

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PRE DAN POST SC PADA Ny.G USIA 36
TAHUN₅P₄A₀USIA KEHAMILAN 38 MINGGU4 HARI DENGAN
PLASENTA PREVIA DI RS SANTA ELISABETH
MEDAN TAHUN 2018**

STUDI KASUS

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



Disusun Oleh :

**RONAULINA SINAGA
022015057**

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

ASUHAN KEBIDANAN PRE DAN POST SC PADA Ny.G USIA 36 TAHUN
G₅P₄A₀ USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 4 HARI DENGAN
PLASENTA PREVIA DI RS SANTA ELISABETH
MEDAN TAHUN 2018

Studi Kasus

Diajukan Oleh :

Ronaulina Sinaga
NIM: 022015057

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

Oleh :

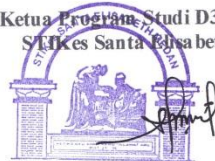
Pembimbing : Merlina Sinabariba, S.ST., M.Kes

Tanggal : 18 Mei 2018

Tanda Tangan : 

Mengetahui

Ketua Program Studi D3 Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan



Prodi D III Kebidanan
Anita Veronika, S.SiT., M.K.M



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

Tanda Pengesahan




Nama : Ronaulina Sinaga
NIM : 022015057
Judul : Asuhan Kebidanan Pre Dan Post SC Pada Ny.G Usia 36 Tahun
G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 hari Dengan Plasenta
Previa Di RS Santa Elisabeth Medan

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

1. Risda M. Manik, S.ST., M.K.M
2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM
3. Merlina Sinabariba, S.ST., M.Kes

Tanda Tangan



Anita Veronika, S.SiT., M.KM



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

CURICULUM VITAE



Nama : Ronaulina Sinaga
NIM : 022015057
Tempat/Tanggal Lahir : Ransangbosi, 23 Maret 1997
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Desa Buntumauli, Kec. Sitio-tio, Kab. Samosir

PENDIDIKAN

1. SD : SD N 15 Buntumauli (2003-2009)
2. SMP : SMP N 1 Palipi (2009-2012)
3. SMA : SMA N 1 Pangururan (2012-2015)
4. D3 : Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa

Elisabeth Medan Angkatan 2015- Sekarang

LEMBAR PERSEMBAHAN



Dalam setiap langkahku, aku berusaha mewujudkan harapan-harapan yang kalian impikan diriku, meski belum semua itu kuraih, atas dukungan doa dan restu semua mimpi itu kan terjawab di masa penuh kehangatan nanti. Kupersembahkan sebuah karya kecil ini untuk ayahanda dan ibundaku tercinta, yang tiada pernah hentinya selama ini memberiku semangat, doa, dorongan, nasehat dan kasih sayang serta pengorbanan yang tak tergantikan hingga aku selalu kuat menjalani setiap rintangan yang ada didepanku.

Untuk kakak ku Nora Tetty sinaga dan abang ku satu-satunya Marulak sinaga, terimakasih buat seluruh bantuan kakak dan abang, terimakasih karena selalu menyemangati dan selalu mendoakan yang terbaik buat ku. Terimalah bukti kecil ini sebagai kado keseriusan ku untuk membalas semua pengorbanan ku segala perasaan tanpa kenal lelah, dalam lapar berjuang separuh nyawa hingga segalanya .

MOTTO : PERCAYALAH PADA DIRIMU SENDIRI

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul “**Asuhan Kebidanan Pre Dan Post SC Pada Ny. G Usia 36 Tahun G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa Di RS Santa Elisabeth Medan Tahun 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.

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

(Ronaulina Sinaga)

**ASUHAN KEBIDANAN PRE DAN POST SC PADA Ny.G USIA 36 TAHUN
G₅P₄A₀ USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 4 HARI DENGAN
PLASENTA PREVIA DI RS SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2018¹**

Ronaulina Sinaga², Merlina Sinabariba³

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. Di Indonesia, dari total 4.726 kasus plasenta previa pada tahun 2009 didapati 40 orang ibu meninggal akibat plasenta previa. Pada tahun 2010 dari total 4.409 kasus plasenta previa didapati 36 orang ibu meninggal (Trianingsih, 2015).

Tujuan : Untuk melakukan pengkajian Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan Helen 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 Pre dan Post SC pada Ny. G umur 36 tahun G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari diberikan penatalaksanaan yaitu Persiapan SC dimana mengobservasi TTV, memasang infus, memberikan dukungan emosional serta mengantarkan ke ruang operasi untuk dilakukan persalinan SC. Operasi berlangsung 1 jam 5 menit, bayi lahir dengan pukul 14.37. Ibu diantar ke ruang nifas, ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayi. Keadaan umum ibu dan bayi baik.

Kesimpulan : Plasenta previa merupakan plasenta yang letaknya abnormal yaitu berada di bawah segmen bawah rahim yang menutupi ostium uteri internum. Penanganan Pada Ibu bersalin dengan plasenta previa harus dilakukan dengan cara persalinan SC.

Kata Kunci : Plasenta Previa

Referensi : 15 Referensi (2009-2017)

¹Jadwal penulisan studi kasus

²Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**PRE AND POST CAESAREAN SECTION MIDWIFERY CARE ON MRS.G
AGE 36 YEARS OLD G₅P₄A₀ AGE OF PREGNANCY 38 WEEKS 4 DAYS
WITH PLACENTA PREVIA AT SANTA ELISABETH HOSPITAL**

MEDAN YEAR 2018¹

Ronaulina Sinaga², Merlina Sinabariba³

ABSTRACT

Background: Maternal mortality worldwide in 2015 was 303,000. Every day there are 830 maternal deaths due to pregnancy and childbirth. In Indonesia, from the total of 4,726 cases of placenta previa in 2009, 40 mothers died from placenta previa. In 2010 from the total of 4,409 cases of placenta previa, it was found 36 mothers' death (Trianingsih, 2015).

Objective: To conduct midwifery assessment of maternity mothers by using Helen Varney's midwifery management approach.

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

Results: Pre and Post SC midwifery care results in Mrs. G 36 years old G₅P₄A₀ Pregnancy Age 38 Weeks 4 Days is administered ie Preparation SC where observed TTV, infusion, emotional support and mangantar to the operating room for SC delivery. The operation lasted 1 hour 5 minutes, the baby was born at 14:37. Mother was escorted to the postpartum room, mother said happy with the birth of the baby. The general state of mothers and babies is good.

Conclusion: Placenta previa is an a abnormal placenta that located below the lower uterine segment that covers the internal uterine os. The handle of maternal mothers with placenta previa should be done by SC childbirth.

Keywords: Placenta Previa

References: 15 References (2009-2017)

1 Schedule of case study

2 Student of D3 Midwifery Program STIKes Santa Elisabeth Medan

3 Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat-Nya dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pre Dan Post SCPada Ny. GUSia 36Tahun, G₅P₄A₀Usia Kehamilan 38Minggu4 Hari Dengan Plasenta Previa Di Rumah Sakit Santa ElisabethMedan Tahun 2018”** karya tulis ini di buat sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Kebidanan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

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 spritual. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih yang tulus kepada :

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM sebagai Kaprodi D3 Kebidanan, dan sekaligus penguji penulis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.
3. Merlina Sinabariba, S.ST., M.Kes sebagai dosen pembimbing, dan penguji penulis dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, yang telah banyak meluangkan waktunya dalam membimbing, melengkapi dan membantu penulis dalam penyusunan laporan tugas akhir.
4. Risda Mariana Manik, S.ST, M.K.M sebagai penguji dan sekaligus koordinator laporan tugas akhir yang telah memberikan bimbingan nasehat, petunjuk dan

meluangkan waktu untuk penulis dalam membimbing dan menyelesaikan laporan tugas akhir ini.

5. Seluruh Dosen dan Staf pengajar di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan selama menjalani pendidikan Program Studi D3 Kebidanan.
6. Dr. Herbet Sihite SpOG dan Bidan Indah Sinaga.AM.Keb yang telah memberikan kesempatan waktu dan tempat kepada penulis untuk melakukan praktek.
7. Kepada Ny. G sebagai pasien saya yang bersedia menjadi pasien saya untuk melakukan laporan tugas akhir saya ini.
8. Teristimewa kepada Ayahanda Abidon Sinaga, Ibunda Panaria Situmorang dan kakak Nora Sinaga, abang Marulak Sinaga yang telah memberikan motivasi, dukungan moral, material, doa serta terimakasih yang tak terhingga karena telah membesarkan dan membimbing penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir dengan baik.
9. Terkhusus kepada keluarga kecil yang ada di Asrama yaitu darak Paska Sianipar, adek Herti Hulu, beserta sahabat Fitri Manurung, Lismawati Waruwu, Lia Oktanita, dan Filipus Waruwu yang banyak memberikan bantuan, dukungan dan motivasi selama penulis mengerjakan laporan tugas akhir ini.

Akhir kata penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak, semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah di berikan kepada penulis semoga laporan tugas akhir ini memberi manfaat bagi kita semua.

Medan , Mei 2018

Penulis

(Ronaulina Sinaga)

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.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latarbelakang.....	1
B. Tujuan studi kasus	2
1. Tujuan umum.....	3
2. Tujuan khusus	3
C. Manfaat studi kasus	3
1. Manfaat teoritis	3
2. Manfaat praktis.....	4

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Persalinan	5
B. Plasenta previa.....	15
C. Pendokumentasian asuhan kebidanan	28

BAB III STUDI KASUS

A. Jenis studi kasus.....	33
B. Tempat dan waktu studi kasus	33
C. Subjek studi kasus.....	33
D. Metode pengumpulan data.....	33

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus	38
B. Pembahasan	54

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	61
B. Saran.....	63

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Pembagian plasenta previa	18
Hasil pemeriksaan darah	46

DAFTAR GAMBAR

Posisi Meneran.....	11
---------------------	----

STI Kes Santa Elisabeth
Medan

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA
2. Surat permohonan Ijin Studi Kasus
3. Surat Rekomendasi dari Klinik/Puskesmas/RS
4. Daftar Hadir Observasi
5. Liflet
6. LembarKonsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. 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 (Trianingsih, 2015).

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kejadian plasenta previa antara lain umur dan paritas, hipoplasia endometrium (bila kawin dan hamil muda), endometrium cacat pada bekas persalinan berulang-ulang, bekas operasi, kuretase dan manual plasenta), korpus luteum bereaksi lambat, tumor (mioma uteri, polip endometrium), dan kadang-kadang malnutrisi (Trianingsih, 2015).

Di Indonesia, dari total 4.726 kasus plasenta previa pada tahun 2009 didapati 40 orang ibu meninggal akibat plasenta previa. Pada tahun 2010 dari total 4.409 kasus plasenta previa didapati 36 orang ibu meninggal (Trianingsih, 2015).

Secara global 80% kematian ibu tergolong pada kematian ibu penyebab langsung. Pola penyebab langsung dimana-mana sama, yaitu perdarahan. Sebabsebab perdarahan yang penting ialah perdarahan antepartum dan perdarahan postpartum (Prawirohardjo, 2010).

Penyebab perdarahan antepartum bervariasi dan dapat dibagi menjadi faktor plasenta (*placental cause-obstetric causes*) dan penyebab lokal (*local causes - non obstetric causes*). Faktor plasenta menyumbang 50-70% kasus perdarahan antepartum terutama plasenta previa, solusio plasenta, vasa previa, ruptur sinus marginal, dan plasenta sirkumvalata. Adapun penyebab lokal terutama disebabkan oleh polip, ektopik, kanker serviks, varises vagina/vulva, servitis/vaginitis dan perdarahan yang tidak dapat ditentukan penyebabnya. Komplikasi yang menyertai perdarahan antepartum antara lain adalah syok, peningkatan resiko persalinan preterm, hipoksia janin, dan kematian janin tiba-tiba. (Sabarudin, 2011).

Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan terdapat kasus perdarahan antepartum sebanyak 85 kasus selama tahun 2004-2008. Dan ditemukan kasus penyebab perdarahan plasenta previa sebanyak 92, 9%. (Jemadi, 2018)

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis melaksanakan asuhan kebidanan pre dan post SC pada Ny. G Usia 36 tahun G₅P₄A₀ usia kehamilan 38 minggu 4 hari dengan plasenta previa di ruangan Poli Obgyn, di Ruangan St. Katarina di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk memberikan asuhan kebidanan pre dan post SC pada Ny. G Usia 36 tahun G₅P₄A₀ usia kehamilan 38 minggu 4 hari dengan plasenta previa yang di dokumentasikan melalui manajemen kebidanan Helen Varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian pre dan post SC pada Ny. G Usia 36 tahun G₅P₄A₀ usia kehamilan 38 minggu 4 hari dengan plasenta previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
- b. Mampu menginterpretasi data untuk menegakkan diagnosa Pre dan post SC pada Ny. G Usia 36 tahun G₅P₄A₀ usia kehamilan 38 minggu 4 hari dengan plasenta previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
- c. Mampu menetapkan masalah potensial dan mengantisipasi penanganan yang terjadi dalam masa diagnosa Pre dan post SC pada Ny. G Usia 36 tahun G₅P₄A₀ usia kehamilan 38 minggu 4 hari dengan plasenta previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
- d. Mampu menentukan tindakan segera jika dibutuhkan pada masa, diagnosa Pre dan post SC pada Ny. G Usia 36 tahun G₅P₄A₀ usia kehamilan 38 minggu 4 hari dengan plasenta previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
- e. Mampu merencanakan asuhan kebidanan yang diberikan pada masa diagnosa Pre dan post SC pada Ny. G Usia 36 tahun G₅P₄A₀ usia kehamilan 38 minggu 4 hari dengan plasenta previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
- f. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan kebutuhan ibu pada masa persalinan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
- g. Mampu melakukan evaluasi hasil asuhan masa persalinan Ny. G dengan plasenta previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

C. Manfaat

1. Teoritis

Untuk mengaplikasikan konsep dan teori yang sudah didapat selama mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan secara langsung di lapangan khususnya dalam memberikan asuhan yang kebidanan pada Ny. G dengan plasenta previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

2. Praktis

a. Institusi Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

1. Sebagai bahan bacaan, masukan informasi yang dapat dipakai sebagai bahan penelitian, bahan ajar untuk meningkatkan pendidikan kebidanan.
2. Sebagai bahan evaluasi sejauh mana kemampuan mahasiswa menguasai asuhan kebidanan Ny. G dengan plasenta previa dalam persalinan .
3. Menambah wawasan mahasiswa-mahasiswi khususnya Program Studi D3 Kebidanan terutama yang berkaitan dengan asuhan kebidanan pada ibu bersalin plasenta previa.

b. Institusi Kesehatan (Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan)

Sebagai referensi bahan bacaan dan evaluasi bagi lahan praktek untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang lebih baik dalam memberikan asuhan kebidanan terutama pada ibu secara komprehensif melalui pendekatan manajemen asuhan kebidanan 7 langkah Varney.

c. Bagi Klien

Klien mendapatkan penanganan pemeriksaan pemantauan kesehatan pelayanan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan plasenta previa yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan

STI Kes Santa Elisabeth
Medan

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke luar dunia. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. (Chairani, 2012)

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Persalinan (partus = *labor*) adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lahir. (Chairani, 2012)

2. Etiologi Terjadinya Persalinan

Terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his sehingga menjadi awal mula terjadinya proses persalinan, walaupun hingga kini belum dapat diketahui dengan pasti penyebab terjadinya persalinan. (Prawirohardjo, 2014)

a. Teori Penurunan Progesteron

Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai (Prawiroharjo, 2014). Terjadinya kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri

yang hebat yang belum diketahui secara pasti penyebabnya. Tetapi terdapat beberapa kemungkinan,yaitu :

- a) Hipoksia pada miometrium yang sedang berkontraksi
- b) Adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-otot yang saling bertautan
- c) Peregangan serviks pada saat dilatasi atau pendataran serviks,yaitu pemendekan saluran serviks dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas .
- d) Peritoneum yang berada di atas fundus mengalami peregangan

b. Teori Keregangan

Ukuran uterus yang semakin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi.Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban,tekanan hidrostatik kantong amnion akan melebarkan saluran serviks(Prawirohardjo, 2014).

c. Teori Oksitosin Interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin.Adanya perubahan keseimbangan antara esterogen dan progesteron dan mengubah tingkat sensitivitas otot rahim akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut *braxton hicks*.Penurunan kadar progesteron karena usia kehamilan

yang sudah tua akan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat(Prawirohardjo, 2014).

Beberapa tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut:

1. Terjadinya His Persalinan

Sifat his persalinan adalah :

- a. Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
- b. Sifatnya teratur,interval makin pendek,dan kekuatan makin besar
- c. Makin beraktivitas atau berjalan,kekuatan akan makin bertambah

2. Pengeluaran Lendir dengan Darah

Terjadinya his persalianan mengakibatkan terjadinya perubahan padaserviks yang akan menimbulkan :

- a. Pendataran dan pembukaan
- b. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.
- c. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

3. Pengeluaran Cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap.Setelah adanya pecah ketubandiharapkan proses persalinan berlangsung kurang dari 24 jam.

4. Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam:

- a. Pendataran serviks
- b. Pembukaan serviks

3. Jenis-jenis Persalinan

Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut :

- a. Persalinan spontan/pervaginam, yaitu bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan buatan, yaitu persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps atau dilakukan dengan operasi Sectio Caesaria.
- c. Persalinan anjuran, yaitu persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin (Prawirohardjo, 2014).

4. Pembagian Proses Persalinan

Tahap dari persalinan terdiri atas kala I (pembukaan), kala II (pengeluaran janin), kala III (pelepasan plasenta), dan kala IV (pengawasan/ observasi/ pemulihan).

a. Kala I (Pembukaan)

Kala I dimulai dari saat persalinan (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm), proses ini terbagi dalam 2 fase :

Fase Laten : berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm

Fase Aktif : berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm dimana kontraksi lebih kuat dan sering.

Fase aktif dibagi menjadi 3 bagian, yaitu :

1) Fase akselerasi (percepatan)

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal (lengkung maksimal)

Dalam waktu 2jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4cm menjadi 9 cm.

3) Fase deselerasi (perlambatan)

Pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam. (Sondakh,2013)

b. Kala II (kala pengeluaran janin)

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut :

1. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit,dengan durasi 50 sampai 100 detik.
2. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mendedan akibat tertekannya Fleksus Frankenhauser.
4. Kepala lahir seluruhnya diikuti oleh putar paksi luar,yaitu penyesuain kepala pada punggung
5. Setelah kepala putar paksi luar maka kepala akan segera dilahirkan
6. Lamanya kala II untuk primigravida 1,5-2 jam dan multigravida 1,5-1 jam.. (Sondakh,2013)

c. Kala III (kala pelepasan plasenta)

Kala II dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini.

1. Uterus menjadi bundar
2. Uterus mendorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
3. Tali pusat bertambah panjang
4. Terjadi semburan darah tiba-tiba. (Sondakh,2013)

d. Kala IV (kala pengawasan/observasi/pemulihan).

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta samapai 2 jam postpartum.Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum sering terjadi pada 2 jam pertama. Kehilangan darah saat persalinan disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc,biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, hal ini dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikan 7 pokok penting berikut :

1. Kontraksi rahim
2. Perdarahan
3. Kandung kemih
4. Luka-luka
5. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap

Gambar 2.1 Posisi Meneran



(Chairani, 2012)

5. Asuhan pemantauan kala IV

Segera setelah plasenta lahir :

1. Lakukan rangsangan taktil (masase uterus) dapat membuat uterus berkontraksi secara adekuat dan efektif.
2. Evaluasi tinggi fundus dilakukan dengan cara meletakkan telunjuk sejajar tepi atas fundus. Umumnya, fundus uteri setinggi atau 2 jari dibawah pusat.
3. Estimasi kehilangan darah secara keseluruhan.
4. Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.
5. Evaluasi keadaan ibu.
6. Dokumentasi semua asuhan/temuan selama persalinan kala IV dihalaman 2 partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan. (Sondakh,2013)

6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Pada setiap persalinan, ada 5 faktor yang harus diperhatikan, yaitu :

a. Power

Adalah tenaga yang mendorong keluar janin. Kekuatan yang berguna untuk mendorong keluar janin adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna. Ada dua power yang bekerja dalam proses persalinan yaitu his dan tenaga mengejan ibu. His merupakan kontraksi uterus karena otot-otot polos bekerja dengan baik dan sempurna, pada saat kontraksi, otot-

otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri lebih kecil mendorong janin dan kantong amnion ke arah bawah rahim dan serviks. Sedangkan tenaga mengejan ibu adalah tenaga selain his yang membantu pengeluaran. (Chairani, 2012)

b. Passage

Merupakan faktor jalan lahir, terbagi menjadi 2 yaitu :

1. Bagian keras

Bagian ini terdiri dari tulang panggul (*os coxae, os Sacrum, os coccygisi*), dan artikulasi (*simphisis pubis, artikulasi sakro-iliaka, artikulasi sakro-kocsigius*). Dari tulang-tulang dasar dan artikulasi yang ada, maka bagian keras janin dapat dinamakan ruang panggul (*pelvis mayor dan minor*), pintu panggul (pintu atas panggul, ruang tengah panggul, pintu bawah panggul, dan ruang panggul yang sebenarnya yaitu antara *inlet* dan *outlet*), Sumbu panggul (merupakan garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan), bidang-bidang (Hodge I, Hodge II, Hodge III, dan Hodge IV).

2. Bagian lunak

Jalan lunak yang berpengaruh dalam persalinan adalah SBR, serviks uteri, dan vagina. Disamping itu otot-otot, jaringan ikat, dan ligament yang menyokong alat-alat urogenital juga sangat berperan penting dalam persalinan. (Chairani, 2012)

c. Passanger

Faktor yang juga sangat mempengaruhi persalinan adalah faktor janin. Meliputi sikap janin, letak janin, dan bagian terendah. Sikap janin menunjukkan hubungan bagian – bagian janin dengan sumbu tubuh janin, misalnya bagaimana sikap fleksi kepala, kaki, dan lengan. Letak janin dilihat berdasarkan hubungan sumbu tubuh janin dibandingkan dengan sumbu tubuh ibu. Ini berarti seorang janin dapat dikatakan letak longitudinal (preskep dan presbo), letak lintang, serta letak oblik. Bagian terbawah adalah istilah untuk menunjukkan bagian janin apa yang paling bawah. (Chairani, 2012)

7. Perubahan Psikologis Pada Ibu Bersalin

Pada ibu bersalin terjadi beberapa perubahan psikologis diantaranya :

- a. Rasa cemas pada bayinya yang akan lahir
- b. Kesaki
- c. tan saat kontraksi dan nyeri
- d. Ketakutan saat melihat darah (Prawirohardjo, 2014)

6. Proses Adaptasi Dan Perubahan Kebutuhan Dasar

KALA I

1. Mengatur aktivitas dan posisi ibu
2. Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his
3. Menjaga kebersihan ibu
4. Pemberian cairan dan nutrisi

KALA II

1. Menjaga kandung kemih tetap kosong
2. Menjaga kebersihan ibu
3. Pemberian cairan
4. Mengatur posisi ibu

KALA III

1. Menjaga kebersihan
2. Pemberian cairan dan nutrisi
3. Kebutuhan istirahat

(Chairani, 2012)

B. Plasenta previa

1. Pengertian Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta di depan jalan lahir, (*prae*: di depan; *vias*: jalan). Jadi yang dimaksud dengan plasenta yang implantasinya tidak normal, rendah sekali, hingga menutupi seluruh atau sebagian ostium uteri internum. (Yantina, 2014)

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. (Prawirohardjo, 2014)

Sejalan dengan bertambah membesarnya rahim dan meluasnya segmen bawah rahim ke arah proksimal memungkinkan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim ikut berpindah mengikuti perluasan segmen bawah rahim seolah plasenta tersebut bermigrasi. Ostium uteri yang secara dinamik mendatar

dan meluas dalam persalinan kala satu bisa mengubah luas pembukaan serviks yang tertutup oleh plasenta. Fenomena ini berpengaruh pada derajat atau klasifikasi dari plasenta previa ketika pemeriksaan dilakukan baik dalam masa antenatal maupun dalam masa intranatal, baik dengan ultrasonografi maupun pemeriksaan digital. Oleh karena itu, pemeriksaan ultrasonografi perlu diulang secara berkala dalam asuhan antenatal ataupun intranatal. (Prawirohardjo, 2014)

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 atau komplis adalah plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum
2. Plasenta previa parsialis adalah plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum
3. Plasenta previa marginalis adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum

4. Plasenta letak rendah adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim, demikian rupa sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri inferum. Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap plasenta letak normal. (Prawirohardjo, 2014)

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.

(Fauziyah.2016)

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..(Fauziyah. 2016)

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 serviks 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..(Fauziyah.2016)

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. Faktor umur

Umur adalah lamanya hidup seseorang sejak dilahirkan yang dinyatakan dengan tahun sampai saat ini. Umur reproduksi yang optimal dan aman bagi seorang ibu adalah antara 20-35 tahun, dibawah dan diatas umur tersebut akan meningkatkan resiko pada kehamilan dan persalinannya termasuk plasenta previa. Menurut Manuaba (2010) prevalensi plasenta previa akan meningkat tiga kali lipat pada usia di atas 35 tahun endometrium akan menjadi kurang subur. Usia optimal yang aman bagi ibu untuk hamil dan melahirkan adalah diantara 20-35 tahun. Pada usia < 20 tahun organ reproduksi seorang wanita belum siap untuk

menerima kehamilan demikian juga dengan jaringan endometriumnya. Ketidaksiapan jaringan endometrium inilah yang dapat mengakibatkan jaringan plasenta akan memperlebar diri untuk memenuhi kebutuhan nutrisi janin, sehingga menutupi seluruh atau sebagian ostium uteri internum. (Trianingsih, 2015)

b. Paritas

Sesuai dengan teori summapraza (2011) yang mengatakan bahwa plasenta previa 3 kali lebih sering terjadi pada wanita multipara daripada primipara. Partitas lebih dari satu mempertinggi resiko terjadinya plasenta previa karena dalam kehamilan plasenta mencari tempat yang paling subur untuk berimplantasi. Pada kehamilan pertama fundus merupakan tempat yang subur dan tempat favorite untuk plasenta berimplantasi, tetapi seiring bertambahnya frekuensi kehamilan kesuburan pada fundus akan semakin berkurang. (Trianingsih, 2015)

c. Riwayat kuretase

Pada kuretase terutama yang menggunakan sendok kuret (kuretase tajam) terdapat luka yang cukup dalam pada dinding endometrium. Luka inilah yang mengakibatkan gangguan vaskularisasi pada desidua sehingga kesuburan pada dinding endometrium semakin berkurang. Dalam kehamilan plasenta akan berusaha mencukupi kebutuhan nutrisi janin, sehingga pada dinding endometrium yang kurang subur plasenta memperluas diri sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. (Trianingsih, 2015)

d. Riwayat plasenta previa

Apabila seorang wanita telah mengalami plasenta previa, kemungkinan sebesar 35% kejadian tersebut akan berulang pada kehamilan berikutnya karena jaringan endometrium sejak kehamilan sebelumnya dapat membatasi kehamilannya dengan mengikuti program KB. (Trianingsih, 2015)

e. Hamil ganda (Gameli)

Pada kehamilan ganda khususnya dengan dua janin dan dua placenta atau lebih membuat satu tempat telah terjadi implantasi plasenta dan yang lain akan memilih tempat yang kurang tepat untuk berimplantasi yaitu di segmen bawah rahim. Walaupun hanya terdapat satu plasenta, plasenta tersebut cenderung melebar untuk menutupi sebagian kecil (2,6 %) responden yang mengalami kehamilan ganda. (Misbah, 2014).

4. Patofisiologi

Pada usia kehamilan yang lanjut, umumnya pada trimester ketiga dan mungkin juga lebih awal, oleh karena telah dimulai terbentuknya segmen bawah rahim, tapak plasenta akan mengalami pelepasan. Sebagaimana diketahui tapak plasenta terbentuk dari jaringan maternal yaitu bagian desidua basalis yang bertumbuh menjadi bagian dari uri. Dengan melebarnya isthmus uteri menjadi segmen bawah rahim, maka plasenta yang berimplantasi disitu sedikit banyak akan mengalami laserasi akibat pelepasan pada desidua sebagai tapak plasenta. Demikian pula pada waktu serviks mendatar (*effacement*) dan membuka (*dilatation*) ada bagian tapak plasenta yang terlepas. Pada tempat laserasi itu akan terjadi perdarahan yang berasal dari sirkulasi maternal yaitu dari ruangan intervillus dari plasenta. Oleh karena fenomena pembentukan segmen bawah

rahim itu perdarahan pada plasenta previa betapa pun pasti akan terjadi (*unavoidable bleeding*). (Prawirohardjo, 2014)

Perdarahan ditempat itu relatif dipermudah dan diperbanyak oleh karena elemen otot yang dimilikinya sangat minimal, dengan akibat pembuluh darah pada tempat itu tidak akan tertutup dengan sempurna. Perdarahan akan berhenti karena terjadi pembekuan kecuali jika ada laserasi mengenai sinus yang besar dari plasenta pada mana perdarahan akan berlangsung lebih banyak dan lebih lama. Oleh karena pembentukan segmen bawah rahim itu akan berlangsung progresif dan bertahap, maka laserasi baru akan mengulang kejadian perdarahan. Demikianlah perdarahan akan berulang tanpa sesuatu sebab lain (*causeless*). Darah yang keluar berwarna merah segar tanpa rasa nyeri (*painless*). Pada plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum perdarah terjadi lebih awal dalam kehamilan oleh karena segmen bawah rahim terbentuk lebih dahulu pada bagian terbawah yaitu pada ostium uteri internum. Sebaliknya, pada plasenta previa parsialis atau letak rendah, perdarahan baru terjadi pada waktu mendekati atau mulai persalinan. Perdarahan pertama biasanya sedikit tapi tetapi cenderung lebih banyak pada perdarahan selanjutnya. Untuk berjaga-jaga mencegah syok hal tersebut perlu dipertimbangkan. Perdarahan pertama sudah bisa terjadi pada kehamilan dibawah 30 minggu tetapi lebih separuh kejadiannya pada umur kehamilan 34 minggu ke atas. Berhubung tempat perdarahan terletak dekat dengan ostium uteri internum, maka perdarahan lebih mudah mengalir ke luar rahim dan tidak membentuk hematoma retroplasenta yang mampu merusak jaringan lebih luas dan melepaskan tromboplastin ke dalam sirkulasi maternal.

Dengan demikian , sangat jarang terjadi koagulopati pada plasenta previa.
(Prawirohardjo, 2014)

5. Gejala Klinis Plasenta Previa

Ciri yang menonjol pada plasenta previa adalah perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri. Perdarahan biasanya baru terjadi pada akhir trimester kedua ke atas. Perdarahan pertama berlangsung tidak banyak dan berhenti sendiri. Perdarahan kembali terjadi tanpa sesuatu sebab yang jelas setelah beberapa waktu kemudian, jadi berulang. Pada setiap pengulangan terjadi perdarahan yang lebih banyak bahkan seperti mengalir. Pada plasenta letak rendah perdarahan baru terjadi pada waktu mulai persalinan, perdarahan bisa sedikit sampai banyak mirip pada solusio plasenta. Perdarahan diperhebat berhubung segmen bawah rahim tidak mampu berkontraksi sekuat segmen atas rahim. Dengan demikian, perdarahan bisa berlangsung sampai pascapersalinan. Perdarahan juga bisa bertambah disebabkan serviks dan segmen bawah rahim pada plasenta previa lebih rapuh dan mudah mengalami robekan. Robekan lebih mudah terjadi sebagai komplikasi plasenta akreta.

Berhubung plasenta terletak pada bagian bawah, maka pada palpasi abdomen sering ditemui bagian terbawah janin masih tinggi diatas simfisis dengan letak janin tidak dalam letak memanjang. Palpasi abdomen tidak membuat ibu merasa nyeri dan perut tidak tegang. (Prawirohardjo, 2014)

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

Perdarahan jalan lahir pada kehamilan setelah 22 minggu berlangsung tanpa rasa nyeri terutama pada multigravida. Banyaknya perdarahan tidak dapat dinilai dari anamnesis, melainkan dari pemeriksaan hematokrit.

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

Dengan pemeriksaan USG dapat ditentukan implantasi plasenta atau jarak tepi plasenta terhadap ostium. Bila jarak tepi 5 cm disebut plasenta letak rendah. (Yantina, 2014)

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 .

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

- Perabaan forniks, mulai dari forniks posterior apa ada teraba tahanan lunak (bantalan) antara bagian terdepan janin dan jari pemeriksa.
- Pemeriksaan melalui kanalis servikalis, caranya jari pemeriksa dimasukkan hati-hati kedalam ostium uteri internum untuk meraba adanya jaringan plasenta. (Yulianingsih.2017)

7. Komplikasi Plasenta Previa

Komplikasi plasenta previa menurut Myles (2009) yaitu, syok maternal akibat kehilangan darah dan hipovolemia, komplikasi anastesi dan operasi yang lebih sering terjadi pada ibu yang menderita plasenta previa mayor, dan persiapan

operasi yang kurang optimal. Plasenta akreta pada 15% ibu yang menderita plasenta previa. Embolisme udara kadang terjadi jika sinus yang berada didasar plasenta mengalami kerusakan. Perdarahan pascapartum, terkadang perdarahan yang tidak terkontrol dapat terus terjadi sekalipun telah dilakukan pemberian obat uterotonika pada saat kelahiran dan histerektomi sesaria mungkin perlu dilakukan untuk menyelamatkan nyawa ibu. Kematian maternal, suatu hal yang sangat jarang terjadi pada kondisi ini.

Pada janin biasanya terjadi persalinan prematur dan komplikasi seperti asfiksia berat. Hipoksia janin dan gejala sisanya akibat pemisahan plasenta. Kematian janin, bergantung pada usia gestasi dan jumlah darah yang keluar. Frekuensi plasenta previa meningkat dengan meningkatnya paritas dan umur. Frekuensi plasenta previa pada primigravida yang berumur lebih dari 35 tahun kira-kira 2 kali lebih besar dibandingkan dengan primigravida yang berumur kurang dari 25 tahun, pada para 3 atau lebih yang berumur lebih dari 35 tahun kira-kira 3 kali lebih besar dibandingkan dengan para 3 atau lebih yang berumur kurang dari 25 tahun (Misbah, 2014)

Pada kehamilan berikutnya dibutuhkan lebih banyak permukaan plasenta untuk menyediakan persediaan darah yang adekuat ke ruang intervillous, Aliran darah ke plasenta tidak cukup dan memperluas permukaannya sehingga menutupi pembukaan jalan lahir sehingga terjadilah placenta previa. Dengan mengadakan beberapa strategi diharapkan angka kematian ibu dapat ditangani sedini mungkin. (Misbah, 2014)

Departemen kesehatan dalam upaya untuk menurunkan AKI di Indonesia melakukan strategi agar semua asuhan antenatal dan sekitar 60% dari keseluruhan persalinan dilayani oleh tenaga kesehatan terlatih. Strategi ini dilaksanakan untuk dapat mengenali dan menanggulangi gangguan kehamilan dan persalinan sedini mungkin. Penyiapan sarana pertolongan gawat darurat merupakan langkah antisipatif terhadap komplikasi yang mungkin mengancam keselamatan ibu (Misbah, 2014) .

8. Penatalaksanaan Plasenta Previa

. Penderita dengan plasenta previa datang dengan keluhan adanya perdarahan pervaginam pada kehamilan trimester kedua dan ketiga. Penatalaksanaan plasenta previa tergantung dari usia gestasi penderita dimana akan dilakukan penatalaksanaan aktif yaitu mengakhiri kehamilan, ataupun ekspektatif yaitu mempertahankan kehamilan selama mungkin.

a. Terapi ekspektatif (pasif)

Tujuan ekspektatif ialah supaya janin tidak terlahir prematur, penderita dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam melakukan kanalis servisis. Upaya diagnosis dilakukan secara non invasif. Pemantauan klinis dilakukan secara ketat dan baik. Syarat-syarat terapi ekspektatif:

- Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti
- Belum ada tanda-tanda in partu
- Keadaan umum ibu cukup baik (kadar hemoglobin dalam batas normal)

- Janin masih hidup. (Yantina, 2014)

b. Terapi aktif

1. Wanita hamil di atas 22 minggu dengan perdarahan pervaginam yang aktif dan banyak, harus segera ditatalaksanakan secara aktif tanpa memandang maturitas janin.
2. Untuk mendiagnosis plasenta previa dan menentukan cara menyelesaikan persalinan, setelah semua persyaratan terpenuhi. Lakukan PDMO jika infus atau transfusi telah terpasang, kamar dan tim operasi telah siap, kehamilan >37 minggu (BB 2.500 gram) dan inpartu, janin telah meninggal atau terdapat anormali kongetnital mayor(misal: anensefali), Perdarahan dengan bagian bawah janin telah jauh melewati pintu atas panggul (2/5 atau 3/5 pada palpasi luar). (Yantina, 2014)

C. 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 (Sudarti,2010). 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. (Sudarti, 2010)

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. (Sudarti, 2010)

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. (Sudarti, 2010)

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.(Sudarti,2010)

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. (Sudarti,2010)

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.(Sudarti,2010)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus

Menjelaskan jenis studi kasus yang digunakan adalah dengan menggunakan metode deskriptif yakni melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. Studi kasus ini dilakukan pada Ny.G G₅P₄A₀ dengan Plasenta previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 22 Maret Tahun 2018.

B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan, Waktu pengambilan kasus dan pemantauan pada 22 Maret 2018.

C. Subjek Studi Kasus

Pada studi kasus ini yang menjadi subjek adalah ibu bersalin Ny. G umur 36 tahun G₅P₄A₀ Plasenta previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

D. Metode Pengumpulan Data

1. Metode

Metode yang dilakukan untuk asuhan kebidanan dalam studi kasus ini adalah format asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan manajemen 7 langkah Varney.

2. Jenis data

Penulisan asuhan kebidanan sesuai studi kasus Ny.G G₅P₄A₀ dengan
Plasenta Previa yaitu:

A. Data Primer

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dengan cara:

a. Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, simetris. Inspeksi pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki.

b. Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan fundus uteri, payudara dan kontraksi uterus. Pada kasus ini pemeriksaan palpasi meliputi nadi, payudara, abdomen.

c. Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan jalan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah bunyi jantung, suara nafas dan bising usus. Pada kasus ibu bersalin dengan plasenta previa pemeriksaan auskultasi meliputi pemeriksaan tekanan darah (TD) dan bunyi jantung janin.

2. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (Responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*Face to face*). Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan ibu bersalin Ny.G G₅P₄A₀ dengan Plasenta Previa .

3. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang akan diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Observasi pada kasus ibu bersalin dengan plasenta previa dilakukan untuk mengetahui keadaan ibu .

B. Data Sekunder

Yaitu data penunjang untuk mengidentifikasi masalah dan untuk melakukan tindakan. Data sekunder ini dapat diperoleh dengan mempelajari kasus atau dokumentasi pasien serta catatan asuhan kebidanan dan studi perpustakaan. Data sekunder diperoleh dari:

1. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi atau pun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian. Pada kasus ibu bersalin dengan plasenta previa diambil dari catatan status pasien di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

2. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dan menunjang latar belakang teoritis dari studi penelitian. Pada kasus ini mengambil studi kepustakaan dari buku, laporan penelitian, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2009– 2017.

a. Alat-alat yang Dibutuhkan

Alat-alat yang dibutuhkan dalam teknik pengumpulan data antara lain :

1. Wawancara

Alat dan bahan untuk wawancara meliputi :

- Format pengkajian
- Buku tulis
- Bolpoin + penggaris

2. Observasi

- Tensimeter
- Stetoskop
- Thermometer
- Timbangan berat badan
- Alat pengukur tinggi badan
- Jam tangan dengan penunjuk detik

3. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi :

- Status atau catatan pasien
- Alat tulis
- Rekam

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

**ASUHAN KEBIDANAN PRE DAN POST SC PADA Ny.G USIA 36 TAHUN
G5P4A0 USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 4 HARI DENGAN
PLASENTA PREVIA DI RS SANTA ELISABETH
MEDAN TAHUN 2018**

Tanggal masuk	: 22 03 2018	Tgl Pengkajian	: 22 03 2018
Jam masuk	: 08.20	Pengkajian	: 08.20
Tempat	: RSE Medan	Pengkajian	: Rona sinaga

I. PENGUMPALAN DATA

A. BIODATA

Nama Ibu	: Ny. G	Nama Suami	: Tn M
Umur	: 36 tahun	Umur	: 40 tahun
Agama	: Kristen	Agama	: Kristen
Suku /bangsa	: B.Toba/Indonesia	Suku/Bangs	: B.toba/Indonesia
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: PNS	Pekerjaan	: PNS
Alamat	: Jl. SM raja	Alamat	: Jl. SM raja

B.ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

a. Alasan utama masuk kamar bersalin :

- Ibu datang ke poli obgyn, beserta hasil USG
- Ibu mengatakan keluarnya darah merah segar dari vagina sejak tadi pagi jam 5 membasahi setengah doek

- Ibu mengatakan sebelumnya sudah pernah perdarahan pada saat UK 7 bulan, dan langsung melakukan USG, dan saat itu juga ibu mengetahui bahwa ibu dengan kehamilan plasenta previa.

b. Riwayat menstruasi

Menarche : 13 tahun

Siklus : 30 hari, teratur

Lama : 5 hari

Banyak : ± 3 kali ganti softex

Dimenorea : tidak

c. Tanda- tanda persalinan

Kontraksi sejak, tanggal : tidak ada kontraksi pukul : -

Frekuensi : -

Lamanya : - menit kekuatannya :

Lokasi ketidaknyamanan : -

d. Riwayat kehamilan/ persalinan yang lalu

Anak ke	Tgl Lahir/ Umur	U K	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/BB / JK	Kecelakaan	Kecelakaan	laktasi
1	10	At er m	spo mta n	Klin ik	Bidan	Tida k ada	Tida k ada	Lk	Baik	Baik	Baik
2	7	At er m	spo mta n	Klin ik	Bidan	Tida k ada	Tida k ada	Lk	Baik	Baik	Baik

3	5	At er m	Spo mta n	Klin ik	Bidan	Tida k ada	Tida k ada	Lk	Baik	Baik	Baik
4	3	At er m	Spo mta n	Klin ik	Bidan	Tida k ada	Tida k ada	Lk	Baik	Baik	Baik
5	HAMIL INI										

e. Pengeluaran pervaginam

Darah lendir : Tidak ada jumlah : - cc Warna :

Air ketuban: Tidak ada jumlah: - Warna: -

Darah : Ada jumlah: 27 cc Warna: Merah segar

f. Riwayat Kehamilan Sekarang

G : 5 P : 4 A : 0

HPHT : 25-06-2017

HPL : 02-04-2018

UK : 38 Minggu 4 Hari

ANC : Teratur/tidak, frekuensi : 4x di :RSE Medan

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : 20 x/i

Riwayat Imunisasi : TT 1: ya, TM 1 TT 2 : -

Keluhan : Tidak ada

Obat yang biasa dikonsumsi selama hamil : Fe , calsium

Tanda – tanda bahaya : keluarnya darah segar dari jalan lahir

g. Riwayat penyakit yang pernah diderita sekarang/ yang lalu :

Hipertensi: Tidak ada

Jantung : Tidak ada

DM : Tidak ada

Ginjal : Tidak ada

Hepatitis : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Riwayat operasi/ SC : Tidak ada

h. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak ada

DM : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Lain-lain : tidak ada riwayat kembar

i. Riwayat KB : Tidak Ada

j. Riwayat Sosial Ekonomi & Psikologi :

Status perkawinan : sah kawin : 1 kali

Kehamilan ini direncanakan: Ya

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : senang

Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah : bersama

Tempat rujukan jika ada komplikasi : RS

k. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum

Frekuensi : 3 x sehari, makan terakhir jam : 07.00 wib

Jenis : Nasi, ikan, sayur

Porsi : 1 piring

Minum : ± 10 gelas/hari, jenis : air putih, teh manis, susu

Keluhan/pantangan : Tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : 2 jam /hari

Tidur malam : 7 Jam /hari

Keluhan : Tidak ada

c. Pola eliminasi

BAK : ± 8 kali /hari, konsistensi mencair , warna : kekuningan

BAB : 1 kali/hari, konsistensi : lembek, lendir darah : tidak ada

d. Personal Hygiene

Mandi : 2 Kali/Hari

Ganti pakaian /pakaian dalam : 3 kali sehari

e. Pola Aktivitas

Pekerjaan Sehari-Hari : Mengajar di kelas

Keluhan : Tidak Ada

Hubungan Sexual : - x /mgg, Hubungan Sexual Terakhir : -

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak Ada

Minum Minuman Keras : Tidak Ada

Obat Terlarang : Tidak Ada

Minum Jamu : Tidak Ada

C. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik : Kesadaran : Compos Mentis

Tanda –tanda vital :

Tekanan darah : 130/70 mmHg

Nadi : 84x/menit

Suhu : 36,5 °C

Respirasi : 22 x/menit

Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : 62 kg, kenaikan BB 11 kg

Tinggi Badan : 154 cm

LILA : 24 cm

2. Pemeriksaan fisik

Inspeksi

a. Postur tubuh : Hiperlordosis

b. Kepala

Muka : cloasma : Tidak ada oedema: Tidak ada

Mata : conjungtiva : tidak, anemi skelera : Tidak ikterik

c. Leher : Tidak ada pembengkakan

d. Payudara

Bentuk Simetris : simetris

Keadaan Puting Susu : Menonjol

Areola Mamae : Hiperpigmentasi

Colostrum : Ada

e. Ekstremitas

Tangan Dan Kaki : Lengkap

Simetris / Tidak : Ya

Odema Pada Tungkai Bawah : Tidak Ada

Varices : Tidak Ada

Pergerakan : Aktif

g. Abdomen

Inspeksi

Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan

Linea nigra : Ada

Bekas luka/operasi : Tidak ada

Palpasi

Leopold I : Pada fundus teraba lunak, membundar dan tidak melenting.

Leopold II: Pada sisi kiri perut ibu teraba ekstremitas janin, sedangkan pada

sisi kanan perut ibu teraba memapan, memanjang, keras

(PU-KA)

Leopold III: Bagian terbawah teraba bulat, keras, dan melenting (kepala)

Leopold IV: Kepala belum masuk PAP

TFU : 32 CM

TBJ : $(TFU - 12) \times 155 = (32 - 12) \times 155 = 3100$ gram

Kontraksi : tidak ada

Auskultasi

DJJ : Normal

Frekuensi : 148x/menit, teratur

3. Pemeriksaan Panggul

Lingkar Panggul : Tidak Dilakukan

Distosia Cristarum : Tidak Dilakukan

Distosia Spinarum : Tidak Dilakukan

4. Pemeriksaan Genitalia

Varises : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Pengeluaran pervaginam : Ada, darah segar

Bekas luka/jahitan perineum : Tidak ada

Anus : Tidak ada hemoroid

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal : 22 Maret 2018

1. Hasil pemeriksaan darah

Pemeriksaan	Hasil	Satuan
Hemoglobin	12,6	g/Dl

2. Hasil pemeriksaan USG

Janin tunggal, presentase kepala, DJJ +, Gerak +, plasenta berada di corpus dengan menutupi jalan lahir, gr V, Ak cukup, EFN 3225 gr

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA , MASALAH DAN KEBUTUHAN

Diagnosa : Ny. G usia 36 tahun G₅P₄A₀ usia kehamilan 38 minggu 4 hari, PUKA, Presentase kepala, janin hidup tunggal, intrauteri, belum masuk PAP dengan ibu plasenta previa totalis.

Ds :

- Ibu mengatakan ini kehamilan ke 5
- Ibu mengatakan tadi pagi jam 05.00 keluar darah merah segar setengah doek
- Ibu mengatakan sudah melakukan USG dan hasilnya tampak plasenta menutupi jalan lahir
- Ibu mengatakan sebelumnya sudah pernah perdarahan pada saat UK 7 bulan dan langsung melakukan USG, dan saat itu juga ibu mengetahui bahwa ibu dengan kehamilan plasenta previa.

Do :

KU : Baik Kesadaran : Compos mentis

TD : 130/70 mmHg T/P : 36,5 °C/84 x/i RR : 22 x/i

Hb : 12 g/dL

USG : Janin tunggal, presentase kepala, DJJ +, Gerak +, plasenta berada di corpus dengan menutupi jalan lahir, gr V, Ak cukup, EFN 3225 gr

Leopold I : Pada fundus teraba lunak, membundar dan tidak melenting.

Leopold II : Pada sisi perut kiri ibu teraba ekstremitas janin, sedangkan pada sisi kanan perut ibu disebelah kanan ibu teraba memapan, memanjang, keras (PU-KA)

Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat, keras, dan melenting (kepala).

Leopold IV : Kepala belum masuk PAP

Masalah :Gangguan rasa nyaman sehubungan dengan terjadinya perdarahan pervaginam karena adanya Plasenta Previa Totalis.

Kebutuhan :

- Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan
- Berikan posisi yang nyaman
- Anjurkan tirah baring
- Observasi banyaknya perdarahan
- Beri dukungan emosional
- Pasang infus RL 20 tts/menit
- Operasi SC

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

Pada ibu : Perdarahan hebat dan syok

Pada janin : Asfiksia

IV. IDENTIFIKASI TINDAKAN SEGERA/KOLABORASI/RUJUK

Membawa ibu ke VK, dan memantau perdarahan, serta memasang infus RL.

V. INTERVENSI

Tanggal : 22.03.2018 Pukul : 08 .20 wib Oleh : RonaSinaga

No	Intervensi	Rasionalisasi
1	Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan dan kondisi janin saat ini dalam keadaan normal dan sehat	Memberitahu mengenai hasil tindakan dan pemeriksaan merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal
2	Observasi tanda – tanda vital ibu	Untuk mengetahui perkembangan kondisi ibu
3	Observasi banyaknya perdarahan/ vagina	Untuk mengetahui berapa banyak perdarahan yang dialami ibu
4	Anjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene terutama pada bagian genitalia.	Agar ibu merasa nyaman
5	Minta persetujuan ibu dan keluarga bahwa operasi SC, Menggunakan Informed consent	Sebagai persetujuan dari ibu / keluarga bahwa bersedia dilakukan operasi SC.
6	Lakukan persiapan pasien sebelum masuk ke ruang operasi <ol style="list-style-type: none">1. Pasang infus RL 20 tpm2. Lakukan skin test antibiotik (ceftriaxone)3. Cukur bulu sekitar kemaluan4. Lakukan pemasangan kateter5. Ganti pakaian ibu	

7	Anjurkan ibu untuk berdoa dengan keluarga sebelum diantar ke ruang operasi	Dengan berdoa akan membuat ibu dan keluarga semakin yakin dan percaya dan tidak takut dalam menjalani proses operasi.
8	Antar ibu ke ruang OK	Supaya ibu mendapatkan tindakan yang sesuai dengan keadaannya saat ini

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal : 22 03 2018

Pukul : 08.20 Wib

Oleh : Rona

No	Waktu	Implementasi	Paraf
1.	08.20	<p>Memberitahu hasil pemeriksaan saat ini kepada ibu dan keluarga yaitu :</p> <p>KU : Baik Kesadaran : Compos mentis</p> <p>TD : 130/90 mmHg</p> <p>T/P : 36,5 °C/82 ^{x/i}</p> <p>RR : 22 ^{x/i}</p> <p>DJJ : 148 ^{x/i}</p> <p>Leopold I: Pada fundus teraba lunak, membundar dan tidak melenting.</p> <p>Leopold II : Pada sisi perut kiri ibu teraba ekstremitas janin, sedangkan pada sisi kanan perut ibu disebelah kanan ibu teraba memanjang, keras (PU-KA)</p> <p>Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat, keras, dan melenting (kepala).</p> <p>Leopold IV : Kepala belum masuk PAP</p> <p>Ev : Ibu dan keluarga sudah mengetahui hasil pemeriksaan saat ini .</p>	Rona
2	09.00	<p>Mengantar ibu ke VK</p> <p>Ev : Ibu sudah diantar ke VK</p>	Rona
3	09.10	<p>Menganamnesa secara lengkap yang dilakukan oleh bidan VK</p> <p>EV : ibu sudah di anamnesa</p>	Rona
4	09.20	<p>Memantau DJJ</p> <p>Ev : DJJ teratur 148 ^{x/i}</p>	Rona
5	10.00	<p>Membantu ibu untuk mengganti softex serta Mengobservasi banyak perdarahan pervaginam</p> <p>Ev : Perdarahan pervaginam 1 doek penuh (54 cc)</p>	Rona
6	10.10	<p>Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga personal hygiene terutama pada bagian genetalia .</p> <p>Ev : Ibu mengatakan akan menjaga personal</p>	Rona

		hygienenya.	
7	10.15	Meminta persetujuan ibu dan keluarga bahwa bersedia dilakukan SC menggunakan informed consent Ev: ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan informed consent sudah di tanda tangani.	Rona
8	10.20	Mempersiapkan pasien sebelum diantar ke ruang operasi yaitu : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasang infus RL 20 tts/menit 2. Lakukan skin test antibiotik (ceftriaxone) 3. Cukur bulu sekitar kemaluan 4. Lakukan pemasangan kateter 5. Ganti pakaian ibu Ev: <ul style="list-style-type: none"> - Infus RL 20 tts/i sudah terpasang di tangan sebelah kiri ibu. - Mengganti pakaian ibu. Ibu menggunakan kain okhem - Sudah dilakukan skin test antibiotik (ceftriaxone) di tangan kanan ibu dan hasilnya tidak ada reaksi alergi terhadap obat - Bulu disekitar kemaluan ibu sudah tercukur bersih - Kateter sudah terpasang 	
9	10.40	Memberikan asuhan sayang ibu yaitu Memberikan dukungan emosional kepada ibu supaya ibu tidak takut dengan proses persalinan SC yang akan dijalannya. Ev: Ibu merasa tidak cemas lagi	Rona
10	13.20	Menganjurkan ibu untuk berdoa dengan keluarga sebelum diantar ke ruang operasi Ev: Ibu dan keluarga tampak berdoa	Rona
11	14.00	Mengantar ibu ke ruang operasi (st lukas) Ev : ibu sudah diantar ke ruang operasi.	Rona

VII. EVALUASI

Tanggal masuk : 22-03-2018 Jam : 14.00 Wib Oleh: Rona sinaga

SUBJEKTIF:

- Ibu mengatakan siap menghadapi operasi dan sudah menyerahkan diri pada demi keselamatan dan kelancaran operasi
- Ibu mengatakan cemas dan pasrah pada proses operasi

OBJEKTIF:

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

TTV : TD : 130/90 mmHg T/P : 36,5 °C/82 ^{x/i}

RR : 22 ^{x/i}

DJJ : 148 ^{x/i}

Terpasang chateter , infus RL 20 tpm

ASSESSMENT

Diagnosa : Ny. G usia 36 tahun G₅P₄A₀ UK 38 Minggu 4 hari, PUKA, Presentase kepala, janin hidup, tunggal, intrauterin, belum masuk PAP, dengan plasenta previa .

Masalah : Plasenta yang menutupi jalan lahir

Kebutuhan :

- Berikan dukungan dan doa
- Berikan asuhan sayang ibu
- Antar ibu keruang operasi

PLANNING: Lanjutkan asuhan kebidanan di ruang nifas

DATA PERKEMBANGAN

POST SC

Tanggal : 22 Maret 2018

Jam : 15.05

Pengkajian post SC di Ruang Nifas oleh Rona Sinaga

- S:**
- Ibu dan keluarga bahagia dan bersyukur atas keselamatan operasi dan kelahiran bayi
 - Ibu mengatakan nyeri luka operasi
 - Ibu mengatakan ibu merasa kedinginan

O: KU : Baik Kesadaran : Compos mentis

Terpasang infus RL 20 tpm, 1 buah DC urine 100 cc

Tampak luka operasi ± 14 cm diatas simphisis secara horizontal tertutup rapi dengan kassa steril, perdarahan tidak ada.

Obs. TTV :

TD: 110/80 mmHg

T/P : 36°C / $74^{\text{x/i}}$

RR : $18^{\text{x/i}}$

A: Ny. G usia 36 tahun $G_5P_4A_0$ dengan post SC ind. Plasenta previa totalis

Masalah : Nyeri pada luka operasi

P: Pantau keadaan umum ibu

Ev : Keadaan umum : baik

Berikan selimut untuk mengurangi dingin yang dirasakan ibu

Ev : ibu sudah memakai selimut

Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy :

Ev : Anjuran dokter yaitu : ceffriaxone 2x1, genmicyn 2x1, keterolak 3x1, ondansentron 8mg/12 jam, pct 3x1

- Anjurkan kepada ibu untuk mobilasi yaitu 12 jam setelah SC, atau setelah ibu Flatus

Ev: Ibu mengatakan akan mengikuti anjuran bidan

- Ganti pembalut ibu

Ev: Pembalut ibu sudah di gantiAnjurkan untuk menjaga kebersihan vagina

B. Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan Pre dan Post pada Ny. G Usia 36 Tahun, G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa, maka penulis akan membahas dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah varney yaitu sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan data yang diperlukan untuk diagnosis yaitu riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhannya, meninjau catatan medik pasien. Untuk memperoleh data penulis melakukan pendekatan dengan pengamatan langsung, wawancara kepada klien dan keluarga, pemeriksaan fisik baik inspeksi, palpasi, auskultasi serta perkusi serta data penunjang berupa catatan medik dan buku status ibu.

Menurut Sarwono (2014) Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. Plasenta previa dapat diketahui dengan cara anamnesis dimana dikaji riwayat pendarahan, darah merah segar, tanpa rasa nyeri, tanpa sebab. Pemeriksaan fisik pada palpasi leopold IV juga salah satu pendukung plasenta previa. Jika bagian terbawah janin belum masuk PAP, maka kemungkinan terjadi kehamilan plasenta previa. Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostic untuk mendukung diagnosis plasenta previa, pada pemeriksaan USG tersebut dapat dilihat letak plasenta.

Pada studi kasus Pre dan Post SC Ny. G Usia 36 Tahun, G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa data subjektif adalah ibu mengatakan keluar darah merah segar dari vagina sejak tadi pagi, ibu mengatakan ini kehamilan ke 5, ibu mnegtakan sudah pernah melakukan pemeriksaan USG pada saat usia kehamilan 7 bulan dan saat itu juga ibu mengetahui bahwa ibu dengan kehamilan plasenta previa, sedangkan data objektif didapatkan yaitu pada hasil USG terdapat Plasenta berada di segmen bawah rahim menutupi ostium uteri internum. Pada langkah ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

2. Interpretasi Data

Menurut Nugroho (2014) diagnosis plasenta previa dapat ditegakkan dengan keterangan ibu mengeluarkan darah merah segar dari vagina tanpa rasa nyeri dan terjadi berulang, dan pada pemeriksaan fisik pada palpasi leopold IV apabila janin belum masuk PAP. Pada kasus Pre dan Post SC Ny. G Usia 36 Tahun, G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa ditemukan masalah yaitu keluarnya darah meraH segar dari vagina membasahi setengah doek, dan ibu merasa cemas dengan keadaannya saat ini. Sehingga kebutuhan yang diberikan adalah penjelasan tentang keadaannya dan penjelasam tentang plasenta previa, dan dukungan emosional serta persalinan SC. Pada langkah ini tidak ada ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

3. Diagnosa Potensial

Dalam merumuskan diagnosa/ masalah potensial dengan manajeen asuhan kebidanan adalah pengambilan keputusan untuk mempersiapkan segala sesuatu yang mungkin saja terjadi yang dapat membahayakan pasien.

Menurut Taufan (2014) komplikasi plasenta previa pada ibu adalah perdarahan post partum dan syok karena kurang kuatnya kontraksi segmen bawah rahim, infeksi dan trauma dan uterus/serviks. Komplikasi yang terjadi pada bayi adalah prematuritas dengan angka kematian cukup tinggi. Pada kasus Pre dan Post SC Ny. G Usia 36 Tahun, G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa, pada Ny. G dan bayi tidak mendapatkan masalah potensial. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang dijelaskan pada tinjauan teori sehingga terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

4. Tindakan Segera

Tindakan ini dilakukan jika ditemukan adanya diagnosa potensial dan atau masalah emergency sehingga membutuhkan tindakan segera atau tindakan kolaborasi.

Menurut teori jika mengalami komplikasi diluar wewenang bidan maka tindakan segera yang harus dilakukan adalah melakukan kolaborasi dengan dokter atau merujuk ke tempat pelayanan kesehatan yang memiliki fasilitas lengkap.

Pada kasus Ny. G Usia 36 Tahun, G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa, didapatkan perlunya kolaborasi dengan dokter untuk mengantisipasi komplikasi – komplikasi yang akan terjadi terhadap ibu.

Sesuai dengan teori apabila persalinan dibiarkan berlangsung terus, tindakan segera yang dapat dilakukan yaitu melakukan kolaborasi dengan dokter obgyn untuk Penganan persalinan SC

Menurut Manuaba (2016) persalinan plasenta previa termasuk kedalam kehamilan resiko tinggi. Sesuai standar pelayanan kebidanan nomor 4 tujuan nomor 1 yaitu memberikan pelayanan antenatal berkualitas dan deteksi dini komplikasi kehamilan. Sehingga sikap bidan sebagai tenaga kesehatan dalam menangani komplikasi ini yaitu melakukan tindakan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya yaitu dokter kandungan dan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

5. Intervensi

Intervensi atau perencanaan adalah kelanjutan manajemen terhadap masalah yang dialami atauantisipasi diagnosa potensial yang mungkin akan terjadi. Pada kasus Ny. G Usia 36 Tahun, G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa

Perencanaan asuhan kebidanan yang diberikan yaitu beritahu hasil pemeriksaan, observasi keadaan umum ibu, pantau perdarahan pervaginam, menjelaskan tentang plasenta previa totalis, anjurkan ibu tirah baring, anjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene terutama dibagian genetalia, Persalinaan SC. Sehingga dalam langkah ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktek.

6. Implementasi

Penatalaksanaan tindakan dibuat berdasarkan intervensi yang dibuat sebelumnya. Rencana tindakan yang dibuat sesuai dengan teori yaitu : memberitahu tentang kondisi ibu, menjelaskan tentang plasenta previa, menganjurkan ibu untuk tirah baring dan mengantar ibu ke ruang operasi.

Ny. G dengan persalinan plasenta previa dengan SC di Ruang Operasi. Operasi berlangsung 1 jam 5 menit. Bayi lahir pukul 14:37 keadaan umum ibu dan bayi baik. Jam 15.05 ibu masuk ruangan nifas. ibu mengatakan bahagia dengan kelahiran bayi dan kelancaran proses operasi serta ibu mengatakan merasa kedinginan. Hasil pemeriksaan ibu yaitu : TD: 110/80 mmHg, T/P : 36°C/74 kali/menit, RR: 18 kali/menit. Keadaan ibu dan bayi baik. Tindakan yang dilakukan adalah pemberian selimut, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy mengatasi nyeri .setelah 2 jam post SC observasi keadaan umum ibu dan mengganti pembalut untuk lochea. Pada langkah ini tidak terjadi kesenjangan teori dengan praktek yang dilakukan dilapangan.

7. Evaluasi

Menurut Prawirohardjo, pada teori manajemen asuhan kebidanan evaluasi merupakan langkah akhir dari proses manajemen asuhan kebidanan. Mengevaluasi pencapaian dengan kriteria yang diidentifikasi, memutuskan apakah tujuan telah tercapai atau belum tercapai (Prawirohardjo, 2014).

Pada teori, evaluasi yang telah ditunjukkan dari kasus ini, diperoleh hasil: Pasien dilakukan operasi SC, keadaan umum ibu baik kesadaran: *compos mentis*, TTV:TD:110/80 mmHg, RR : 18x/menit, P: 74x/menit, T: 36°C Tampak luka

operasi 14 cm diatas simphisis secara horizontal. Bayi

lahir pukul 14:37, jenis kelamin laki-laki, BB: 2950. keadaan umum bayi baik.

STI Kes Santa Elisabeth
Medan

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis membahas tentang asuhan kebidan dengan Persalinan

plasenta previa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tanggal 22 maret 2018,
maka penulis mengambil beberapa kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian pada Ny. G Usia 36 Tahun, G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa dimana data yang diperoleh dari data subjektif dan data objektif ibu mengalami persalinan plasenta previa.
2. Interpretasi data pada kasus didapatkan diagnosa sebagai berikut “ Ny. G Usia 36 Tahun, G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa”. Masalah dari kasus ini adalah keluarnya darah merah segar dari vagina dan perasaan cemas. Kebutuhan yang diperlukan Ny. G adalah memberikan penjelasan atas keluhan dan kondisi persalinan ibu saat ini, memberikan dukungan emosional.
3. Diagnosa masalah potensial pada kasus Ny. G Usia 36 Tahun, G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa akan terjadi perdarahan hebat, syok, prematuritas pada bayi. namun tidak terjadi karena pasien cepat mendapatkan penanganan yang tepat.
4. Tindakan segera pada kasus Ny. G Usia 36 Tahun, G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa, adalah membawa pasien ke Ruang VK, tirah baring, pemasangan infus, dan memantau perdarahan dan tindakan kolaborasi dengan dokter.

5. Rencana tindakan pada kasus Ny. G Usia 36 Tahun, G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa adalah sesuai dengan kebutuhan pasien yaitu berupa tirah baring, pemasangan infus, dukungan emosional, persalinan operasi SC.
6. Penatalaksanaan yang dilakukan di rumah sakit di ruangan VK telah diberikan pada tanggal 22 maret 2018 yaitu tirah baring, pemasangan infus, dukungan emosional, persalinan operasi SC. Sehingga didapat hasil sebagai berikut dimana Ny. G dengan persalinan plasenta previa dengan SC di Ruang Operasi. Operasi berlangsung 1 jam 5 menit. Bayi lahir pukul 14:37 keadaan umum ibu dan bayi baik. Jam 15.05 ibu masuk ruangan nifas. ibu mengatakan bahagia dengan kelahiran bayi dan kelancaran proses operasi serta ibu mengatakan merasa kedinginan. Hasil pemeriksaan ibu yaitu : TD: 110/80 mmHg, T/P : 36⁰C/74 kali/menit, RR: 18 kali/menit. Tindakan yang dilakukan adalah pemberian selimut, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy mengatasi nyeri . Setelah 2 jam post SC observasi keadaan umum ibu dan mengganti pembalut untuk lochea
7. Evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan asuhan di ruangan operasi pada Ny. G Umur 36 Tahun, G₅P₄A₀ Usia Kehamilan 38 Minggu 4 Hari Dengan Plasenta Previa didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, TTV:TD:110/80 mmHg, RR : 18x/menit, P: 74x/menit,T: 36°C, Tampak luka operas 14 cm diatas simphisis secara horizontal. Bayi lahir pukul 14:37, jenis kelamin laki-laki, BB: 2950. keadaan umum ibu dan bayi baik

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan Institusi Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Institusi dapat menilai sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam menerapkan pengetahuan yang telah didapat dengan mempraktekkan dan menerapkan pada pasien/klien secara langsung

2. Bagi Lahan Praktek (Rumah Sakit Santa Elisabeth)

Untuk bidan maupun tenaga kesehatan lainnya dapat memberikan asuhan yang menyeluruh serta mendeteksi kelainan secara dini dan mencegah terjadinya komplikasi dalam masa kehamilan

3. Bagi klien

Kepada klien dapat melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC) sedini mungkin secara teratur dan selalu waspada terhadap segala resiko terjadinya komplikasi khususnya pada kasus plasenta previa totalis.

DAFTAR PUSTAKA

- Chairani,R. (2012). *Asuhan Persalinan Normal*.Jakarta: ISBN
- Fauziyah,yulia.2016.*Obstetri Patologi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Karakteristik Penderita Perdarahan Antepartum Yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2004-2008 oleh Jemadi, 2018, di unduh https://www.researchgate.net/publication/42356182_Karakteristik_Penderita_Perdarahan_Antepartum_Yang_Dirawat_Inap_Di_Rumah_Sakit_Santa_Elisabeth_Medan_Tahun_2004-2008, Diakses 15 Mey,2018
- Manuaba.2016.*Gawat DaruratObstetri Ginekologi & Obstetri Ginekologi Sosial Untuk Profesi Bidan*.Jakarta: EGC
- Masudik,ari dkk.2015.*Basic Obstetri & Neonatal Life Support BONELS*. Bekasi: GADAR Medik Indonesia
- Nugroho,taufan.2011. *Buku Ajar.Obstetri*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- .2014. *Kasus Emergency Kebidanan*.Yogyakarta: Nuha Medika
- Prawirohardjo,sarwono.2014.*Ilmu Kebidanan*.Jakarta: PT Bina Pustaka/ Sarwono Prawirohardjo
- Taber,benzion.2012.*Kagawatdaruratan Obstetri Dan Ginekologi*.Jakarta: EGC
- Trianingsi,Indah dkk.2015.*Faktor-Faktor Berpengaruh Pada Timbulnya Kejadian Plasenta Previa*.Jakarta: YARSI
- Saifuddin,abdul.2009.*Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Noenatal*.Jagrarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirwardjo

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

STI Kes Santa Elisabeth
Medan