

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN PLASENTA
PREVIA TOTALIS DI PUSKESMAS PARGARUTAN
PADA TAHUN 2021**

Laporan Tugas Akhir

Disusun untuk Melengkapi Salah Satu Syarat Mencapai Gelar Ahli Madya Kebidanan
pada Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan
Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan



Disusun Oleh :

INA SHARA RAMADANI HARAHAP
NIM : 18020008

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2021**

HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN PLASENTA PREVIA TOTALIS DI PUSKESMAS PARGARUTAN PADA TAHUN 2021

Laporan Tugas Akhir ini telah Memenuhi Persyaratan dan Disetujui Untuk Mengikuti Sidang LTA Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, Juni 2021

Pembimbing

(**Novita Sari Batubara, SST , M.Kes**)
NIDN 0125118702

HALAMAN PENGESAHAN

Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan
Universitas Afa Royhan di Kota Padaangsidimpuan

Padangsidimpuan, September 2021

Penguji I

Penguji II

(Lola Pebrianthy, SST, M.Keb)
NIDN : 0123029102

(Ratna Dewi Siregar SST, MKM.)
NIDN : 0127069201

Mengetahui,
Dekan

(Arinil Hidayah, SKM, M.Kes)
NIDN : 0118108703

MOTTO

Kecerdasan bukan penentu kesuksesan, tetapi kerja keras merupakan penentu kesuksesanmu yang sebenarnya.

Jangan berhenti berupaya ketika kita menemui kegagalan.

Karena Kegagalan adalah cara Tuhan mengajari kita Tentang Arti Kesungguhan.



RIWAYAT PENULIS

Data Pribadi

Nama : Ina Shara Ramadani Harahap
NIM : 18020008
Tempat/Tanggal Lahir : Pargarutan Tonga, 13 Desember 1999
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Keluarga : Anak Kandung
Alamat : Pargarutan Tonga Kecamatan Angkola Timur

Data Orang Tua

Nama Ayah : Suangkupon Harahap
Nama Ibu : Rahmatun Azmy Ritonga
Pekerjaan Ayah : Wiraswasta
Pekerjaan Ibu : PNS
Alamat : Pargarutan Tonga Kecamatan Angkola Timur

Riwayat Pendidikan

Tahun 2006 – 2012 : SDN NO. 100390 Pargarutan
Tahun 2013 – 2015 : SMP Negeri 1 Angkola Timur
Tahun 2016 – 2018 : SMA Negeri 1 Padangsidempuan
Tahun 2018 – 2021 : D – III Kebidanan Universitas Aufa Royhan
di Kota Padangsidempuan

**Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan
Studi Kebidanan Diploma Tiga Fakultas Kesehatan
Tahun 2021**

INTISARI

¹Ina Shara Ramadani Harahap, ²Novita Sari Batubara, SST, M.Kes

¹Mahasiswa Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga

²Dosen Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN PLASENTA
PREVIA TOTALIS DI PUSKESMAS PARGARUTAN TAHUN 2021**

Latar Belakang : Di Indonesia, total kasus plasenta previa 4.726, didapati 36 orang ibu meninggal. Berdasarkan dari data Survey awal RSUPH. Adam Malik Medan Periode Tahun 2016-2017 ditemukan kasus ibu hamil yang mengalami plasenta previa sebanyak 54 kasus. Kematian ibu terjadi disebabkan karena komplikasi kehamilan yang tidak melakukan kunjungan selama hamil secara rutin.

Tujuan : Untuk mengetahui bagaimana asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil dengan plasenta previa totalis.

Metode : Penelitian berupa bentuk laporan studi kasus menggunakan metode deskriptif. Subjektif penelitian adalah Ny. D dengan kehamilan plasenta previa totalis. Objek penelitian adalah Ny. D. Tempat penelitian di Puskesmas Pargarutan .

Kesimpulan : Hasil asuhan kebidanan penulis telah melakukan asuhan sesuai dengan manajemen 7 langkah varney mulai pengumpulan data, interpretasi data, diagnosa potensial, antisipasi akan tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Dari pembahasan studi kasus berjalan dengan lancar dan tidak terdapat kesenjangan. **Saran :** Diharapkan Laporan Tugas Akhir ini dapat digunakan sebagai masukan khususnya pada ibu hamil yang mengalami plasenta previa dan tenaga kesehatan agar dapat mengatasi masalah pada pada ibu hamil dengan plasenta previa

Kata Kunci : Kehamilan dengan Plasenta Previa

Referensi : 4 Buku, 2 Jurnal

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan “Laporan Tugas Akhir” yang berjudul “Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dengan Letak Plasenta Previa Totalis pada Ny D G₂ P₁ A₀ Di Puskesmas Pargarutan pada Tahun 2021”

Penulis menyadari bahwa penulisan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kata sempurna karna pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki sangat terbatas sehingga dalam menyelesaikan penelitian ini penulis banyak dibantu oleh berbagai pihak, untuk itu pada pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya kepada :

- 1 Bapak Dr. Anto J Hadi, SKM, M.Kes, MM Selaku Rektor Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
- 2 Ibu Arinil Hidayah, M.Kes selaku Dekan Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
- 3 Novita Sari Batubara SST, M.Keb selaku ketua Progam Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Kebidanan.
- 4 Seluruh staff dosen universitas aufa royhan yang telah mendidik dan memberikan ilmu yang bermanfaat dari awal perkuliahan hingga selesai
- 5 Terimakasih kepada kedua orang tuaku tercinta Ayahanda Suangkupon Harahap dan Ibunda Rahmatun Azmy Ritonga yang telah medidik, memberikan kasih sayang dan mendoakan disetiap langkahku dalam menyelesaikan perkuliahan selama 3 tahun dan memberikan semangat pada saat menyelesaikan perkuliahan dan Laporan Tugas Akhir
- 6 Terima kasih kepada saudara kandung Ari Angraini Harahap, Anggi Sahri Gunawan Harahap, Lena Zalvia Nazwa Harahap dan juga semua keluarga yang selalu mendukung dan mendoakan saya dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir.
- 7 Terima kasih kepada petugas kesehatan Puskesmas Pargarutan yang memberikan saya izin praktek dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini

- 8 Terima kasih kepada Ny. D yang telah bersedia menjadi pasien dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir
- 9 Terima kasih kepada sahabat dan orang terkasih yang selalu memberi semangat, motivasi, mendoakan saya dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
- 10 Terima kasih kepada Mahasiswa D3 Kebidanan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan Angka VII yang selalu menjadi senyum serta semangat saya dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir.

Mudah mudahan laporan tugas akhir ini bisa bermanfaat bagi penulis Khususnya bagi pihak yang membacanya.

Padangsidempuan, Juni 2020
Penulis

INA SHARA RAMADANI HARAHAHAP
18020008

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Daftar Tabel.....	iii
Daftar Gambar	iv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan.....	3
D. Manfaat	4
E. Ruang Lingkup	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori Medis	6
B. Landasan Hukum Kewenangan Bidan	29
BAB III ASUHAN KEBIDANAN	
A. Pengumpulan Data	37
B. Interpretasi Data	45
C. Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial.....	46
D. Tindakan Segera dan Kolaborasi	46
E. Perencanaan	47
F. Pelaksanaan.....	47
G. Evaluasi	49
H. Data Perkembangan.....	51
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar.....	55
B. Langkah II : Interpretasi Data	57
C. Langkah III : Identifikasi Diagnoda atau Masalah Potensial.....	58
D. Langkah IV : Tindakan Segera/ Kolaborasi.....	59
E. Langkah V : Perencanaan	59
F. Langkah VI :Pelaksanaan	60
G. Langkah VII: Evaluasi.....	61
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	62
B. Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa kematian ibu yang disebabkan perdarahan khususnya akibat plasenta previa berkisar 15-20% kematian ibu dan insidennya adalah 0,8-1,2% untuk setiap kelahiran. Di Negara-negara berkembang berkisar antara 1% sampai 2,4% dan di negara maju lebih rendah yaitu kurang dari 1%. Angka kematian pada beberapa rumah sakit umum pemerintah Indonesia dilaporkan bahwa insiden plasenta previa berkisar antara 1,7% sampai 2,9%. WHO melaporkan bahwa kematian ibu bersalin diperkirakan 500.000 kematian setiap tahun. Tragisnya bahwa 99% dari kematian ibu bersalin terjadi di negara berkembang, termasuk Indonesia yang disebabkan oleh perdarahan, eklampsia dan infeksi (Ruqoiyah, 2017).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 dan Sustainable Developments Goals (SDG's). AKI didefinisikan sebagai jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh perdarahan seperti plasenta previa, infeksi dan lainnya (Profil Kesehatan Indonesia, 2017). Hasil penelitian di Indonesia, totalnya 4.726 kasus plasenta previa, didapati 36 orang ibu meninggal (Sumatera Utara PK, 2014).

Prevelansi plasenta previa pada negara maju adalah berkisar antara 0,26% sampai 2,00% dari seluruh jumlah kehamilan. Contohnya di negara Cina

jumlah kasus plasenta previa sebanyak 2,4% sampai 3,56% dari seluruh kehamilan. Sedangkan di Indonesia dilaporkan oleh beberapa peneliti kasus plasenta previa berkisar antara 2,4% sampai 3,6% dari seluruh kehamilan (Fitrianingsih, 2014).

Berdasarkan dari data Survey awal RSUPH. Adam Malik Medan Periode Tahun 2016-2017 ditemukan kasus ibu hamil yang mengalami plasenta previa sebanyak 54 kasus. Kematian ibu terjadi disebabkan karena komplikasi kehamilan yang tidak melakukan kunjungan selama hamil secara rutin. Jumlah kematian ibu tertinggi tahun 2017 tercatat di Kabupaten Labuhanbatu dan Kabupaten Deli Serdang sebanyak 15 kematian, disusul Kabupaten Langkat dengan 13 kematian serta Kabupaten Batubara sebanyak 11 kematian. Jumlah kematian terendah pada tahun 2017 tercatat di kota Pematang Siantar dan Gunung Sitoli masing-masing 1 kematian. Bila jumlah kematian ibu di konversi dalam jumlah kematian ibu, maka AKI di Sumatera Utara adalah sebesar 85/100.000 kelahiran hidup (Dinkes Provsu, 2017).

Perdarahan yang terjadi pada ibu dibagi menjadi dua yaitu perdarahan sebelum persalinan (*antepartum bleeding*) dan perdarahan sesudah persalinan (*postpartum bleeding*). Perdarahan antepartum merupakan 3% dari semua persalinan, penyebabnya yaitu abortus, plasenta previa, solusio plasenta, dan inversi uterus merupakan penyebab langsung paling banyak mengakibatkan kematian ibu. Berdasarkan survey awal yang dilakukan peneliti RSUD Kota Padangdimpunan tahun 2013 ditemukan 27 persalinan dengan Intra Uteri Fetal Death (IUFD) diantara 1510 persalinan. Diketahui bahwa kasus IUFD berdasarkan faktor plasenta previa yaitu sebanyak 15 kasus (55,5%). Plasenta

previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat secara abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian jalan lahir (Rekam Medik RSUD Kota Padangsidempuan 2013).

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah saya lakukan di Puskesmas Pargarutan pada 12 Desember 2019 di dapat satu kasus dengan keluhan keluar darah dari vagina dengan warna merah segar, dengan nyeri yang sangat hebat, sehingga dalam kasus ini ibu mengalami plasenta totalis, berdasarkan kejadian ini penulis tertarik untuk membuat Laporan Tugas Akhir dengan judul “ Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Plasenta Previa Totalis di Puskesmas Pargarutan Tahun 2021 “ .

B. RUMUSAN MASALAH

Bagaimana Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Plasenta Previa Totalis di Puskesmas Pargarutan Tahun 2021?

C. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana Asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien dengan Plasenta Previa Totalis secara optimal.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengumpulkan data dasar / pengkajian pada ibu dengan Plasenta Previa Totalis di Puskesmas Pargarutan Tahun 2021
- b. Melakukan interpretasi data pada ibu dengan Plasenta Previa Totalis di Puskesmas Pargarutan Tahun 2021

- c. Menetapkan diagnosa potensial pada ibu dengan Plasenta Previa Totalis di Puskesmas Pargarutan Tahun 2021
- d. Menetapkan tindakan segera pada ibu dengann Plasenta Previa Totalis di Puskesmas Pargarutan Tahun 2021
- e. Merencanakan asuhan kebidanan pada ibu dengan Plasenta Previa Totalis di Puskesmas Pargarutan Tahun 2021
- f. Melakukan asuhan pada ibu dengan Plasenta Previa Totalis di Puskesmas Pargarutan Tahun 2021
- g. Melakukan evaluasi pada ibu dengan Plasenta Previa Totalis di Puskesmas Pargarutan Tahun 2021

D. MANFAAT PENULISAN

1. Bagi Institusi

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

2. Bagi Tempat Pengkajian

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

3. Bagi Penulis

Dapat menerapkan ilmu yang telah diperoleh serta mendapatkan pengalaman dalam melaksanakan asuhan kebidanan secara langsung

pada ibu sehingga dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dalam melaksanakan tugas bidan.

E. RUANG LINGKUP PENULIS

1. Ruang Lingkup Materi

Materi yang diberikan adalah faktor penyebab terjadinya Plasenta Previa Pada Kehamilan.

2. Ruang Lingkup Responden

Responden penulisan yaitu Ibu Hamil dengan Plasenta Previa.

3. Ruang Lingkup Waktu

Waktu penulisan dimulai sejak pelaksanaan studi pendahuluan sampai studi kasus yaitu pada bulan Januari sampai April pada tahun 2021.

4. Ruang Lingkup Tempat

Tempat penulisan dilakukan di Puskesmas Pargarutan .

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORI

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah sebuah proses yang dimulai dari tahap konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu) dihitung dari hari pertama hari terakhir (Widatiningsih & Dewi, 2017)

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam 40 minggu bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi (Walyani, 2015).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah suatu proses yang diawali dengan penyatuan spermatozoa dan ovum (fertilisasi) dan dilanjutkan dengan implantasi atau nidasi hingga lahirnya bayi yang lamanya berkisar 40 minggu (Walyani, 2015).

b. Lingkup Asuhan Kehamilan

Adapun lingkup asuhan kehamilan pada ibu hamil adalah meliputi :

- 1) Mengumpulkan data riwayat kesehatan dan kehamilan serta menganalisis tiap kunjungan / pemeriksaan ibu hamil.
- 2) Melaksanakan pemeriksaan fisik secara sistematis dan lengkap.
- 3) Melakukan pemeriksaan abdomen dan termasuk tinggi fundus uteri/posisi/presentasi dan penurunan janin.
- 4) Melakukan penilaian pelvic ukuran dan struktur fraktur panggul.
- 5) Menilai keadaan janin selama kehamilan termasuk denyut jantung janin dengan feteskope/pinard dan gerakan janin dengan palpasi.
- 6) Menghitung usia kehamilan dan hari perkiraan lahir (HPL).
- 7) Mengkaji status nutrisi dan hubungannya dengan komplikasi.
- 8) Memberi penyuluhan tanda-tanda bahaya dan bagaimana menghubungi bidan.
- 9) Melakukan penatalaksanaan kehamilan dengan anemia ringan, hyperemesis gravidarum tingkat I, abortus imminens dan preeclampsia ringan.
- 10) Menjelaskan cara mengurangi ketidaknyamanan kehamilan memberi imunisasi.

c. Tujuan Asuhan Kehamilan

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang.
- 2) Meningkatkan dan memperthankan kesehatan fisik, mental dan sosial pada ibu dan bayi.

- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

d. Standart Asuhan Kehamilan

Kebijakan program : Anjuran WHO

- 1) Trimester I : Satu kali kunjungan
- 2) Trimester II : Satu kali kunjungan
- 3) Trimester III : Dua kali kunjungan

Standar Minimal Asuhan Antenatal : “7T”

- 1) Timbang berat badan
- 2) Tinggi fundus uteri
- 3) Tekanan darah
- 4) Tetanus toxoid
- 5) Tablet FE
- 6) Tes PMS
- 7) Temu Wicara

e. Tanda – tanda Kehamilan

- 1) Tanda Kemungkinan Hamil

- a) Perut membesar
- b) Uterus membesar : terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi dari rahim.
- c) Tanda Hegar : ditemukannya serviks dan itimus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu.
- d) Tanda Chadwick : yaitu warna kebiruan pada serviks, vagina dan vulva.
- e) Tanda Piskaseck : yaitu pembesaran uterus ke salah satu arah sehingga menonjol jelas ke arah tersebut.
- f) Adanya kontraksi – kontraksi kecil uterus bila di rangsang = Braxton-Hicks.

2. Tanda Pasti Hamil

- a) Gerakan janin dan bagian – bagian janin yang dapat dilihat, dirasa dan diraba.
- b) Denyut jantung janin :
 - (1). Didengar dengan stetoskop – monoral Leanece.
 - (2).Dicatat dan di dengar dengan Doppler.
 - (3).Dicatat dengan fetoelektrokardiogram.
- c) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, adanya gambaran embrio.
- d) Pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya rangka janin, terlihat tulang – tulang janin pada rontgen.

3. Tanda Dugaan Hamil

- a) Mengidam (ingin makanan khusus)
- b) Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu
- c) Amenorea (tidak dapat haid)
 - a. Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HT) supaya dapat ditaksir tuanya kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP) dengan memakai rumus dari Naegle.
- d) Mual dan muntah (Nausea dan Vomiting)

Biasanya terjadi pada bulan – bulan pertama kehamilan sampai akhir triwulan pertama. Karena sering terjadi pada waktu pagi hari disebut morning sickness . Bila mual muntah terlalu sering maka disebut hyperemesis terutama pada bulan – bulan pada triwulan pertama.
- e) Tidak ada selera makan (Anoreksia)

Hanya berlangsung pada triwulan pertama pada kehamilan, kemudian nafsu makan akan meningkat kembali.
- f) Payudara membesar, tegang dan sedikit nyeri, disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli payudara.
- g) Miksi / sering buang air kecil, karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar.

f. Tanda Bahaya Kehamilan

1) Perdarahan Pervaginaan

Perdarahan pervaginaan dalam masa kehamilan jarang yang normal / fisiologis. Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami pendarahan / spotting disekitar waktu pertama terlambat haidnya. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi dan hal tersebut normal terjadi. Perdarahan pada masa kehamilan yang patologis dibagi menjadi dua bagian yaitu sebagai berikut:

a) Perdarahan pada awal masa kehamilan

Yaitu perdarahan yang terjadi pada masa kehamilan kurang dari 22 minggu. Perdarahan pervaginaan dikatakan tidak normal bila ada tanda – tanda berikut :

- a. Keluar darah merah
- b. Perdarahan yang banyak
- c. Perdarahan dengan nyeri. Perdarahan semacam ini perlu dicurigai terjadinya abortus, kehamilan ektopik, atau kehamilan mola.

b) Perdarahan pada masa kehamilan lanjut yaitu perdarahan yang terjadi pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum persalinan. Perdarahan tidak normal bila terdapat tanda – tanda berikut :

- a. Keluar darah merah segar atau kehitaman dengan bekuan
- b. Perdarahan banyak kadang – kadang / tidak terus – menerus
- c. Perdarahan disertai rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa, solusio plasenta, dan ruptur uteri. Selain itu, perlu dicurigai adanya pembekuan darah.

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang hebat dapat terjadi selama kehamilan dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sebagai berikut :

- a. Sakit kepala yang hebat
- b. Sakit kepala yang menetap
- c. Tidak hilang dengan istirahat

Terkadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau terbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklampsia.

3) Masalah penglihatan kabur

Penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah

perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang.

4) Bengkak pada muka dan tangan

Oedema adalah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan dan muka. Oedema ringan sering ditemukan pada kehamilan biasa sehingga tidak seberapa penting untuk penentuan diagnosis preeklampsian. Selain itu, kenaikan berat badan $\frac{1}{2}$ kg setiap minggunya dalam kehamilan masih dianggap normal, tetapi bila kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali, maka perlu kewaspadaan terhadap timbulnya preeklampsia. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius apabila ditandai dengan tanda- tanda berikut ini :

- a) Jika muncul pada muka dan tangan
- b) Bengkak tidak hilang setelah istirahat
- c) Bengkak disertai dengan keluhan fisik lainnya, seperti :
sakit kepala yang hebat, pandangan kabur. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklampsia.

5) Nyeri perut yang hebat.

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin

menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang punggul, persalinan pattern, infeksi saluran kemih.

- 6) Gerakan bayi yang berkurang
 - a) Gerakan janin adalah suatu hal yang biasa terjadi pada kehamilan yaitu pada usia kehamilan 20-24 minggu. Ibu mulai merasakan gerak bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal.
 - b) Gerakan janin tersebut dapat dipengaruhi oleh berbagai hal yaitu umur kehamilan, stimulus pada suara, kebiasaan janin, ibu yang merokok, dan penggunaan obat-obatan oleh ibu hamil. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam.
 - c) Hal yang paling penting bahwa ibu hamil perlu waspada terhadap jumlah gerakan janin, ibu hamil perlu melaporkan jika terjadi penurunan / gerakan janin yang terhenti.
 - d) Menilai gerakan janin yang berkurang dapat dilakukan dengan metode perhitungan gerakan janin oleh Cardiff Count to ten yaitu perhitungan sekali dalam sehari, membuat standar perhitungan pada waktu yang sama, catat

berapa lama yang dibutuhkan untuk mencapai 10 gerakan dan harus ada sedikitnya 10 gerakan yang teridentifikasi dalam 10 jam.

- e) Jika kurang dari 10 gerakan dalam 10 jam atau jika terjadi maka uji *NST* (*non stress-test*) harus dilakukan secepatnya.

2. Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah minggu ke 28 masa kehamilan. Perdarahan antepartum dapat berasal dari :

a. Plasenta

Meliputi plasenta previa, solusio plasenta dan ruptur sinus marginal.

b. Lokal pada saluran genitalia

- 1) Show
- 2) Serviks : servicitis, polip, erosi serviks dan keganasan
- 3) Trauma : trauma saat hubungan seksual
- 4) Vulvovaginal varicosities
- 5) Tumor saluran genital
- 6) Infeksi saluran genital
- 7) Hematuria

c. Insersi tali pusat

Insersi tali pusat yang normal pada plasenta biasanya ditengah (insersio sentralis), di pinggir plasenta (insersio

marginal) dan kadang-kadang pada plasenta, tetapi pada selaput janin disebut insersio velamentosa.

Meliputi vasa previa adalah penyakit komplikasi dalam kehamilan yang ditandai dengan adanya pembuluh darah dari tali pusat janin yang melintas di mulut rahim (serviks). Plasenta previa merupakan penyebab utama perdarahan antepartum. Perdarahan akibat plasenta previa terjadi secara progresif dan berulang karena proses pembentukan segmen bawah rahim. Sampai saat ini belum terdapat defenisi yang tepat mengenai keparahan derajat perdarahan antepartum. Sering kali jumlah darah yang keluar dari jalan lahir tidak sebanding dengan jumlah perdarahan sebenarnya sehingga sangat penting untuk membandingkan jumlah perdarahan dengan keadaan klinis pasien. Terdapat beberapa defenisi yang dapat digunakan untuk menggambarkan perdarahan antepartum :

- 1) Spotting – terdapat bercak darah pada pakaian dalam
- 2) Perdarahan minor – kehilangan darah <50 ml
- 3) Perdarahan mayor – kehilangan darah 50 – 100 mL tanpa tanda klinis syok
- 4) Perdarahan masyif – kehilangan darah > 1000 mL dengan / tanpa tanda klinis syok

3. Kelainan Implantasi Plasenta

Sebagian besar plasenta akan berimplantasi pada yang tempat yang subur agar dapat memberikan nutrisi yang cukup bagi janin pada dinding uterus bagian depan maupun belakang fundus uteri. Namun, hal ini tidak selalu terjadi sehingga menyebabkan berbagai kelainan implantasi plasenta. Kelainan implantasi plasenta di bagi menjadi :

a. Kelainan lokasi implantasi pada bagian bawah uterus. Bentuk dari kelainan ini berupa :

- 1) Plasenta previa totalis
- 2) Plasenta previa parsialis
- 3) Plasenta previa marginalis
- 4) Plasenta letak rendah

b. Kelainan kedalam implantasi plasenta

Hal ini disebabkan oleh kesuburan endometrium yang tidak sama pada cavum uteri, sehingga berimplantasi menembus sampai myometrium bahkan peritoneum yang melapisi uterus. Bentuk dari kelainan kedalam implantasi plasenta yaitu :

- 1) Plasenta akreta
- 2) Plasenta inkreta
- 3) Plasenta perkreta

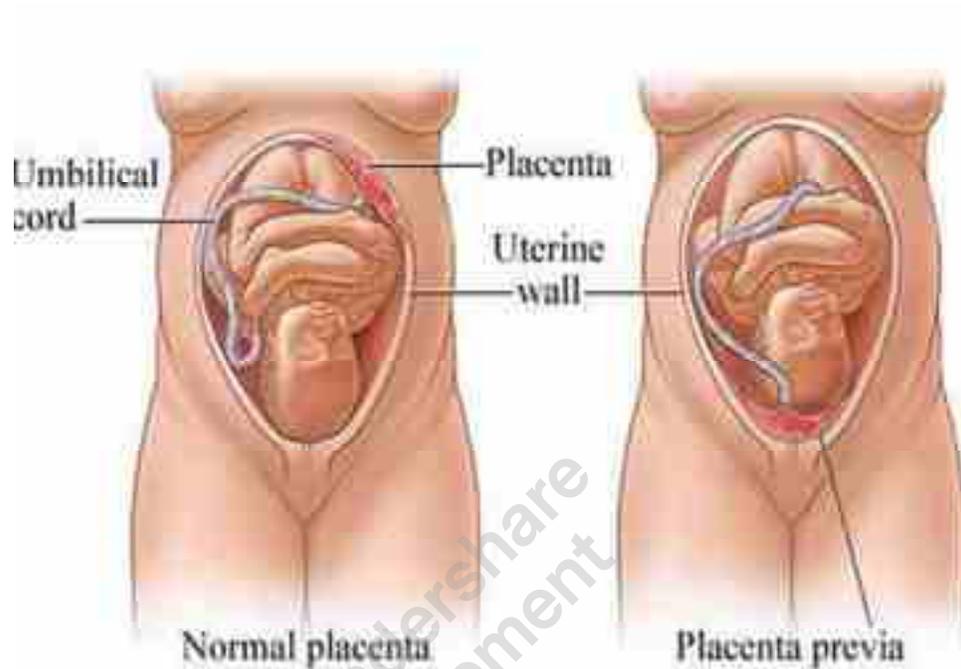
4. Plasenta Previa

a. Defenisi

Plasenta previa adalah plasenta yang ada di depan jalan lahir (prae = di depan ; vias = jalan). Jadi yang dimaksud ialah

plasenta yang implantasinya tidak normal, rendah sekali hingga menutupi seluruh atau sebagian ostium internum. Plasenta previa merupakan suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi seluruh atau sebagian pembukaan jalan lahir untuk bayi.

Secara sederhana, rahim berbentuk segitiga terbalik atau bisa juga dibayangkan seperti daun waru (clover) terbalik dengan tangkai di bawah. Normalnya plasenta previa terletak di bagian fundus, biasanya agak ke kiri atau ke kanan sedikit, tetapi tidak sampai meluas kebagian bawah apalagi menutupi jalan lahir. Patokan jalan lahir ini adalah ostium uteri internum (OUI) yaitu mulut rahim bila dilihat dari luar, dari arah vagina, disebut ostium uteri eksternum. Frekuensi plasenta previa meningkat pada grade multipara, primigravida tua, bekas seksio sesare, bekas aborsi, kelainan janin dan leiomioma uteri.



Gambar 2.1. Plasenta previa

b. Klasifikasi plasenta previa

Klasifikasi plasenta previa ada 4 tingkatan yaitu :

1) Plasenta previa totalis atau komplit

Yaitu plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum.

Pada jenis ini, jelas tidak mungkin bayi dilahirkan secara normal, karena resiko perdarahan sangat hebat.

2) Plasenta previa parsialis

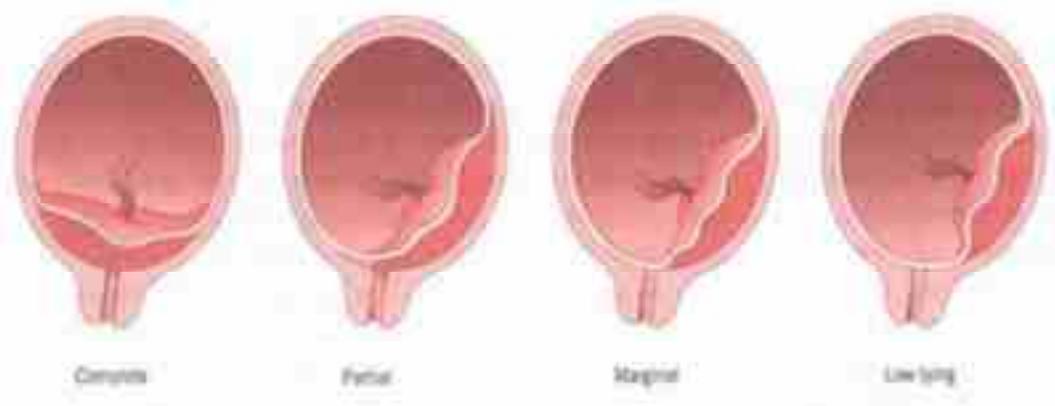
Yaitu plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum.

Pada jenis ini resiko perdarahan sangat besar, dan biasanya janin tetap tidak dilahirkan secara normal

3) Plasenta previa marginalis

Yaitu plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum. Hanya bagian tepi plasenta yang menutupi jalan lahir. Janin bisa dilahirkan secara normal, tetapi resiko perdarahan tetap besar.

- 4) Plasenta letak rendah, plasenta lateralis atau kadang disebut juga dengan dangerous placenta adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum. Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap plasenta letak normal. Resiko perdarahan tetap ada namun tidak besar, dan janin bisa dilahirkan secara normal asal tetap berhati – hati.



Gambar 2.2. Klasifikasi plasenta previa

c. Faktor penyebab masalah

Penyebab plasenta previa secara pasti sulit ditentukan, tetapi ada beberapa faktor yang meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa misalnya bekas operasi rahim (bekas sesar atau operasi mioma), sering mengalami infeksi rahim (radang panggul), kehamilan ganda, pernah mengalami plasenta previa, atau kelainan bawaan rahim. Plasenta previa meningkat kejadiannya pada keadaan – keadaan yang endometriumnya kurang baik, misalnya karena atrofi endometrium atau kurang baiknya vaskularisasi desidua.

Keadaan ini bisa ditemukan pada :

- a. Multipara, terutama jika jarak antara kehamilannya pendek.
- b. Mioma uteri
- c. Kuretasi yang berulang

- d. Bekas seksio sesare
- e. Perubahan inflamasi atau atrofi, misalnya pada wanita perokok atau pemakai kokain. Hipoksemi yang terjadi akibat karbon monoksida akan dikompensasi dengan hipertrofi plasenta.

Keadaan endometrium yang kurang baik menyebabkan plasenta harus tumbuh menjadi luas untuk mencukupi kebutuhan janin. Plasenta yang tumbuh meluas akan mendekati atau menutupi ostium uteri internum. Endometrium yang kurang baik juga dapat menyebabkan zigot mencari tempat implantasi yang lebih baik, yaitu di tempat yang rendah dekat ostium uteri internum. Plasenta previa juga dapat terjadi pada plasenta yang besar dan yang luas, seperti pada eritroblastosis, diabetes mellitus atau kehamilan multipel.

d. Tanda dan Gejala

- a. Perdarahan pada vagina tanpa nyeri
- b. Perdarahan berulang
- c. Warna perdarahan merah segar
- d. Adanya anemi dan renjatan yang sesuai dengan keluarnya darah
- e. Timbulnya perlahan – lahan
- f. Waktunya terjadi pada saat hamil
- g. His biasanya tidak ada
- h. Rasa tidak tegang (biasa) pada saat palpasi
- i. Denyut jantung janin ada
- j. Teraba jaringan plasenta pada periksa dalam vagina

- k. Penurunan kepala tidak masuk pintu atas panggul
- l. Presentasi mungkin abnormal

Menurut FKUI (2000), tanda dan gejala plasenta previa diantaranya adalah :

- a. Pendarahan tanpa sebab tanpa rasa nyeri dari biasanya dan berulang.
 - b. Darah biasanya berwarna merah segar.
 - c. Terjadi pada saat tidur atau saat melakukan aktivitas.
 - d. Bagian terdepan janin tinggi (floating), sering dijumpai kelainan letak janin.
 - e. Pendarhan pertama (first bleeding) biasanya tidak banyak dan tidak fatal, kecuali bila dilakukan periksa dalam sebelumnya. Tetapi perdarahan berikutnya (reccurent bleeding) biasanya lebih banyak.
- e. Faktor resiko**
- a. Wanita berumur lebih dari 35 tahun lebih beresiko
 - b. Multiparitas apalagi bila jaraknya singkat. Secara teori plasenta yang baru berusaha mencari tempat selain bekas plasenta sebelumnya.
 - c. Kehamilan kembar
 - d. Adanya gangguan anatomis atau tumor pada rahim sehingga mempersempit permukaan bagi penempelan plasenta.

- e. Adanya jaringan parut pada rahim oleh operasi sebelumnya. Dilaporkan tanpa jaringan parut beresiko 0,26 %. Setelah bedah sesar, bertambah berturut – turut menjadi 0,65 % setelah 1 kali, 1,8 % setelah 2 kali, 3 % setelah 3 kali, dan 10 % setelah 4 kali atau lebih
- f. Adanya endometriosis (adanya jaringan pada tempat yang bukan seharusnya, misalnya di indung telur) setelah kehamilan sebelumnya
- g. Riwayat plasenta previa sebelumnya, beresiko 12 kali lebih besar
- h. Adanya trauma pada saat kehamilan
- i. Kebiasaan tidak sehat seperti merokok dan minum alcohol
- j. Plasenta besar pada hamil ganda dan eritoblastosis atau hidrops fetalis
- k. Korpus luteum bereaksi lambat, dimana endometrium belum siap menerima hasil konsepsi

f. Patofisiologi

Perdarahan antepartum akibat plasenta previa terjadi sejak kehamilan 20 minggu atau saat segmen bawah uterus telah terbentuk dan mulai melebar serat menipis. Umumnya terjadi pada saat trimester ketiga karena segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan. Pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks menyebabkan sinus uterus robek karena

lepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena perobekan sinus marginalis dari plasenta. Perdarahan tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi seperti pada plasenta letak normal.

g. Manifestasi klinis

- a. Anamnesis : adanya perdarahan pervaginaan berwarna merah segar tanpa rasa nyeri pada kehamilan lebih 20 minggu dan berlangsung tanpa sebab. Terutama pada multigravida
- b. Pemeriksaan luar : sering ditemukan kelainan letak. Bila letak kepala di atas maka kepala belum memasuki pintu atas panggul
- c. Inspekulo : adanya darah dari uteri eksternum
- d. USG untuk menentukan letak plasenta : penentuan letak plasenta secara langsung dengan perabaan langsung melalui kanalis servikalis, tetapi pemeriksaan ini sangat berbahaya karena dapat menyebabkan perdarahan yang banyak. Oleh karena itu cara ini hanya dilakukan di atas meja operasi.

h. Komplikasi

- a. Pada ibu dapat terjadi perdarahan hingga syok akibat perdarahan, anemia karena perdarahan, plasentitis dan endometritis pasca persalinan. Pada janin biasanya terjadi persalinaan premature dan komplikasinya seperti asfiksia berat.

- b. Perdarahan post partum dan syok, karena kurang kuatnya kontraksi segemen bawah rahim, infeksi dan trauma dan uterus serviks.
- c. Terjadinya infeksi
- d. Laserasi serviks
- e. Plasenta akreta
- f. Prematuritas atau lahir mati pada bayi
- g. Prolaps tali pusat
- h. Prolaps plasenta.
- i. Pemeriksaan penunjang**
 - a. USG
 - b. CT Scan
 - c. Pemeriksaan Hb, hematokrit, HCT, COT, Golongan darah
 - d. Pemeriksaan dalam pada saat akan dilakukan operasi
 - e. Pemeriksaan inspekulo
 - f. Penentuan letak plasenta secara tidak langsung dapat melalui : radiografi, radio stop, ultrasonografi.
- j. Penatalaksanaan**
 - a. Konservatif bila : kehamilan kurang 37 minggu, perdarahan tidak ada atau tidak banyak 9 Hb masih dalam batas normal . Tempat tinggal pasien dekat dengan RS (dapat menempuh perjalanan dalam waktu 1 menit).
Perawatan konservatif dapat berupa :

- 1) Istirahat
- 2) Memberikan hematinic dan spasmolitik untuk mengatasi anemia
- 3) Memberikan antibiotik bila ada indikasi
- 4) Pemeriksaan USG, Hb, dan hematokrit

Bila selama 3 hari tidak terjadi perdarahan setelah melakukan perawatan konservatif maka lakukan mobilisasi bertahap. Pasien dipulangkan bila tetap tidak ada perdarahan. Bila timbul perdarahan segera bawa ke RS dan tidak boleh melakukan senggama.

- b. Penanganan aktif bila : perdarahan banyak tanpa memandang usia kehamilan. Umur kehamilan 37 minggu atau lebih, anak mati.

Penanganan aktif berupa :

- 1) Persalinan pervaginaan
- 2) Persalinan per abdominal

Penderita dipersiapkan untuk pemeriksaan dalam di atas meja operasi (double set up) yakni dalam keadaan siap operasi. Bila pada pemeriksaan dalam didapatkan :

- a) Plasenta previa marginalis
- b) Plasenta previa letak rendah
- c) Plasenta lateralis atau marginalis dimana janin mati dan serviks sudah matang, kepala sudah masuk pintu atas

panggul dan tidak ada perdarahan atau hanya sedikit maka lakukan amniotomi yang diikuti dengan drips oksitosin pada partus pervaginaan, bila gagal drips (sesuai dengan protap terminasi kehamilan).

- c. Ekspektatif : dilakukan apabila janin masih kecil sehingga kemungkinan hidup di dunia luar baginya kecil sekali. Sikap ekspektatif tertentu hanya dapat dibenarkan jika keadaan ibu baik dan perdarahan sudah berhenti atau sedikit sekali. Dahulu ada anggapan bahwa kehamilan dengan plasenta previa harus segera di akhiri untuk menghindari perdarahan yang fatal. Namun, sekarang ternyata terapi menunggu dapat dibenarkan dengan alasan sebagai berikut :
- 1) Perdarahan pertama pada plasenta previa jarang fatal
 - 2) Untuk menurunkan kematian bayi karena prematuritas

Syarat bagi terapi ekspektatif ialah bahwa keadaan ibu dan anak masih baik (Hb-nya normal) dan perdarahan tidak banyak. Penderita plasenta previa juga harus diberikan antibiotic mengingat kemungkinan terjadinya infeksi yang besar disebabkan oleh perdarahan dan tindakan – tindakan intra uterine. Jenis persalinan apa yang kita pilih untuk pengobatam plasenta previa dan kapan melaksanakannya bergantung pada faktor – faktor sebagai berikut :

- 1) Perdarahan yang banyak

- 2) Keadaan ibu dan anak
- 3) Besarnya pembukaan
- 4) Tingkat plasenta previa
- 5) Paritas

Perdarahan yang banyak, pembukaan yang kecil, multipara dan tingkat plasenta previa yang berat mendorong kita melakukan seksio sesare, sebaliknya perdarahan yang sedang atau sedikit, pembukaan yang besar, multiparitas dan tingkat plasenta previa yang ringan dan anak yang mati cenderung untuk dilahirkan pervaginaan. Perlu diperhatikan bahwa sebelum melakukan tindakan apapun pada penderita plasenta previa, harus selalu sedia darah yang cukup.

B. LANDASAN HUKUM KEWENANGAN BIDAN

BERDASARKAN UNDANG – UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 4 TAHUN 2019 TENTANG KEBIDANAN

Tugas dan Wewenang

Pasal 46

- (1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:
- a. Pelayanan kesehatan ibu;
 - b. Pelayanan kesehatan anak;
 - c. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
 - d. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

- (2) Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersamaan atau sendiri.
- (3) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

Pasal 47

- (1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:
 - a. Pemberi Pelayanan Kebidanan;
 - b. Pengelola Pelayanan Kebidanan;
 - c. Penyuluh dan konselor;
 - d. Pendidik, pembimbing, dan fasilitas klinik;
 - e. Penggerak peran serta masyarakat dan pemberdaya perempuan; dan/atau
 - f. Peneliti.
- (2) Peran Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 48

Bidan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 dan Pasal 47, harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Pelayanan Kesehatan Ibu

Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang :

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;
- b. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
- c. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
- d. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
- e. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
- f. Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pasca persalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Pelayanan Kesehatan Anak

Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf b, Bidan berwenang :

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah;
- b. Memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;

- c. Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
- d. Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

Keadaan Gawat Darurat

Pasal 59

- (1) Dalam keadaan gawat darurat untuk pemberian pertolongan pertama, Bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sesuai dengan kompetensinya.
- (2) Pertolongan pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa klien.
- (3) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan yang mengancam nyawa klien
- (4) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bidan sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.
- (5) Penanganan keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat 141 dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan.

C. MANAJAMEN KEBIDANAN DAN DOKUMENTASI

Menurut (Amellia nur, 2019) Manajemen kebidanan merupakan suatu metode proses berfikir logis dan sistematis dalam memberikan

asuhan kebidanan. Tujuan dari manajemen kebidanan adalah untuk menguntungkan kedua belah pihak baik pasien maupun pemberi asuhan. Varney (1997) menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh para perawat-bidan pada awal tahun 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan dengan urutan yang logis serta menguntungkan, baik bagi kita maupun bagi tenaga kesehatan.

Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, yang setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan dapat berubah sesuai dengan kebutuhan klien.

Langkah-langkah manajemen kebidanan menurut Varney (1997) :

1. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama, dilakukan pengkajian melalui pengumpulan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya dan data laboratorium, serta perbandingannya dengan hasil studi. Semua data dikumpulkan dari sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien.

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data dasar yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan akan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Kata masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnose, namun membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

3. Langkah III : identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi. Jika memungkinkan, dilakukan pencegahan, sambil mengamati kondisi klien, bidan diharapkan dapat bersiap jika diagnosis atau masalah potensial benar-benar terjadi.

4. Langkah IV : Identifikasi dan Penetapan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Langkah ini bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera dan atau konsultasi atau penanganan bersama dengan anggota tim kesehatan yang lainnya sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan sifat kesinambungan proses penatalaksanaan, yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer atau kunjungan prenatal periodic, tetapi juga saat bidan melakukan perawatan berkelanjutan

bagi wanita tersebut. Data tersebut harus dikaji dan kemudian dievaluasi. Beberapa data mengindikasikan situasi kedaruratan yang mengharuskan bidan mengambil tindakan secara cepat untuk mempertahankan nyawa ibu dan bayinnya.

5. Langkah V : Perencanaan

Langkah kelima, mengembangkan sebuah rencana keperawatan yang menyeluruh, ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi baik pada saat ini maupun yang dapat diantisipasi serta perawatan kesehatan yang dibutuhkan.

6. Langkah IV : Pelaksanaan

Langkah keenam adalah melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan atau anggota tim kesehatan lain. Apabila tidak dapat melakukannya sendiri, bidan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan. Implementasi yang efisien akan meminimalkan waktu dan biaya serta meningkatkan kualitas perawatan kesehatan. Suatu komponen implementasi yang sangat penting adalah pendokumentasian secara berkala, akurat dan menyeluruh.

7. Langkah VII : Evaluasi

Langkah terakhir evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan yaitu memenuhi kebutuhan ibu seperti yang diidentifikasi pada langkah kedua tentang masalah, diagnosis maupun kebutuhan perawatan kesehatan.

a. Dokumentasi SOAP

Menurut Kepmenkes RI NO. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, standar VI pencatatan asuhan kebidanan bahwa bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberi asuhan kebidanan. Didalamnya terdapat tentang kriteria pencatatan asuhan kebidanan.

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status pasien/buku KIA) ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, Menurut Kemenkes RI yaitu:

1. Subjektif

Menurut Kepmenkes RI (NO. 938/Menkes/SK/VIII/2007).

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesis. Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan dimana langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui

anamnese, informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien atau dari keluarga dan tenaga kesehatan.

2. Objektif

Menurut Kepmenkes RI (NO. 938/Menkes/SK/VIII/2007). O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan. Data objektif merupakan data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnosa lain.

3. Analisa

Menurut Kepmenkes RI (NO. 938/Menkes/SK/VIII/2007). A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan. Analisa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Analisa yang tepat dan akurat akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien sehingga dapat diambil keputusan yang tepat.

4. Penatalaksanaan

Mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau follow up dan rujukan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL G2 P1 A0 DENGAN PLASENTA PREVIA TOTALIS DI PUSKESMAS PARGARUTAN

TAHUN 2021

I. PENGUMPULAN DATA

A. IDENTITAS / BIODATA

Nama	: Ny. D	Nama	: Tn. T
Umur	: 37 tahun	Umur	: 39 tahun
Suku / bangsa	: Batak	Suku / bangsa	: Batak
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Pedagang	Pekerjaan	: Pedagang
Alamat	: Palsabolos	Alamat	: Palsabolos
No. Telp	: -	No. Telp	: -

B. ANAMNESE (Data Subjektif)

Pada tanggal : 21 Desember 2019 Pukul : 10.00 WIB Oleh :

Bidan

1. Alasan kunjungan saat ini : Ingin memeriksakan kehamilannya karena ada keluar darah secara tiba-tiba tanpa rasa nyeri.
2. Keluhan :

- Ibu mengatakan pernah keluar darah dari jalan lahir pada waktu umur kehamilan 23 minggu dalam jumlah yang hanya sedikit.
- Ibu mengatakan kali ini ada keluar darah berwarna merah segar, ada gumpalan tanpa rasa nyeri.
- Darah yang keluar tidak terlalu banyak, tapi ibu merasa cemas karena perdarahan ini terjadi untuk yang kedua kalinya.

3. Riwayat menstruasi :

- Menarche : 15 Tahun
- Siklus : 28 Hari
- Banyaknya : 3 x ganti duk/hari
- Dismenorea : Tidak ada
- Teratur / tidak : Teratur
- Lamanya : 5 Hari
- Sifat darah : Encer

NO	Tanggal	Usia	Jenis	Tmpt	Komplikasi		Penolong	BBL		Nifas	
	Lahir/Usia	K-H	Perslinan	Perslinan	Ibu	Bayi		BB	K/U	Lactasi	K/U
1.	14 / 02 /2018	39	Normal	Klinik	-	-	Bidan	3000	baik	baik	baik
2.	H	A	M	I	L		I	N	I		

4. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas : G2 P1 A0

5. Riwayat kehamilan ini :

- HPHT : 29-05-2019
- TTP : 07-03-2020
- Keluhan-keluhan pada :
 - o Trimester I : Mual muntah
 - o Trimester II : Mual dan pusing
 - o Trimester III : Tidak ada
- Pergerakan anak pertama kali : Usia Kehamilan 18 Minggu
- Pergerakan anak pada 24 jam terakhir : 10 kali dalam 30 menit selama 10 detik
- Keluhan yang dirasakan (bila ada jelaskan) :
 - o Rasa lelah : Ada
 - o Mual dan muntah : Tidak ada
 - o Nyeri perut : Tidak ada
 - o Panas, menggigil : Tidak ada
 - o Sakit kepala berat / terus-menerus : Tidak ada
 - o Penglihatan kabur : Tidak ada
 - o Rasanyeri / panas waktu BAK : Tidak ada
 - o Rasa gatal pada vagina, vulva dan sekitarnya: Tidak ada
 - o Pengeluaran cairan pervaginam : Ada
 - o Nyeri, kemerahan, tegang pada tungkai : Tidak ada
 - o Oedema : Tidak ada
 - o Lain-lain : Tidak ada

- Obat-obat yang digunakan : Tidak ada
 - Kekhawatiran khusus : Tidak ada
 - Pola eliminasi :
 - o BAK : Frekuensi : 6 x/hari Warna :
 - o BAB : Frekuensi : 1 x/hari Warna :
 - Pola aktifitas sehari-hari :
 - o Istirahat dan tidur : Siang : 2 jam, Malam : 8 jam
 - o Seksualitas : 2 x / minggu
 - Immunisasi : TT I : 20 – 07 - 2019
TT II : -
 - Kontrasepsi yang pernah digunakan : KB suntik
6. Riwayat penyakit sistematik yang pernah diderita :
- Penyakit jantung : Tidak ada
 - Penyakit ginjal : Tidak ada
 - Penyakit asma / TBC : Tidak ada
 - Penyakit hepatitis : Tidak ada
 - Penyakit DM : Tidak ada
 - Penyakit hipertensi : Tidak ada
 - Penyakit epilepsi : Tidak ada
 - Lain-lain : Tidak ada
7. Riwayat penyakit keluarga :
- Penyakit jantung : Tidak ada
 - Penyakit hipertensi : Tidak ada

- Penyakit DM : Tidak ada
 - Gemelli : Tidak ada
 - Lain-lain : Tidak ada
8. Riwayat sosial dan ekonomi :
- Status perkawinan : Sah
 - Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Direncanakan
 - Dukungan suami / keluarga terhadap kehamilan : Ada dukungan
 - Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami
 - Pola makan / minum :
 - o Makanan sehari-hari, frekuensi : 3 kali/hari, Porsi : 1 porsi
 - o Jenis makanan yang dimakan : nasi, sayur, buah-buahan
 - o Perubahan makan yang dialami (ngidam, nafsu makan, dll):
 - Kebiasaan merokok : Tidak ada
 - Minuman keras : Tidak ada
 - Mengonsumsi obat terlarang : Tidak ada
 - Kegiatan sehari-hari (beban kerja) : Ibu rumah tangga
 - Tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan untuk menolong persalinan ini : Klinik bidan

C. PEMERIKSAAN FISIK (Data Objektif)

1. Status emosional : Compos mentis
2. Pemeriksaan fisik umum : Baik
 - BB : 60 kg
 - BB sebelum hamil : 53 kg

- TB : 150 cm
 - LILA : 29 cm
3. Tanda vital :
- Tekanan Darah (TD): 120 / 80 mmHg
 - Pernafasan (P) : 20 x/menit
 - Nadi (N) : 80 x/menit
 - Suhu (S) : 36,5 °C
4. Kepala :
- Kulit kepala : () Bersih () Tidak Bersih
 - Distribusi rambut : () Merata () Tidak Merata
5. Wajah :
- Oedema : () Ada () Tidak Ada
 - Cloasma gravidarum: () Ada () Tidak Ada
 - Pucat : () Ada () Tidak Ada
6. Mata :
- Conjunctiva : () Anemis () Tidak Anemis
 - Sklera mata : () Ikterik () Tidak Ikterik
 - Oedema palpebra : () Ada () Tidak Ada
7. Hidung :
- Polip : () Membengkak
() Tidak Membengkak
 - Pengeluaran : () Ada () Tidak Ada
8. Mulut :

- Lidah : () Bersih () Tidak Bersih
- Stomatitis : () Ada () Tidak Ada
- Gigi : () Berlobang () Tidak Berlobang
- Epulsi pada gusi : () Ada () Tidak Ada
- Tonsil : () Meradang () Tidak Meradang
- Pharynx : () Meradang () Tidak Meradang

9. Telinga :

- Serumen : () Ada () Tidak Ada
- Pengeluaran : () Ada () Tidak Ada

10. Leher :

- Luka bekas operasi : () Ada () Tidak Ada
- Kelenjar thyroid : () Membengkak
() Tidak Membengkak
- Pembuluh limfe : () Membengkak
() Tidak Membengkak

11. Dada :

- Mammae : () Simetris () Asimetris
- Areola mammae :
- Putting susu : () Menonjol () Tidak Menonjol
- Benjolan : () Tidak Ada () Ada
- Pengeluaran : () Tidak Ada () Ada

12. Aksila :

- Pembesaran kelenjar getah bening : () Membengkak

() Tidak Membengkak

13. Abdomen :
- Pembesaran : () Simetris () Asimetris
 - Linea : () Alba () Nigra
 - Striae : () Lividae () Albicans
 - Bekas luka operasi : () Tidak Ada () Ada,
jelaskan.....
 - Pergerakan : () Teraba () Tidak Teraba

PEMERIKSAAN KEBIDANAN

- Leopold I : teraba bokong pada fundus
TFU : 27 cm
- Leopold II : Punggung kiri
DJJ : (+/-), frekuensi : 145. x/menit
- Leopold III : Teraba bulat, keras, melenting (Kepala)
- Leopold IV : Belum masuk PAP

PEMERIKSAAN PANGGUL LUAR :

- Distansia spinarum : 24 cm
- Distansia kristarum : 28 cm
- Cojungata eksterna : 18 cm
- Lingkar panggul luar : 92 cm

14. Genitalia :

- Vulva :

- Pengeluaran : () Tidak Ada () Ada, darah segar
- Varices : () Tidak Ada () Ada
- Perineum :
- Bekas luka parut : () Tidak Ada () Ada
- Lain-lain, jelaskan : Tidak ada

15. Pinggang (periksa ketuk :Costa – Vertebra – Angel – Tendernes : CVAT)

- Nyeri : Tidak ada

16. Ekstremitas :

- Oedema pada tangan / jari : () Tidak Ada () Ada
- Oedema akstremitas bawah : () Tidak Ada () Ada
- Varices : () Tidak Ada () Ada
- Refleks patella : kanan (+) kiri (+)

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Hb : Tidak dilakukan
2. Protein : Tidak dilakukan
3. Glukosa urine : Tidak dilakukan
4. Lain-lain : Tidak dilakukan

II. INTEPRETASI DATA

Diagnosa : Ny. D G2 P1 A 0, umur 35 tahun, usia kehamilan 28 minggu, janin tunggal, letak memanjang, punggung kiri, presentasi kepala, belum memasuki PAP dengan plasenta previa.

DS : Ny. D mengatakan ini kehamilannya yang kedua dan tidak pernah mengalami keguguran pada kehamilan sebelumnya. Pergerakan janin dirasakan ibu pada usia kehamilan 18 minggu sampai sekarang.

DO : K.U : Sedang

TTV : TD : 120 / 80 mmHg

P : 20 x/menit

N : 80/menit

S : 36,5 °C

TB : 150 cm

BB : 60 kg

Leopold I : Teraba bagian bokong pada fundus uteri, TFU : 27 cm

Leopold II : Punggung kiri

Leopold III : Teraba keras bulat melenting (kepala)

Leopold IV : Belum masuk PAP

DJJ : 145 x/menit

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

Masalah potensial yang dapat diidentifikasi dari kasus Ny. D adalah penyulit persalinan yaitu plasenta previa.

IV. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN AKAN TINDAKAN SEGERA

Kebutuhan :

- a. Informasi tentang keadaan ibu.
- b. Pasang infus RL 28 tetes / menit
- c. Kolaborasi dengan dokter obgyn untuk tindakan USG
- d. Rujukan
- e. Penkes tentang bahaya kehamilan pada TM III
- f. Anjurkan untuk kunjungan rutin.

V. PERENCANAAN

1. Jelaskan kepada ibu tentang keadaannya
2. Anjurkan ibu untuk istirahat total
3. Observasi keadaan DJJ, tanda – tanda vital, dan perdarahan
4. Observasi jumlah tetesan cairan infus
5. Berikan dukungan emosional dari keluarga
6. Jelaskan pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan mengkonsumsi makanan yang bergizi, personal hygiene, dan istirahat yang cukup
7. Jelaskan tanda bahaya kehamilan
8. Pemberian obat – obatan
9. Anjurkan ibu untuk rawat inap

VI. PELAKSANAAN

1. Menjelaskan kepada ibu tentang keadannya.

TD : 120/80 mmHg

P : 20 x/menit

N : 80 x/menit

S : 36,5°C

2. Menganjurkan ibu untuk istirahat total, karena dengan istirahat memungkinkan otot berelaksasi dan mengurangi beban kerja jantung yang meningkat selama kehamilan serta dapat mengurangi frekuensi perdarahan.
3. Mengobservasi keadaan DJJ, tanda – tanda vital, dan perdarahan
 - a. DJJ terdengar kuat pada kuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 145 x/menit
 - b. Tanda – tanda vital :

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Pernapasan : 20 x/menit

Suhu : 36,5 °C
 - c. Masih ada darah yang keluar sedikit
4. Mengobservasi jumlah tetesan cairan infus
Infus RL 28 tetes/menit tetap mengalir dengan baik
5. Bekerja sama dengan anggota keluarga untuk memberikan dukungan emosional pada ibu, karena akan sangat membantu pada keadaan ibu

untuk mengurangi kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan yang sedang dirasakan ibu.

6. Menjelaskan pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan :
 - a. Mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang yang mengandung karbohidrat, lemak, vitamin, dan mineral, serta makanan yang banyak mengandung zat besi.
 - b. Personal hygiene, agar kebersihan diri dan daerah genitalia ibu dapat tetap terjaga, sehingga dapat memberikan rasa nyaman pada ibu, serta dapat mencegah terjadinya infeksi.
 - c. Istirahat yang cukup :
 - 1) Tidur siang 1 – 2 jam / hari
 - 2) Tidur malam 7 – 8 jam / hari
7. Mendiskusikan tentang tanda bahaya kehamilan :
 - d. Sakit kepala berat
 - e. Nyeri abdomen
 - f. Kejang
 - g. Demam
 - h. Perdarahan pervaginaan
 - i. Janin kurang bergerak
 - j. Bengkak pada muka dan tangan
 - k. Perubahan visual
 - l. Muntah hebat
8. Pemberian obat – obatan :

- a. Antibiotik (Amoxillin : 3 x 500 mg)
 - b. Anti fibrinolitik (Asam Tranexamat : 3 x 1)
 - c. Multivitamin (Prenatin : 1 x 1)
9. Mengajukan ibu untuk rawat inap

VII.EVALUASI

1. Ibu sudah mengetahui keadaannya
2. Ibu sudah beristirahat total
3. Ibu sudah mengetahui keadaan janinnya baik dengan DJJ dalam batas normal yaitu 145 x/menit . Masih ada sedikit pengeluaran darah pervaginaan.
4. Cairan infus RL sudah terpasang dengan baik
5. Ibu sudah diberikan dukungan emosional dari keluarga.
6. Ibu sudah mengetahui tentang pentingnya menjaga kesehatan dengan mengkonsumsi makanan yang bergizi bagi ibu hamil personal hygiene dan istirahat yang cukup.
7. Ibu sudah mengetahui tentang tanda bahaya kehamilan.
8. Ibu sudah diberikan obat – obatan
9. Ibu sudah di rawat inap.

3.1 MATRIK DATA PERKEMBANGAN

Hari/tanggal	Data subjektif (S)	Data objektif (O)	Assesment	Planning
21 Desember 2019	<p>1. Ny. D mengatakan pernah keluar darah dari jalan lahir pada waktu umur kehamilan 23 minggu dalam jumlah yang hanya sedikit.</p> <p>2. Ny. D mengatakan kali ini ada keluar darah berwarna merah segar, ada gumpalan tanpa rasa nyeri.</p> <p>3. Darah yang keluar tidak terlalu banyak, tapi ibu</p>	<p>1. Keadaan umum: baik</p> <p>2. Kesadaran emosional : CM</p> <p>3. TB : 150 CM</p> <p>4. BB : 60 kg</p> <p>5. LILA : 27 cm</p> <p>6. Tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg P : 20x/ menit N : 80x/ menit S : 36,5⁰C</p>	<p>1. Diagnosa : G2 P1 A0, gestasi 28 minggu , situs memanjang, tunggal, hidup, keadaan janin baik, dengan plasenta previa.</p> <p>2. Masalah potensial :</p> <p>a. Antisipasi terjadinya antepartum</p> <p>b. Antisipasi terjadinya asfiksia intrauterine</p>	<p>1. Menyampaikan hasil pemeriksaan pada ibu dan menjelaskan hal-hal yang dianggap penting bahwa saat ini mengalami komplikasi kehamilan yang berhubungan dengan kelainan plasenta yakni plasenta terletak di segmen bawah uterus dan menutupi jalan lahir, sehingga menyebabkan pengeluaran darah segar pervaginaan yang disertai gumpalan tanpa rasa nyeri.</p>

	<p>merasa cemas karena perdarahan ini terjadi untuk yang kedua kalinya.</p> <p>4. Ny. D mengatakan ini adalah kehamilan yang kedua kalinya.</p> <p>5. HPHT : 29 – 05 – 2019</p> <p>6. Pergerakan janin dirasakan pertama kali pada usia kehamilan 18 minggu sampai sekarang.</p> <p>7. Ibu merasa cemas pada kehamilannya.</p>	<p>7. Kepala :</p> <p>a. Kulit kepala bersih</p> <p>b. Distribusi rambut merata</p> <p>8. Wajah :</p> <p>a. Oedema : tidak ada</p> <p>b. Cloasma gravidarum : ada</p> <p>c. Pucat : tidak</p> <p>9. Leher :</p> <p>a. Luka bekas operasi : tidak ada</p> <p>b. Kelenjar thyroid : tidak membengkak</p>	<p>c. Antisipasi terjadinya syok hipovolemik</p>	<p>2. Menganjurkan ibu untuk istirahat total.</p> <p>3. Mengobservasi DJJ, tanda – tanda vital, dan perdarahan.</p> <p>4. Mengobservasi jumlah tetesan cairan infus.</p> <p>5. Bekerjasama dengan keluarga untuk memberikan dukungan emosional.</p> <p>6. Menjelaskan pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan, memakan makanan bergizi, menjaga kesehatan personal hygiene.</p> <p>7. Memberitahu tentang tanda bahaya kehamilan</p>
--	--	--	--	---



		<p>c. Kelenjar limfe : tidak memebengkak</p> <p>10. Payudara :</p> <p>a. Inspeksi : mammae asimetris, putting susu menonjol, benjolan tidak ada, pengeluaran tidak ada , tampak hiperpigmentasi pada areola mammae.</p> <p>11. Abdomen :</p> <p>a. tampak lines nigra,</p>		<p>8. Memberikan obat – obatan.</p> <p>9. Menganjurkan ibu untuk rawat inap.</p>
--	--	--	--	--



		<p>dan striae albicans pada perut.</p> <p>b. Palpasi :</p> <p>Leopold I teraba bokong pada fundus,TFU : 27 cm</p> <p>Leopold II punggung kiri</p> <p>Leopold III teraba bulat, keras, melenting</p> <p>Leopold IV belum masuk PAP</p>		
--	--	---	--	--

--	--	--	--	--



BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. D dengan plasenta previa di Puskesmas Pargarutan pada tahun 2020, penulis membahas permasalahan yang akan timbul pada kasus plasenta previa dengan membandingkan kesenjangan antara teori dan kasus yang ada. Dalam menjelaskan kesenjangan tersebut penulis menggunakan langkah-langkah dalam manajemen kebidanan 7 langkah varney yang dirumuskan sebagai berikut :

A. Pengumpulan Data Dasar

1. Menurut Teori

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (Estiwidani, dkk. 2011).

2. Menurut Kasus

Pada kasus Ny. D , langkah I yakni identifikasi data dasar, penulis tidak menemukan hambatan yang berarti pada saat pengumpulan data. Karena baik pasien, suami, maupun keluarga dalam hal ini terbuka dalam memberikan informasi yang dibutuhkan, yang berhubungan dengan keadaan pasien sehingga memudahkan

penulis dalam pengumpulan data. Demikian pula dalam pemeriksaan fisik, pemantauan TTV, dan pemeriksaan lainnya, tidak ditemukan adanya hambatan karena pasien senantiasa siap untuk diperiksa, karena pada prinsipnya, semua pemeriksaan yang dilakukan untuk mengontrol keadaan pasien itu sendiri. Serta data objektif yang didapatkan oleh penulis yaitu tanda-tanda vital dengan :

TD : 120 / 80 mmHg

P : 20 x/menit

N : 80 x/menit

S : 36,5 °C

3. Pembahasan

Pada kasus Ny. D dengan plasenta previa, penulis memperoleh hasil pengkajian dimana semua keluhan yang diutarakan oleh Ny. D ditemukan pula pada teori yaitu plasenta previa terjadi setelah kehamilan 22 minggu. Sifat perdarahannya adalah tanpa nyeri. Dan berulang. Berdasarkan data yang diperoleh dalam kasus Ny. D dengan plasenta previa menunjukkan adanya kesamaan dengan penjelasan tanda dan gejala plasenta previa. Hal ini berarti antara teori dengan kasus tidak tampak ada kesenjangan.

B. Langkah II Intepretasi Data

1. Menurut Teori

Pada langkah ini identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data – data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan , sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik (Estiwidani, dkk. 2011).

2. Menurut Kasus

Pada kasus didapatkan diagnosa lebih sering diidentifikasi pada apa yang dialami oleh pasien, sedangkan Ny. D dengan kasus plasenta previa di Puskesmas Pargarutan, diagnose yang dapat ditegakkan yaitu : G2 P1 A0, gestasi 28 minggu, situs memanjang, tunggal, hidup, keadaan janin baik, ibu dengan plasenta previa. Diagnosa ini muncul dengan didasari data subjektif yaitu Ny. D mengatakan pernah keluar darah dari jalan lahir pada waktu umur kehamilan 23 minggu dalam jumlah yang sedikit, dan kali ini keluar darah berwarna merah segar, ada gumpalan tanpa rasa nyeri, darah yang keluar tidak terlalu banyak, tapi ibu merasa cemas karena perdarahan ini terjadi untuk kedua kalinya.

3. Pembahasan

Masalah yang timbul pada Ny. D tersebut disebabkan karena merasa cemas dengan keadaan nya yang sudah mengalami perdarahan sebanyak dua kali tanpa rasa nyeri sehingga Ny. D dating ke Puskesmas untuk melakukan konseling dengan bidan atau petugas kesehatan.

C. Langkah III Diagnosa Potensial

1. Menurut Teori

Masalah potensial atau diagnosa potensial yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat menangani diagnosa atau masalah potensial ini. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. *Plasenta previa* ini dikategorikan sebagai suatu permasalahan public yang memiliki dampak luas (Estiwidani, dkk. 2011).

2. Menurut Kasus

Berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian, tidak ada perbedaan masalah potensial antara konsep dasar dengan kasus yang ditemukan. Adapun masalah potensial tersebut adalah antisipasi terjadinya perdarahan antepartum, dimana dalam teori dikatakan perdarahan antepartum biasanya dibatasi pada perdarahan jalan lahir setelah 22 minggu, walaupun patologi yang sama dapat pula terjadi pada kehamilan sebelum 22 minggu. Perdarahan tanpa alasan dan rasa nyeri merupakan gejala utama dan pertama dari plasenta previa. Perdarahan dapat terjadi pada saat penderita tidur atau bekerja biasa. Perdarahan pertama biasanya tidak banyak, sehingga tidak akan berakibat fatal. Perdarahan berikutnya hampir selalu banyak dari pada sebelumnya, apalagi sebelumnya dilakukan pemeriksaan dalam.

3. Pembahasan

Pada Ny.D penyebab terjadinya plasenta previa dikarenakan adanya keluar darah dari jalan lahir berwarna merah segar tanpa rasa nyeri untuk kedua kalinya sehingga Ny. D mengalami perdarahan yang menimbulkan kecemasannya terhadap kehamilannya.

D. Langkah IV Tindakan Segera Dan Kolaborasi

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama tim anggota kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi pasien. Langkah empat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Estiwidani, dkk. 2011).

Pada data dasar dikatakan bahwa beberapa data menunjukkan adanya suatu situasi yang menuntut tindakan segera selagi menunggu intervensi dari bidan atau dokter. Pada kasus Ny. D dengan plasenta previa dilakukan tindakan segera dan kolaborasi yaitu pasang infus 28 tetes/menit dan kolaborasi dengan dokter tindakan USG, tindakan ini dilakukan karena terjadi perdarahan sebelum pasien memasuki rumah sakit.

E. Langkah V Rencana Asuhan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah – langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnose yang telah teridentifikasi atau diantisipasi (Estiwidani, dkk. 2011).

Perencanaan adalah proses penyusunan suatu rencana tindakan berdasarkan identifikasi masalah saat sekarang sertaantisipasi diagnosis dan masalah lain yang akan dicapai beserta kriteria keberhasilan yang telah disepakati bersama pasien dan keluarga

Pada konsep dasar perencanaan tindakan pasien dengan plasenta previa dengan kehamilan 28 minggu, keadaan umum baik, dan janin masi hidup, maka dilakukan terapi ekspektatif yang rawat inap, tirah biring, pasang infus, TTV , serta perdarahan yang terjadi.

F. Langkah VI Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya, serta adapun hal – hal yang dilakukan oleh pasien itu sendiri sesuai dengan anjuran dari tenaga kesehatan (Estiwidani, dkk. 2011).

Pada studi kasus Ny.D dengan plasenta previa implementasi yang dilakukan secara mandiri oleh bbidan termasuk kolaborasi dengan

dokter yang telah direncanakan semuanya dapat terlaksana, diantaranya memasang infus dan mengobservasi DJJ, TTV, merawat inap, menganjurkan pasien untuk istirahat total.

G. Langkah VII Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses manajemen kebidanan, berhasil atau tidak berhasil asuhan yang telah diberikan oleh petugas kesehatan kepada pasien (Estiwidani, dkk. 2011).

Hasil evaluasi kasis pada Ny. D yaitu :

Hari pertama, plasenta previa dapat dievaluasi dengan pemeriksaan USG, pemantauan TTV, DJJ, dan pergerakan janin serta perdarahan.

Hasil ; positif plasenta previa. TTV dalam batas normal yaitu : tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80 x/menit , pernafasan 20 x/menit, suhu 36,5 °C, DJJ 145 x/menit.

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan Asuhan Kebidanan yang dilakukan pada pembahasan “Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil dengan Plasenta Previa Totalis Di Puskesmas Pargarutan pada tahun 2021” yang menggunakan 7 langkah varney yang dimana dimulai dari pengumpulan data sampai evaluasi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan

A. Kesimpulan

1. Pengkajian dilaksanakan dengan mengumpulkan semua data lembar format yang tersedia melalui teknik wawancara dan observasi sistemik. Data subjektif khususnya pada keluhan utama yaitu keluar darah secara tiba-tiba tanpa rasa nyeri . Data objektif yaitu keadaan umum lelah, kesadaran apatis, Tekanan Darah (TD): 120/80mmHg, Pernapasan (P): 20 x/i, Nadi (N): 80 x/i, Suhu (S): 36.5° C, mata tidak oedema, konjungtiva pucat, seklera putih.
2. Interpretasi data telah ditentukan oleh penulis yaitu dengan menegakkan diagnosa : Ny. D G2 P1 A 0, umur 35 tahun, usia kehamilan 28 minggu, janin tunggal, letak memanjang, punggung kiri, presentasi kepala, belum memasuki PAP dengan plasenta previa.
3. Diagnosa potensial yang dapat diidentifikasi dari kasus Ny. D adalah penyulit persalinan yaitu plasenta previa Tindakan segera yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan kalaborasi dengan dokter Sp. OG.
4. Perencanaan yang dilakukan pada Ny, D adalah :

1. Jelaskan kepada ibu tentang keadaannya
 2. Anjurkan ibu untuk istirahat total
 3. Observasi keadaan DJJ, tanda – tanda vital, dan perdarahan
 4. Observasi jumlah tetesan cairan infus
 5. Berikan dukungan emosional dari keluarga
 6. Jelaskan pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan mengkonsumsi makanan yang bergizi, personal hygiene, dan istirahat yang cukup
 7. Jelaskan tanda bahaya kehamilan
 8. Pemberian obat – obatan
 9. Anjurkan ibu untuk rawat inap
5. Pelaksanaan yang di berikan pada Ny,D adalah :
10. Menjelaskan kepada ibu tentang keadannya.
TD : 120/80 mmHg
P : 20 x/menit
N : 80 x/menit
S : 36,5°C
 11. Menganjurkan ibu untuk istirahat total, karena dengan istirahat memungkinkan otot berelaksasi dan mengurangi beban kerja jantung yang meningkat selama kehamilan serta dapat mengurangi frekuensi perdarahan.
 12. Mengobservasi keadaan DJJ, tanda – tanda vitral, dan perdarahan

d. DJJ terdengar kuat pada kuadran kiri bawah perut ibu

dengan frekuensi 145 x/menit

e. Tanda – tanda vital :

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Pernapasan : 20 x/menit

Suhu : 36,5 °C

f. Masih ada darah yang keluar sedikit

13. Mengobservasi jumlah tetesan cairan infus

Infus RL 28 tetes/menit tetap mengalir dengan baik

14. Bekerja sama dengan anggota keluarga untuk memberikan

dukungan emosional pada ibu, karena akan sangat membantu pada keadaan ibu untuk mengurangi kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan yang sedang dirasakan ibu.

15. Menjelaskan pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan :

m. Mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang yang mengandung karbohidrat, lemak, vitamin, dan mineral, serta makanan yang banyak mengandung zat besi.

n. Personal hygiene, agar kebersihan diri dan daerah genitalia ibu dapat tetap terjaga, sehingga dapat memberikan rasa nyaman pada ibu, serta dapat mencegah terjadinya infeksi.

o. Istirahat yang cukup :

1) Tidur siang 1 – 2 jam / hari

2) Tidur malam 7 – 8 jam / hari

16. Mendiskusikan tentang tanda bahaya kehamilan :

- p. Sakit kepala berat
- q. Nyeri abdomen
- r. Kejang
- s. Demam
- t. Perdarahan pervaginaan
- u. Janin kurang bergerak
- v. Bengkak pada muka dan tangan
- w. Perubahan visual
- x. Muntah hebat

17. Pemberian obat – obatan :

- d. Antibiotik (Amoxillin : 3 x 500 mg)
- e. Anti fibrinolitik (Asam Tranexamat : 3 x 1)
- f. Multivitamin (Prenatin : 1 x 1)

18. Menganjurkan ibu untuk rawat inap

6. Evaluasi

7. Ibu sudah mengetahui keadaannya

8. Ibu sudah beristirahat total

9. Ibu sudah mengetahui keadaan janinnya baik dengan DJJ dalam batas normal yaitu 145 x/menit . Masih ada sedikit pengeluaran darah pervaginaan.

10. Cairan infus RL sudah terpasang dengan baik

11. Ibu sudah diberikan dukungan emosional dari keluarga.
12. Ibu sudah mengetahui tentang pentingnya menjaga kesehatan dengan mengkonsumsi makanan yang bergizi bagi ibu hamil personal hygiene dan istirahat yang cukup.
13. Ibu sudah mengetahui tentang tanda bahaya kehamilan.
14. Ibu sudah diberikan obat – obatan
15. Ibu sudah di rawat inap.

B. Saran

1. Bagi Intitusi

Diharrapkan agar LTA dapat digunakan sebagai salah satu acuan pembelajaran dengan kasus yang sama dan dapat menjadi sumber ilmu pengetahuan dan bahan yang bermanfaat bagi mahasiswa kebidanan lainnya.

2. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan dapat meningkatkan kinerja pembelajaran terhadap mahasiswa kebidanan dalam praktek, sehingga tiap tahunnya mahasiswa yang melakukan praktek menjadi terampil dan professional. Khususnya penerapan manajemen asuhan kebidanan dalam rangka pemecahan masalah yang dialami oleh pasien, sehingga dapat menciptakan kepuasan terhadap pasien yang membutuhkan pelayanan seorang bidan.

3. Bagi Responden

Diharapkan LTA ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam hal mengenai masalah plasenta previa yang ada terjadi pada masyarakat baik itu di lingkungan sekitar, khususnya responden. Serta dapat menjadi masukan bagi tenaga kesehatan agar dapat memberikan pelayanan yang baik bagi pasien yang mengalami plasenta previa.

4. Bagi Penulis

Dari hasil penelitian ini diharapkan LTA dapat dijadikan sebagai acuan dalam melakukan penelitian selanjutnya dan dapat meneliti lebih jauh tentang plasenta previa. Sehingga hasil penelitian dapat sesuai dengan yang diharapkan.



DAFTAR PUSTAKA

Icesmi Sukarni K, Margareth ZH, *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta:

Nuha Medika: 2017

Sarwono prawiroharjo, *Ilmu kebidanan*, Jakarta: PT bina pustaka sarwono

prawiroharjo;2016

Elisabeth, asuhan kebidanan kehamilan, Yogyakarta: pustaka baru: 2017

Jurnal Ilmiah PANNMED: 2016

Jurnal Ilmiah Poltekkes Medan: 2013

Chalik. T.M.A *Perdarahan Pada Kehamilan Lanjut dan Persalinan dalam Ilmu*

Kebidanan. Jakarta: PT bina pustakasarwono prawirohardjo: 2014

Bartini, I. 2012. *Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Normal*. Yogyakarta : Nuha

Medika Cuningham.2013.*Obstetri* Williamns. Jakarta : EGC

Kusmiyati, dkk. 2010. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya.

BERITA ACARA REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

Nama Mahasiswa	: Ina Shara Ramadani Harahap
NIM	: 18020008
Judul	: Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Plasenta Previa Totalis Di Puskesmas Pargarutan Pada Tahun 2021
Kritik dan Saran	Hasil Perbaikan
1. Penguji 1 a. Perbaikan judul b. Perbaikan bab III	a. Judul sudah diperbaiki b. Bab III sudah diperbaiki
2. Penguji 2 a. Perbaikan intisari b. Perbaikan bab I	a. Intisari sudah diperbaiki b. Bab I sudah diperbaiki
3. Pembimbing a. Perbaikan sesuai saran penguji	a. Laporan Tugas Akhir sudah diperbaiki sesuai saran penguji

Padangsidempuan, Agustus 2021

Menyetujui

Pembimbing

(Novita Sari Batubara, SST, M.Kes)
NIDN. 0125118702

Penguji 1

Penguji 2

(Lola Pebrianthy, SST, M.Keb)
NIDN. 0123029102

(Ratna Dewi Siregar, SST, M.K.M)
NIDN. 0127069201

LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Plasenta
Previa Totalis di Puskesmas Pargarutan Pada Tahun 2021
Nama Mahasiswa : Ina Shara Ramadani Harahap
NIM : 18020008
Program Studi : Kebidanan Program Diploma Tiga

Laporan Tugas Akhir ini telah diuji dan dipertahankan dihadapan Pembimbing,
Komisi Penguji dan Mahasiswa Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga
Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan dan
dinyatakan LULUS pada tanggal 09 Juni 2021

Menyetujui

Pembimbing

..... (Novita Sari Batubara, SST, M.Kes)

Komisi Penguji

..... (Lola Pebrianthy, SST, M.Keb)

..... (Ratna Dewi Siregar, SST, M.K.M)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan
Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan

Novita Sari Batubara, SST, M.Kes

NIDN. 0125118702

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Ina Shara Ramadani Harahap
NIM : 18020008
Nama Pembimbing : Novita Sari Batubara SST, M.Kes
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Plasenta
Previa Totalis di Puskesmas Pargarutan Pada Tahun
2021

No	Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Selasa, 06 April 2021		ACC judul	
2.	Kamis, 15 April 2021	Bab I	Perbaiki bab I Lanjut bab II	
3.	Rabu, 21 April 2021	Bab I dan II	Perbaiki penulisan Lanjut bab III dan IV	
4.	Sabtu, 29 Mei 2021	Bab III dan IV	Perbaiki bab III & IV Lanjut bab V	
5.	Selasa, 01 Juni 2021	Bab IV dan V	Perbaiki bab IV & V Perbaiki penulisan	
6.	Kamis, 03 Juni 2021	Bab I sampai V	Penambahan materi bab IV & V	
7.	Jumat, 04 Juni 2021	Bab I sampai V	Perbaiki bab V	
8.	Sabtu, 05 Juni 2021	Bab I Sampai V	Perbaiki penulisan	
9.	Selasa, 08 Juni 2021	Bab I sampai V	ACC sidang LTA	