai 37 minggu dan paru janin telah matur, persalinan seksio caesaria dijadwalkan
 - Selama dirawat dirumah sakit, pasien dengan plasenta previa mungkin selalu dipertimbangkan kemungkinan adanya keadaan emergensi/kegawatdaruratan karena perdarahan masih (terus menerus dan banyak) dengan akibat syok hipovolemik yang dapat terjadi segera. Hal ini membutuhkan persalinan sectio caesaria secara emergensi 24 jam atau 7 hari dalam seminggu.

2. Penatalaksanaan aktif

- Jika plasenta previa sudah didiagnosa, maka perencanaan penatalaksanaan didasarkan atas umur kehamilan, jumlah perdarahan dan kondisi janin.
- Jika umur kehamilan sudah aterm dan ibu dalam masa persalinan atau perdarahan terus menerus, maka persalinan secara seksio caesaria secepatnya harus dilakukan.
- Jika pasien dengan plasenta previa parsial atau marginal yang mengalami perdarahan minimal, persalinan melalui vagina dapat dilakukan.

- Jika dilakukan persalinan seksio caesaria bidan/perawat kebidanan secara terus menerus mengkaji keadaan ibu dan janin, sementara itu dipersiapkan untuk pembedahan yang diperhatikan yaitu : mintalah ijin operasi, persiapkan donor untuk sewaktu-waktu bila ada perdarahan berulang dan untuk stabilisasi dan pemulihan kondisi ibu, lakukan perawatan lanjut pasca bedah termasuk pemantauan perdarahan, infeksi dan keseimbangan cairan masuk-keluar.
- Tanda-tanda vital ibu dikaji secara teratur untuk mengetahui adanya penurunan tekanan darah, peningkatan nadi, perubahan kesadaran dan oliguri/urine sedikit. Pengkajian pada janin dipertahankan dengan monitoring fetal elektronik untuk mengkaji adanya tanda hipoksia.
- Perdarahan mungkin tidak berhenti dengan kelahiran bayi. Pelebaran pembuluh darah pada segmen bawah rahim mungkin akan terus menyebabkan perdarahan karena berkurangnya otot segmen bawah rahim. Mekanisme natural mengontrol perdarahan jika karakteristik otot uterus bagian atas terjalin dengan kuat, bukan traksi mengelilingi pembuluh darah terbuka. Hal ini tidak ada pada uterus bagian bawah. Perdarahan pasca partum mungkin akan terjadi meskipun kontraksi fundus kuat.

B.Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dengan 7 langkah Varney.

Asuhan kebidanan adalah proses pemecahan masalah dengan metode pemikiran dan tindakan dalam suatu urutan yang logis baik pasien maupun petugas kesehatan. Proses itu digambarkan dalam arti kata perilaku yang diharapkan dari klinis tersebut. Hal ini digambarkan dengan jelas bahwa proses berpikir dan bertindak yang terlibat, tetapi juga tingkat perilaku dalam setiap langkah yang akan dicapai dalam rangka memberikan asuhan/pelayanan yang aman dan menyeluruh (Sudarti, 2010)

Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengumpulan data dasar untuk mengumpulkan semua data yang diperlukan guna mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Data terdiri atas data subjektif dan data objektif. Data subjektif dapat diperoleh melalui anamnesa langsung, maupun meninjau catatan dokumentasi asuhan sebelumnya, dan data objektif didapatkan dari pemeriksaan langsung pada pasien. Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien

Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan diagnosis yang spesifik (sesuai dengan “nomenklatur standar diagnosa”) dan atau masalah yang menyertai. Dapat juga dirumuskan kebutuhan klien berdasarkan

interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Masalah dan diagnosis keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosis, tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa “kemungkinan wanita hamil”, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya.

Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh: seorang wanita yang hamil pertama kali, tetapi letak janinnya tidak normal (misalnya: bayi letak sungsang), yang harus diantisipasi adalah terhadap kemungkinan kelahiran bayi tersebut apabila ingin dilahirkan pervaginam, maka bidan harus dipertimbangkan besarnya janin dan ukuran panggul ibu, juga harus dapat mengantisipasi terjadinya persalinan macet (aftercoming head) pada waktu melahirkan kepala.

Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera.

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan.

Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, dan pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah

psikologis. Dengan perkataan lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya : memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan mengurangi waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ke-tujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang sesuai dengan masalah dan diagnosis klien, juga benar dalam pelaksanaannya. Disamping melakukan evaluasi terhadap hasil asuhan yang telah diberikan, bidan juga dapat melakukan evaluasi terhadap proses asuhan yang telah diberikan. Dengan harapan, hasil evaluasi proses sama dengan hasil evaluasi secara keseluruhan.

PENANGANAN

Setiap perempuan hamil yang mengalami perdarahan dalam trimester kedua atau trimester ketiga harus dirawat dalam rumah sakit. Pasien diminta istirahat baring dan dilakukan pemeriksaan darah lengkap termasuk golongan darah dan faktor Rh. Jika Rh negative RhoGam perlu diberikan pada pasien yang belum pernah mengalami sensitisasi. Jika kemungkinan ternyata perdarahan tidak banyak dan berhenti serta janin dalam keadaan sehat dan masih prematur dibolehkan pulang dilanjutkan dengan rawat rumah rawat jalan dengan syarat telah mendapat konsultasi yang cukup dengan pihak keluarga agar dengan segera kembali ke rumah sakit bila terjadi perdarahan ulang walaupun kelihatannya tidak mencemaskan.

BAB III

METODE STUDI KASUS

2.5 Jenis Studi Kasus

Jenis studi kasus yang digunakan pada laporan tugas akhir ini adalah dengan menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan oleh penulis melalui pendekatan manajemen kebidanan. Kasus yang diamati penulis dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah Ibu Hamil Ny. P Usia 30 Tahun G1P0 A0 Di Ruangan ST.Elisabeth Medan

2.5.1 Tempat Dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di ruangan St Elisabeth medan, Alasan saya mengambil kasus di ruangan st Elisabeth medan merupakan salah satu lahan praktik klinik yang dipilih oleh institusi sebagai lahan praktik. Waktu pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 28 Maret 2018 yaitu dimulai dari pengambilan kasus sampai dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir.

2.5.2 Subjek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini penulis mengambil Subjek yaitu Ny. P umur 30 tahun GI P0 A 0 di Ruangan ST Elisabeth Medan tahun 2018.

Alasan Saya mengambil Ny. P sebagai subyek karena Ny. P merupakan pasien dari Continuity of care penulis saat melakukan Praktik Klinik Kebidanan.

2.5.3 Metode

Pengumpulan Data

1. Metode

Metode yang dilakukan untuk asuhan kebidanan dalam studi kasus ini adalah asuhan ibu nifas dengan manajemen 7 langkah Helen Varney.

2. Jenis Data

a. Data primer

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan berurutan mulai dari kepala sampai kaki (head to toe) pada Ny.P Pada pemeriksaan di dapat keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TTV : TD 110/80 mmhg, T/P :36 °C/ 80 x/i, RR : 24 x/I, TFU 2 jari diatas pusat dan kontraksi uterus baik.

2. Wawancara

Pada kasus wawancara dilakukan secara langsung oleh pengkaji pada Ny.P suami dan keluarga.

3. Observasi

Observasi dilakukan secara langsung pada Ny. P Usia 30 Tahun G1 P0 A0 di Ruangan st.Elisabeth Medan yang berpedoman pada format asuhan kebidanan pada ibu hamil untuk mendapatkan data. Pada kasus ini observasi ditujukan pada TTV, kontraksi dan kandung kemih.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari:

- Dokumentasi pasien

Dalam pengambilan studi kasus ini menggunakan dokumentasi dari data yang ada di Klinik Bunda Tessa

- Catatan asuhan kebidanan

Catatan asuhan kebidanan dalam laporan tugas akhir ini menggunakan format asuhan kebidanan pada ibu hamil.

- Studi kepustakaan

Studi kasus kepustakaan diambil dari buku dan jurnal terbitan tahun 2008– 2017.

c. Etika Studi Kasus

- Membantu masyarakat untuk melihat secara kritis moralitas yang dihayati masyarakat
- Membantu kita untuk merumuskan pedoman etis yang lebih memadai dan norma-norma baru yang dibutuhkan karena adanya perubahan yang dinamis dalam tata kehidupan masyarakat.
- Dalam studi kasus lebih menunjuk pada prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan studi

BAB IV
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN
MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. P G1P0A0 USIA
KEHAMILAN 39 MINGGU PLASENTA PREVIA DIRUANGAN ST
ELISABETH MEDAN

Tanggal/jam pengkajian : 28-11-2017
 Tempat : Rs Medan
 Pengkaji : Trigusti

I. PENGUMPULAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu	: Ny . P	Nama	: Tn. S
Umur	: 30 th	Umur	: 52 th
Agama	: Kristen protestan	Agama	: Kristen
Suku/Bangsa	: Batak/indonesia	Suku/Bangsa	: Batak
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Linggaraya	Alamat	: Linggaraya

2. Alasan Kunjungan :

Ingin Periksa kandungankarenakeluarflekhitamdari vagina
 gejaladaritanpanyeri

3. Keluhan utama :

Keluar flek dari vagina

4. Riwayat menstruasi

Menarche : 15 Tahun
 Siklus : 30 hari
 Teratur/tidak : Tidakada
 Lama hari : 5
 Banyak : ± 3 x ganti pembalut/hari
 Dismenorea/tidak : Tidakada

5. Riwayat kelahiran, persalinan dan nifas yang lalu :

Anak ke	Tgl lahir /Umur	UK	Jenis persalinan	Tempat persalinan	Pe nolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/BB/JK	keadaan	Keadaa n	Lakta si
H	A	M	I	L		I		N		I	

a. G 1 P0 A0
b. HPHT : 29-05-2017 HPL : 06-04-2018
c. UK : 39 minggu
d. Gerakan janin : 10 x sehari, Pergerakan janin pertama kali ...5.. bulan
e. Imunisasi Toxoid Tetanus : sebanyak 2 kali, yaitu :
 TT I : Tidak ada
 TT II : Tidak ada
f. Kecemasan : tidak ada
g. Tanda-tanda bahaya : keluar flek hitam divagina
h. Tanda-tanda persalinan : tidak ada

Jantung : tidak ada
Hipertensi : tidak ada
Diabetes Melitus : tidak ada
Malaria : tidak ada
Ginjal : tidak ada
Asma : tidak ada
Hepatitis : tidak ada
Riwayat operasi dinding abdomen SC : Tidak ada

Hipertensi : tidak ada
Diabetes mellitus : tidak ada
Asma : tidak ada
Lain-lain : ada/tidak riwayat kembar

Status perkawinan : sah
Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : senang
Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah : Kepala Keluarga
Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : RS
Tempat rujukan jika terjadi komplikasi : RS
Persiapan menjelang persalinan : Tabungan

- Pola makan dan minum

Frekuensi	:3 kali
Jenis	:nasi,lauk,sayur dan buah
Porsi:	: 1 porsi/hari

- Keluhan/pantangan : tidak ada
- Pola istirahat
 - Tidur siang : 2 jam
 - Tidur malam : 8 jam
- Pola eliminasi
 - BAK : 9 kali/hari, Warna : kuning jerami
 - BAB : 1 kali/hari, Konsistensi : lembek
- Personal hygiene
 - Mandi : 2 kali/hari
 - Ganti pakaian/pakaian dalam : 3 kali/hari
- Pola aktivitas
 - Pekerjaan sehari-hari : IRT
- Kebiasaan hidup
 - Merokok : tidak ada
 - Minum-minuman keras : tidak ada
 - Obat terlarang : tidak ada
 - Minum jamu : tidak ada

B.DATA OBJEKTIF

1. **Keadaan umum :** Sedang
2. **Tanda-tanda vital**
 - Tekanan darah : 110/80mmHg
 - Nadi : 80x/menit
 - Suhu : 36°C
 - RR : 24x/menit
3. **Pengukuran tinggi badan dan berat badan**
 - Berat badan : 54 kg
 - Kenaikan BB selama hamil 2.. kg
 - Tinggi badan : 145cm
 - LILA : 25cm

4.PEMERIKSAAN FISIK

- a. Postur tubuh : Lordosis
- b. Kepala
 - Muka : bersih Cloasma : tidak ada Oedema :
 - tidak ada
 - Mata : bersih Conjunctiva : (-) anemis Sclera : (-)
 - ikterik
 - Hidung : bersih Polip : tidak ada
 - Mulut/bibir: bersih TAK
- c. Leher : simetris Tidak Ada Kelainan
- d. Payudara :
 - Bentuk simetris : ya

Keadaan puting susu: menonjol

Aerola mammae : pigmentasi

Colostrum : ada

e. Perut

• Inspeksi : Simetris

• Palpasi

a. Leopold I: Teraba bagian terkecil janin (Ekstremitas kecil)

b. Leopold II: Teraba bagian terkecil janin bagian (Bokong), c. Leopold III
: Teraba bagian terbawah janin (Punggung)

d. Leopold IV : masuknya kepala di atas panggul

e. TBJ : 3255 gr

f. TFU : 28 cm

g. Kontraksi : baik

• Auskultasi

DJJ : 160 x /mnt

f. Ekstremitas

Atas : Tidak Ada Kelainan

Bawah : Tidak Ada Kelainan

g. Genitalia : Ada Kelainan

h. Anus : lubang anus ada

5. Pemeriksaan Panggul

Lingkar panggul : tidak dilakukan

Distansia cristarium : tidak dilakukan

Distarium spinarum : tidak dilakukan

Conjugata Bourdeloque : tidak dilakukan

6. Pemeriksaan dalam : tidak dilakukan

7. Pemeriksaan penunjang :

Hematologi : Hb : 12 gram %

USG (+)

dianjurkan oleh dokter herbet

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN

Diagnosa : Ny. P G1 P0 A0, usia 30 tahun, umur kehamilan 39 minggu dengan plasenta previa

DS : Ny. P mengatakan sudah 2 minggu ini mengalami pengeluaran flek hitam dari vagina nya tanpa nyeri

DO : K.U : Sedang

TTV : TD : 110/80 mmHg

P : 80x/menit
 T : 36°C
 RR : 24x/menit
 BB : 54 Kg
 TB : 145 cm
 LLA : 25 cm
 TFU : 28 cm
 Leopold I : Teraba bagian terkecil janin (Ekstremitas kecil)
 Leopold II : Teraba bagian terkecil janin bagian (bokong) ,
 Leopold III : Teraba seperti memanjang dan memapan
 (punggung)
 Leopold IV : masuknya kepal di atas panggul
 DJJ : 160 x/mnt
 Terlihat di pampers ibu banyak sekali flek yang keluar dari vagina
 ibu

Masalah : Flek flek yang keluar dari Vagina

Kebutuhan : a. Informasi tentang perubahan psikologis TM 3
 b. Kolaborasi dengan dokter Obgyn
 c. Iufd RL + Dexametason
 d. Threeway RL + Petidin
 e. Penkes Tentang bahaya kehamilan pada TM III
 f. hasil

USG

III . ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Bayi Lahir Premature

IV. TINDAKAN SGERA :

- Rawat Inap
- konsultasi atau dokter obgyn

V . INTERVENSI

No	Intervensi	Rasional
1	Beritahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaa yang dilakukan	Agar ibu dan keluarga mengetahui kondisi perkembang Ny. P
2	Berikan terapy sesuai anjuran dokter	Agar kondisi ibu dan janin segera membaik
3	Beritauhkan tentang bahaya plasenta previa dan hal-hal yang	Agar ibu dapat berjaga- jaga untuk kondisi janinnya

	harus diperhatikan	
4	Berikan dukungan emosional	Agar ibu semangat menjaga bayinya di rumah
5	Memberitahukan ibu tentang makanan yang bergizi	Agar kebutuhan nutrisi dan protein terpenuhi
6	Berikan posisi nyaman kepada Ny. P	Agar ibu nya Merasakan kenyamanan

VI. IMPLEMENTASE

Tanggal : 28-11-2017

Jam : 06:00

No	Jam	Implementasi
1	06:00	<p>Melakukan tindakan pemeriksaan fisik pada ibu hamil</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>K.U : Sedang</p> <p>TTV : TD : 110/70mmHg</p> <p>P : 82x/menit</p> <p>T : 36°C</p> <p>RR : 24x/menit</p> <p>BB : 54 Kg</p> <p>TB : 150 cm</p> <p>LLA : 25 cm</p> <p>TFU : 28 cm</p> <p>Leopold I : Teraba bagian terkecil janin (Ekstremitas kecil)</p> <p>Leopold II : Teraba bagian terkecil janin bagian (bokong)</p> <p>Leopold III : Teraba seperti memanjang dan memapan (punggung)</p>

		<p>Leopold IV : sudah masuk pntu atas panggul .</p> <p>DJJ : 146 x/mnt</p> <p>Terlihat di pampers ibu banyak sekali flek yang keluar dari vagina ibu</p> <p>Ev . Ibu dan Keluarga sudah mengetahui hasil pemeriksaan</p>
2	07:00	<p>Menginformasikan kepada keluarga atau ibu untuk Konsultasi kedokter Obgyn</p> <p>Memberikan therapy sesuai yang diorderkn oleh dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iufd RL + Dexametason 5tts/mnt - Inj. Xevotaxime /8jam - Vit B12 /8 jam <p>Ev. Ibu sudah mendapat therapy</p>
3	07:10	<p>Menganjurkan ibu untuk tetap istirahat berbaring ditempat tidur (menjalani bedrest) dan hanya boleh duduk apabila benar-benar diperlukan.</p> <p>Ev. Ibu berjanji akan mengikuti saran dari bidan</p>
4	07:15	<p>Memberitahukan ibu untuk beristirahat yang cukup atau tidak boleh stress .</p> <p>Ev . Ibu akan melakukan apa yang dianjurkan bidan</p>
5	07:30	<p>Menginformasikan ibu atau keluarga memantau gerakan bayi dan menghitung gerakan setiap 2-4 jam</p> <p>Ev. Ibu mengerti dan akan melakukannya</p>
6	07:40	<p>Memberitahukan keluarga atau ibu bahwa sewaktu-waktunya operasi bsa dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - observasi rutin perdarahan Djg minimal setiap 2-4 jam <p>Ev. Ibu tersenyum</p>

VII. EVALUASI

Tanggal : 28-11-2017

Jam : 06: 00

S : - Ny. P mengatakan ini kehamilan yang pertama

-Ny.P mengatakan sudah keluar flek selama 2 minggu

-Ny.P mengatakan khawatir dengan kondisi janinnya

O: K.U : Sedang

TTV : TD : 110/80mmHg

P : 80x/menit

T : 36°C

RR : 24x/menit

BB : 54 Kg

TB : 145 cm

LLA : 25 cm

TFU : 28 cm

Leopold I : Teraba bagian terkecil janin (Ekstremitas kecil)

Leopold II : Teraba bagian terkecil janin bagian (bokong)

Leopold III : Teraba seperti memanjang dan memapan (punggung)

Leopold IV : Sudah masuk pintu atas panggul

DJJ : 160 x/mnt

Terlihat di pampers ibu banyak sekali flek yang keluar dari vagina

ibu

Terpasang Iufd Threeaway RL + Dexametason dan RI-ecosol +

petidin

A: - Ny. P G1 P0 A0, usia 30 tahun, umur kehamilan 39 minggu dengan plasenta previa, Janin tunggal, hidup intra uterine, presentase kepala, PUKA, sudah masuk PAP, keadaan ibu dan janin dalam masalah .

P: - Pantau TTV

- Pantau flek

- Kolaborasi dengan dokter tentang therapy

- Rawat Inap

-Lanjutkan Intervensi Keperawatan

2.6 Pembahasan

Pada bab ini, penulis akan menjelaskan kesenjangan-kesenjangan yang ada dengan cara membandingkan antara teori dan praktek yang ada di lapangan yang mana kesenjangan tersebut menurut langkah-langkah dalam manajemen kebidanan, yaitu pengkajian sampai dengan evaluasi. Pembahasan ini

dimaksudkan agar dapat diambil kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan yang ada sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang tepat, efektif, dan efisien, khususnya pada ibu hamil dengan plasenta previa.

2.6.1 Pengkajian

Pada pengumpulan data subyektif Ny. P, Saat dilakukan pemeriksaan data obyektif didapatkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dalam batas normal. Berdasarkan teori (Elisabeth, 2017) dalam pemeriksaan fisik dilakukan. Sedangkan dalam kenyataannya tidak dilakukannya karena tersedianya alat. Sehingga dalam hal ini ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

2.6.2 Interpretasi data

Dalam manajemen kebidanan, didalam interpretasi data terdapat diagnosa kebidanan, masalah, dan kebutuhan. Yang akan ditegakkakan berdasarkan hasil pengkajian yang telah diperoleh.

- a. Pada kasus Ny. P diagnosa kebidanan yang dapat ditegakkakan adalah:

Dalam teori disebutkan bahwa diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkakan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standart nomenklatur diagnosa kebidanan. Diagnose kebidanan ditulis secara lengkap berdasarkan anamnesa, data subyektif, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang Dalam kasus Ny. P diagnosa kebidanan ditegakkakan adalah Ny. P usia 30 tahun Plasenta previa diagnose tersebut ditegakkakan berdasarkan data subyektif

dan objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan, sehingga ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

b. Masalah

Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau sering menyertai diagnosa. Masalah yang mungkin timbul pada Pada kasus Ny. P mengatakan merasa cemas terhadap kondisi ibudengankehamilanplasentaprevia sehingga tidak ditemukan kesenjangan teori dan praktek

c. Kebutuhan

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Kebutuhan muncul setelah dilakukan pengkajian dimana ditemukan hal-hal yang membutuhkan asuhan, dalam hal ini klien tidak menyadari pada kasus Ny. P membutuhkankolaborasidengandokterobgyn ,memberikan infuse RL + Dexametason ,dipasangThreeway RL + Petidin ,pemberiantentangbahayakehamilannya pada TM III istirahat yang cukup. Dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek

2.6.3Diagnose potensial dan antisipasi penanganannya

Masalah yang mungkn terjadi pada Ny. P dengan kehamilanplasentaprevia Berdasarkan tinjauan teori dan tinjauan kasus

tidak terdapat kesenjangan karena mengidentifikasi masalah potensial berdasarkan diagnose atau masalah yang sudah diidentifikasi.

2.6.4 Kebutuhan terhadap tindakan segera

Dari yang dilakukan pemeriksaan Ny.p penulis tidak membutuhkan tindakan segera karena masalah yang ada pada pasien hanya bersifat mengancam kesehatan pasien. Sehingga penulis dapat mengatasi permasalahan yang ada pada pasien. Dalam langkah ini penulis tidak dapat menemukan adanya kesenjangan teori dari praktek.

2.6.5 Rencana tindakan

Rencana tindakan merupakan proses manajemen kebidanan yang memberikan arah pada kegiatan asuhan kebidanan, tahap ini meliputi prioritas masalah dan menentukan tujuan yang akan tercapai dalam merencanakan tindakan sesuai prioritas masalah. Pada tahap ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Dalam kasus ini, rencana asuhan disusun dengan standar asuhan sehingga pada tahap ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek, karena mahasiswa merencanakan tindakan sesuai dengan standar asuhan kebidanan ibu nifas serta adanya kerja sama yang baik antara pasien serta keluarga pasien

2.6.6 Implementasi

Pada langkah ini dilaksanakan rencana asuhan yang menyeluruh seperti yang telah diuraikan. Petugas memberikan penkes kepada Ny. P

secara bertahap sampai benar-benar mengerti akan maksud dari penkes yang telah dijelaskan petugas agar masalah yang dialami pasien tersebut tidak menimbulkan buruk bagi kesehatan. Dalam langkah ini tidak terjadi kesenjangan teori dan praktek.

2.6.7 Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara siklus dan dengan mengkaji aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui factor mana yang menguntungkan atau menghambat keberhasilan yang diberikan.

Setelah dilakukan implementasi secara bertahap dari intervensi yang sebelumnya sudah dibuat maka pada evaluasi akhir diharapkan masalah yang ada harus sudah teratasi.

- Ibu mengerti tentang kondisinya
- Ibu dan keluarga sudah mengetahui hasil pemeriksaan
- Ibu sudah mendapat terapi

Berdasarkan tinjauan kasus dan tinjauan teori tidak terdapat kesenjangan karena setelah dilakukan perawatan, asuhan yang diberikan pada Ny. P proses involusi berjalan normal, ibu tidak mengalami tanda flekhitamdivaginan dan panyeri.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan kebidanan ibu nifas terhadap Ny. P umur 30 Tahun G1 P0 A0 kehamilandenganplasentaprevia, Maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang mungkin dijadikan pertimbangan dalam pelayanan asuhan kebidanan sesuai dengan 7 langkah manajemen kebidanan.

1. Pengkajian

Dalam melakukan manajemen asuhan kebidanan masa nifas pada Ny. P denganPlasentaPrevia, penulis telah melakukan pengkajian dengan baik dan lancar, pengkajian tersebut didapatkan dari pengumpulan data yaitu dari data subjektif dan objektif pasien. Dari data subjektif didapatkan pasien bernama Ny. P umur 30 Tahun, keluhan ibu mengatakankeluarnya flek hitam divagina.

2. Interpretasi data dasar

Penulis telah melakukan interpretasi data dengan menentukan diagnosekebidanana yaitu asuhan kebidanan pada ibu nifas Ny. P umur 30 Tahun G1P0A0dengankemahilanplasentprevia

3. Antisipasi Masalah Potensial

Dalam kasus ini penulis menentukan diagnose potensial yaitu bendungan Asi

4. Tindakan Segera

Dalam kasusu ini penulis tidak melakukan tindakan segera, kolaborasi maupun rujukan.

5. Intervensi

Dalam kasus ini penulis telah memberikan rencana asuhan kebidanan pada ibu hamil pada Ny. P umur 30 Tahun G₁P₀A₀denganplasentaprevia

6. Implementasi

Dalam kasusu ini penulis telah melakukan asuhan kebidanan sesuai telah direncanakan yaitu melakukan tindakan pemberian infuse RL

7. Evaluasi

Dalam kasus ini penulis telah melaksanakan evaluasi pada kasusu Ny. P dengankehamilanplasentaprevia

B. Saran

Saran yang penulis berikan ditujukan langsung bagi Akademik, bagi Lahan Praktek Khususnya bidan dalam memerikan asuha, bagi penulis, bagi mahasiswa khususnya ibu hamildenganplasentaprevia.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dengan telah disusunnya Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat meningkatkan keefektifan dalam belajar pengetahuan, kemampuan dan keterampilan mahasiswa dalam mengaplikasikan studi yang telah didapatkan, serta unutm melengkapi sumber-sumber buku

kepustakaan sebagai bahan informasi dan referensi yang penting dalam mendukung pembuatan laporan tugas akhir.

2. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan pihak lahan praktek bisa lebih meningkatkan mutu pelayanan secara komprehensif berdasarkan kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan asuhan terutama pada ibu hamil.

3. Bagi ibu hamil, Keluarga dan Masyarakat

Diharapkan untuk lebih mengerti lagi khususnya pada ibu hamil dalam perawatan masa hamil, meningkatkan frekuensi kunjungan masa hamil untuk mendeteksi dini adanya tanda bahaya atau penyulit pada masa hamil, sehingga bila ada komplikasi dapat diatasi dengan segera.

4. Penulis

Diharapkan kepada yang melaksanakan Praktek Klinik dapat lebih mempersiapkan diri secara matang dalam pemberian konseling atau pendidikan kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. 1996. *Perdarahan Antepartum*. Departemen Kesehatan RI: Jakarta
- Depkes R.I. 2007. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta (2008)
- Prawirohardjo, S, 2014 *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Penerbit Buku Pustaka
- Prawirohardjo (2008) Nasrul Effendi, *Kesehatan Keperawatan*, EGC, 1998)
- Manuaba , IBG, ddk. (2010). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan KB*. Jakarta : EGC. Machfoedz, Ircham. (2008) *Ilmu Kebidanan* (Mansjoer, 2006)
- Ilmu Kebidanan Seafuddin, 2001 : jakarta
- Sondakh, Jenny. 2013. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Sudarti, Ria. 2010. *Dokumentasi kebidanan 7 langkah varney*. Jakarta: Trans Info Media
- Yantina, Yuli dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan Patologis*, Tangerang Selatan: Binarupa Aksara
- Yulianingish. 2017. *Asuhan Kegawatdaruratan Dalam Kebidanan*. Jakarta: TIM