

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.T DENGAN  
DIAGNOSE MEDIS G2P1A0 UK 35/36 MINGGU + PLASENTA  
PREVIA TOTALIS + BSC DIRUANG VK IGD  
RSPAL DR.RAMELAN SURABAYA**



**Oleh :**

**JIHAN NADA IMASYAH, S.Kep.**  
**NIM 2130113**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.T DENGAN  
DIAGNOSE MEDIS G2P1A0 UK 35/36 MINGGU + PLASENTA  
PREVIA TOTALIS + BSC DIRUANG VK IGD  
RSPAL DR.RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Diajukan Sebagai Salah Satu  
Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners**



**Oleh :**

**JIHAN NADA IMASYAH, S.Kep.**  
**NIM 2130113**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini adalah asli hasil karya saya dan saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengaturan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 4 Juli 2022



Jihan Nada Imasyah  
NIM 2130113

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, kami selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Jihan Nada Imasyah  
NIM : 2130113  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul : “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.T Dengan Diagnose Medis G2P1A0 Uk 35/36 Minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC Diruang VK IGD RSPAL.Dr.Ramelan Surabaya”

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini diajukan dalam sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns)**

Surabaya, Juli 2022

**Pembimbing Institusi**



**Astrida Budiarti,S.Kep.,Ns.,M.Kep.Sp.Kep Mat**  
**NIP. 03025**

**Pembimbing Lahan**



**Anti Widayani S.,Keb**  
**NIP. 196807041990032002**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Dari :

Nama : Jihan Nada Imasyah

NIM : 2130113

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.T Dengan Diagnose Medis G2P1A0 Uk 35/36 Minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC Diruang VK IGD RSPAL.Dr.Ramelan Surabaya”

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada Prodi Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

**Penguji Ketua** : **Puji Hastuti, M.Kep.,Ns** .  
NIP. 03010



**Penguji I** : **Astrida Budiarti, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Mat** .  
NIP. 03025



**Penguji II** : **Anti Widayani S.,Keb** .  
NIP. 196807041990032002



**Mengetahui,**  
**Kaprodi Pendidikan Profesi Ners**  
**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Dr. Hidayatus Sya'diah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.**  
NIP. 03007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 04 Juli 2022

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan rahmat hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.T Dengan Diagnose Medis G2P1A0 Uk 35/36 Minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC Diruang VK IGD RSPAL.Dr.Ramelan Surabaya” dan dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan maupun bantuan dari berbagai pihak, peneliti menyadari keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya ilmiah akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya yang jauh dari sempurna.

Pada kesempatan ini, perkenankan peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J.,Sp.,DP.,FINASIM.,M.M selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah member ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis ilmiah.
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan sebagian di Stikes Hang Tuah Surabaya.

3. Ibu Dr. Hidayatus, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku kepala progam studi pendidikan profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia
4. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep, Selaku penguji, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan, bimbingan, arahan, masukan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini
5. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Mat. Selaku pembimbing, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Anti Widayani S.,Keb. Selaku pembimbing ruangan, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan

Surabaya, 4 Juli 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>KARYA ILMIAH AKHIR.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	4
1.4.1 Secara Teoritis.....	4
1.4.2 Secara Praktis.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Studi Kepustakaan.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>8</b>
2.1 Plasenta Previa.....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Etiologi.....	8
2.1.3 Klasifikasi.....	9
2.1.4 Patofisiologi.....	10
2.1.5 Gejala.....	11
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	12
2.1.7 Karakteristik Perdarahan Plasenta Previa.....	12
2.1.8 Penatalaksanaan.....	13
2.2 Konsep Sectio Caesaræ.....	14
2.2.1 Konsep Dasar Sectio Caesaræ (Sc).....	14
2.2.2 Konsep Bsc.....	15
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Plasenta Previa.....	16
2.3.1 Pengkajian.....	16
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	19
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	20
2.3.4 Implementasi.....	23
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	23
2.3.6 WOC.....	24

<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>25</b>
3.1 Pengkajian.....	25
3.1.1 Data Dasar .....	25
3.1.2 Riwayat Obsterti .....	26
3.1.3 Riwayat Kehamilan .....	26
3.1.4 Pemeriksaan Fisik.....	26
3.1.5 Pemeriksaan Head To Toe .....	27
3.2 Analisa Data.....	30
3.3 Intervensi Keperawatan .....	32
3.4 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan .....	37
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>44</b>
4.1 Pengkajian.....	44
4.1.1 Identitas.....	45
4.1.2 Keluhan Dan Riwayat Penyakit.....	45
4.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	46
4.1.4 Diagnosa Keperawatan .....	47
4.1.5 Intervensi Keperawatan .....	49
4.1.6 Implementasi Keperawatan .....	51
4.1.7 Evaluasi.....	54
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>57</b>
5.1 Simpulan.....	57
5.2 Saran .....	59
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>61</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>63</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Intervensi Keperawatan.....	25
Tabel 3.3 Analisa Data.....	30
Tabel 3.4. Prioritas Masalah Keperawatan .....	35
Tabel 3.5 Rencana Keperawatan.....	38
Tabel 3.6. Implementasi Keperawatan.....	50

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Karakteristik plasenta Previa.....	23
Gambar 2.2 WOC .....	41
Gambar 3.1 Hasil USG .....	46

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i> .....	63
Lampiran 2 Motto dan Persembahan .....	64
Lampiran 3 Panduan Medikasi.....	66
Lampiran 4 SPO Pemeriksaan Denyut Jantung Janin.....	67

## DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BSC	: Bekas Luka Operasi
CRT	: Capillary Refill Time
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DO	: Data objektif
DS	: Data subjektif
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
Hb	: Hemoglobin
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
Ht	: Hematokrit
IGD	: Intalasi Gawat Darurat
IUD	: <i>Intra Uterin Device</i>
KB	: Keluarga Berencana
Na	: Natrium
OUI	: Ostrium Interna
P.E	: Preeklamsi
PEB	: Preeklamsi Berat
PER	: Preeklamsi Ringan
RR	: <i>Respiratory reat</i>
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standart Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standart Luaran Keperawatan Indonesia
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
UK	: Umur Kehamilan
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
VT	: <i>Vagina Toucher</i>
WHO	: <i>World Health Organisation</i>

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Plasenta previa terletak di plasenta yang letaknya tidak normal, yaitu bagian bawah, sehingga menutupi sebagian atau seluruh bukaan jalan lahir (Wiknjastro, 2014). Plasenta previa totalis adalah plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum. Plasenta previa parsial adalah plasenta yang berimplantasi rapat dan menutupi sebagian ostium uteri internum, implantasi rendah plasenta terjadi ketika plasenta sampai ke mulut serviks internal sehingga plasenta dapat terplantasi oleh dokter (Reeder, 2011) dan Plasenta previa marginalis berjarak 2-3cm dari ostium interna (Almnabri, 2017). Pada kasus yang terjadi plasenta previa totalis akan terjadi perdarahan pervaginam dan kecemasan yang dialami pada ibu , kecemasan ini membuat otot uterus menjadi tegang makan masalah keperawatan yang seering muncul adalah dengan resiko syok hipovolemik , resiko cedera janin, ansietas serta nyeri akut (Jatiti, 2012).

Data menurut WHO, 2019 kematian ibu sangat tinggi, sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2017, mayoritas besar dari kematian ini 94% terjadi di rangkaian sumber daya rendah, dan sebagian besar bisa dicegah. Afrika Sub-Sahara dan Asia Selatan menyumbang sekitar 86% dari 254.000 dari perkiraan kematian ibu global pada tahun 2017 (Eliagita ,2020). Di Indonesia, menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran

hidup. Berdasarkan data dari tahun 2010-2013 penyebab kematian terbesar kematian ibu adalah perdarahan (Departemen Kesehatan RI, 2014). Di Indonesia pada tahun 2015 berdasarkan Riset Kesehatan Dasar, angka kejadian retensio plasenta masih berkontribusi 40,3%. Di Jawa Timur pada tahun 2015, angka kejadian retensio plasenta masih 53,7% (Dinkes Prov Jatim, 2015). Di RSPAL Dr Ramelan Surabaya juga pada bulan Januari 2022- Juni 2022 terdapat kasus plasenta previa totalis 8 orang (66,66%) sedangkan plasenta akreta 4 (33,33%).

Pada kasus yang terjadi pada plasenta previa menyebutkan bahwa faktor risiko plasenta previa adalah usia ibu >20 tahun atau >35 tahun, Riwayat operasi *caesare*, Riwayat kuretase, kehamilan ganda, Riwayat plasenta previa (R.Oktaviance,, 2018). Segmen bawah rahim dan servik yang rapuh mudah robek oleh sebab kurangnya elemen otot yang melindungi segmen bawah rahim, kondisi inilah yang berpotensi meningkatkan kejadian perdarahan dan plasenta previa pada kehamilan (Prawirohardjo, 2014). Sementara bahaya bagi janin yaitu hipoksia, perdarahan serta syok (Maryunani, 2013).

Peran perawat sebagai tenaga kesehatan dalam manajemen kasus dan memberikan asuhan keperawatan yang efektif serta upaya penurunan angka insiden plasenta previa melalui upaya promotive, preventif, kuratif dan rehabilitative (khairani, 2020). Upaya promotive pemberian penyuluhan ibu hamil tentang deteksi dini plasenta previa melalui penyuluhan (Anita, 2020). Upaya preventive dengan penatalaksanaan USG dan skrining dengan faktor resiko dengan riwayat kerusakan

myometrium akibat SC (Fauzan, 2017). Peran perawat terhadap pasien yang telah di diagnose plasenta previa menganjurkan pasien yang tirah baring (Reeder, 2011).

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan yang berjudul “Asuhan keperawatan Pada Ny.T dengan diagnose medis G2P1A0 UK 35/36 minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC di Ruang VK IGD RSPAL.DR.Ramelan Surabaya”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana pelaksanaan Asuhan keperawatan Pada Ny.T pada Ny.T dengan diagnose medis G2P1A0 UK 35/36 minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC di Ruang VK IGD RSPAL.DR.Ramelan Surabaya?”

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses Asuhan Keperawatan Pada Ny.T pada Ny.T dengan diagnose medis G2P1A0 UK 35/36 minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC di Ruang VK IGD RSPAL.DR.Ramelan Surabaya

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis G2P1A0 UK 35/36 minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC di Ruang VK IGD RSPAL.DR.Ramelan Surabaya.

2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G2P1A0 UK 35/36 Minggu + Plasenta Previa Totalis+ BSC di Ruang VK IGD RSPAL.DR.Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G2P1A0 UK 35/36 minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC di Ruang VK IGD RSPAL.DR.Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G2P1A0 UK 35/36 minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC di Ruang VK IGD RSPAL.DR.Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis G2P1A0 + Plasenta Previa totalis + BSC di Ruang VK IGD RSAL.Dr.Ramelan Surabaya.

#### **1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah**

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya ilmiah secara teoritis maupun praktis tersebut dibawah ini

##### **1.4.1 Secara teoritis**

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran kritis yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity,

disability dan mortalitas pada pasien dengan G2P1A0 UK 35/36 minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC di Ruang VK IGD RSPAL.DR.Ramelan Surabaya.

#### **1.4.2 Secara praktis**

1. Bagi institusi rumah sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan G2P1A0 + Plasenta Previa totalis + BSC sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

2. Bagi institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan G2P1A0 + Plasenta Previa totalis + BSC serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

3. Bagi keluarga dan klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang perawatan pada pasien plasenta previa totalis , sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan kesehatan.

4. Bagi penulis selanjutnya

Sebagai pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada pasien Ny.T dengan diagnosa medis G2P1A0 UK 35/36 minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC di Ruang VK IGD RSPAL.DR.Ramelan Surabaya.

## 1.5 Metode Penulisan

### 1. Metode

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena.

### 2. Tehnik Pengumpulan Data

#### a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain

#### b. Observasi

Data yang diambil melalui pegamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

#### c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

### 3. Sumber Data

#### a. Data Primer

Adalah data yang diperoleh dari pasien

#### b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi Kepustakaan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

### 1.6 Studi Kepustakaan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan peersembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab :

Bab 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.

Bab 2 : Tinjauan pustaka: yang berisi tentang konsep penyakit dan sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose G2P1A0 Plasenta previa

Bab 3 : Tinjauan kasus: hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan

Bab 4 : Pembahasan: pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

Bab 5 : Simpulan dan saran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORI**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi 1) Konsep Plasenta Previa , 2) Asuhan Keperawatan , 3) WOC

#### **2.1 Plasenta Previa**

##### **2.1.1 Definisi**

Menurut (Rosyidah & Azizah,2019) Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian/ seluruh ostium uteri internum. Implantasi plasenta normalnya terjadi di dinding depan, dinding belakang rahim, atau fundus uteri.

##### **2.1.2 Etiologi**

Menurut (Rosyidah & Azizah,2019) Plasenta previa meningkat kajiannya pada keadaan ketika endometrium kurang baik, misalnya akibat atrofi endometrium atau vaskularisasi desidua yang kurang baik. Keadaan ini dapat ditemukan pada:

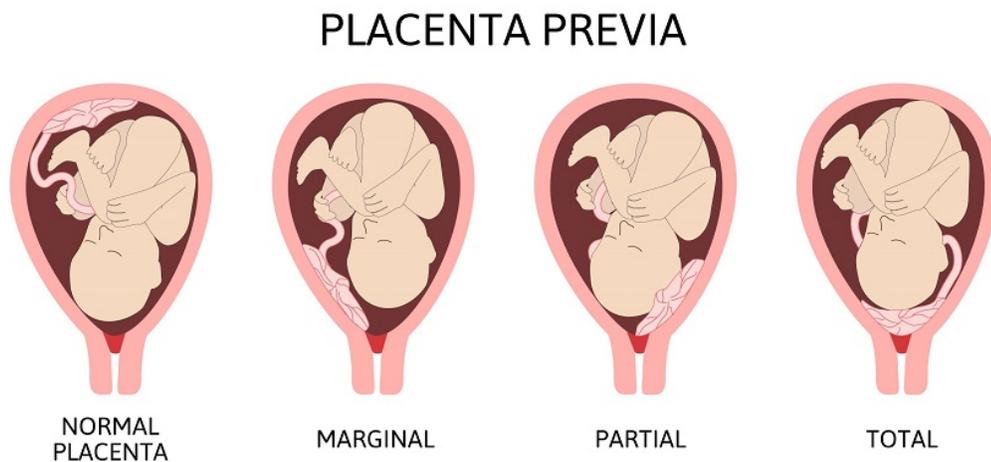
1. Multipara, terutama kalau jarak antara kehamilannya pendek.
2. Mioma uteri.
3. Kuretase berulang.
4. Usia lanjut.
5. Bekas seksio sesarea.
6. Perubahan inflamasi atau atrofi.

Keadaan endometrium yang kurang baik menyebabkan plasenta harus tumbuh melus untuk mencukupi kebutuhan janin. Plasenta yang tumbuh meluas akan

mendekati atau menutup 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. Placenta previa juga dapat terjadi pada plasenta yang besar dan luas, seperti pada eritroblastosis, diabetes melitus, atau kehamilan multipel.

### 2.1.3 Klasifikasi

Menurut (Rosyidah & Azizah,2019) Pembagian plasenta previa meliputi:



**Gambar 2.1 Kategori Plasenta Previa (Azizah,2019)**

1. Plasenta previa totalis  
Seluruh ostium internum tertutup oleh plasenta .
2. Plasenta previa lateralis/ parsialis  
Sebagian ostium tertutup oleh plasenta.
3. Plasenta previa marginalis

Hanya di pinggir ostium terdapat jaringan plasenta.

4. Plasenta letak rendah

Implantasi plasenta rendah tapi tidak sampai ke ostium (tepi plasenta berjarak < 5 cm dari pinggir ostium).

5. Vasa previa

Pembuluh darah janin terdapat di membran yang melintasi ostium.

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Pada usia kehamilan lanjut, umumnya pada trimester ketiga dan mungkin juga lebih awal, oleh karena telah mulai terbentuknya segmen bawah rahim, tapak plasenta akan mengalami pelepasan. Oleh karena fenomena pembentukan segmen bawah rahim itu perdarahan ditempat itu relatif dipermudah dan diperbanyak oleh segmen bawah rahim dan servik tidak mampu berkontraksi dengan kuat karena elemen otot yang dimilikinya sangat minimal dengan akibat pembuluh darah pada tempat itu tidak akan tertutup dengan sempurna.

Perdarahan Pertama Biasanya sedikit tetapi cenderung lebih banyak pada perdarahan berikutnya. 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 keatas.

Hal lain yang perlu diperhatikan adalah dinding segmen bawah rahim yang tipis mudah diinovasi oleh pertumbuhan vili dari trofoblas, akibatnya plasenta melekat lebih kuat pada dinding uterus. Segmen bawah rahim dan servik yang rapuh mudah robek oleh sebab kurangnya elemen otot yang melindungi segmen bawah rahim,

kondisi ini yang berpotensi meningkatkan kejadian perdarahan dan plasenta previa pada kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

### **2.1.5 Gejala**

Menurut (Rosyidah & Azizah,2019) gejala yang dialami pasien yang di diagnosis plasenta previa adalah;

1. Perdarahan tanpa nyeri.
2. Perdarahan berulang – ulang sebelum partus.
3. Darah berwarna merah segar.
4. Bagian terendah anak sangat tinggi, disebabkan karena plasenta terletak di bagian bawah rahim sehingga bagian terendah tidak dapat mendekati pintu atas panggul.
5. Kelainan letak. Lebih sering timbul pada plasenta previa karena ukuran panjang rahim berkurang.

Perdarahan pada plasenta previa disebabkan oleh pergerakan antara plasenta dan dinding rahim. Setelah bulan ke-4, terjadi regangan dinding rahim karena isi rahim lebih cepat tumbuh daripada rahim sendiri. Akibatnya isthmus uteri tertarik dan menjadi bagian dinding korpus uteri yang disebut segmen bawah rahim.

Menurut (Rosyidah & Azizah,2019) Bahaya yang melanda ibu pada plasenta previa meliputi:

1. Syok perfusi perifer tidak efektif
2. Infeksi – sepsis
3. Emboli udara (jarang)

4. Kelainan koagulopati hingga syok.
5. Kematian.

Bahaya yang melanda anak meliputi:

1. Hipoksia
2. Anemia
3. Kematian

#### **2.1.6 Pemeriksaan Penunjang**

1. Pemeriksaan dalam

Dari perabaan fornices, teraba bantalan lunak pada presentasi kepala. Pemeriksaan dalam pada plasenta previa hanya dibenarkan bila dilakukan di kamar operasi yang telah siap untuk melakukan operasi segera. Cara “double set-up” ini hanya dilakukan apabila terapi aktif, yakni terminasi kehamilan akan dilakukan.

2. Ultrasonografi

Diagnosis plasenta previa dengan sedikit perdarahan) yang diterapi ekspektatif ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG). Ketepatan diagnosis dengan USG transabdominal mencapai 95 – 98%, sementara ketepatan USG transvaginal atau transperineal (translabial) lebih tinggi lagi.

#### **2.1.7 Karakteristik Perdarahan Plasenta Previa**

Karakteristik perdarahan menurut (Lowdermilk, 2013) perdarahan plasenta previa berwarna merah segar terdapat gumpalan sedangkan untuk karakteristik solusio plasenta berwarna gelap.

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Semua pasien atau ibu dengan perdarahan pervaginam pada kehamilan trimester ke -3, harus dirawat dirumah sakit tanpa periksa dalam ( touche vagina). Bila pasien dalam keadaan syok karena perdarahan yang banyak, harus segera dilakukan perbaikan keadaan umumnya dengan pemberian infus atau transfusi darah (Maryunani dan Yulianingsih, 2017) .

#### a. Konservatif /ekspektatif

Penangan dengan konservatif adalah mempertahankan kehamilan sampai waktu tertentu yang biasanya ditentukan oleh dokter yang melakukan tindakan kolaborasi dengan bidan dirumah sakit. Yang bertujuan supaya janin terlahir tidak prematur, ibu dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servikalis. Upaya diagnosis dilakukan secara non-invasif. Pemantauan klinis dilakukan secara ketat dan baik

- 1) Jika usia kehamilan belum optimal/kurang dari 37 minggu
- 2) Perdarahan sedikit
- 3) Kehamilan masih dapat dipertahankan, karena perdarahan pertama pada umumnya tidak berat dan dapat berhenti dengan sendirinya
- 4) Belum ada tanda-tanda persalinan
- 5) Keadaan janin baik dengan memantau djj menggunakan dopler
- 6) Keadaan umum baik, kadar Hb 8/9% atau lebih
- 7) Pasien harus dirawat dengan istirahat baringan total
- 8) Pemberian infus dan elektrolit

- 9) Pemberian obat-obatan; untuk pematangan paru sesuai anjuran yang diberikan dokter obgyn
- 10) Pemeriksaan Hb dan Ht dalam batas normal
- 11) Pemeriksaan USG keadaan plasenta masih dalam batas normal
- 12) Awasi perdarahan terus menerus, tekanan darah(tensi), nadi dan denyut jantung janin

#### b. Penangan Aktif

Penangan aktif yang berarti kehamilan tersebut harus segera diakhiri atau di terminasikan dengan persalinan perabdominal atau seksio sesaria. Adapun kriteria dalam penanganan aktif yaitu :

- 1) Usia kehamilan (masa gestasi) > 37 minggu, berat badan janin >2500 gram
- 2) Perdarahan banyak 500 cc atau lebih
- 3) Ada tanda-tanda persalinan
- 4) Ada tanda-tanda gawat
- 5) Keadaan umum ibu tidak baik, ibu anemi, Hb 8,0 %

## **2.2 Konsep Sectio Caesarae**

### **2.2.1 Konsep Dasar Sectio Caesarea (SC)**

Melahirkan janin, plasenta dan selaput ketuban melalui dinding perut dengan cara membuat irisan pada dinding perut dan rahim, ini dapat dilakukan dengan tujuan agar keselamatan ibu dan bayi dapat ditangani dengan baik. Oleh karena itu, Berdasarkan asumsi dari berbagai pihak masyarakat yang terkait dengan meningkatnya kecenderungan persalinan dengan section caesarea disebabkan oleh

faktor indikasi social diantaranya yaitu: perasaan cemas dan takut menghadapi rasa sakit, tidak kuat untuk menahan rasa sakit pada persalinan spontan, takut tidak kuat mengejan, trauma pada persalinan yang lalu, adanya kepercayaan atas tanggal dan jam kelahiran yang dapat mempengaruhi nasib anaknya di masa mendatang, khawatir persalinan pervaginam akan merusak hubungan seksual, faktor pekerjaan, anjuran dari suami, faktor praktis karena tindakan bedah seksio sesarea dilakukan sekaligus dengan tindakan sterilisasi serta faktor sosial dan ekonomi yang mendukung dilakukannya tindakan *sectio caesarea* (Cunningham,2012).

### **2.2.2 Konsep BSC**

Bekas luka SC terdiri dari dua komponen yaitu bagian hypoechoic pada bekas luka dan jaringan parut pada miometrium yang dinilai sebagai ketebalan miometrium residual (KMR). Ketebalan seluruh SBR diukur dengan menggunakan transabdominal sonografi, sementara lapisan otot diukur dengan menggunakan transvaginal sonografi (TVS). Ketebalan SBR harus dievaluasi karena berperan penting sebagai prediktor terjadinya ruptur uteri. Hal ini mengingat resiko ruptur uteri akan meningkat sesuai dengan jumlah pelahiran SC sebelumnya. Bekas luka operatif SC pada uterus akan mengalami perubahan selama proses kehamilan selanjutnya. Peningkatan lebar rata-rata 1,8 mm per semester pada bagian bekas luka. Sedangkan kedalaman dan panjang bekas luka mengalami penurunan dengan 33 rata-rata 1,8 mm dan 1,9 mm per trimester. Ketebalan myometrium residual menurun rata-rata 1,1 mm per trimester (Suryawinata et al., 2019 )

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Plasenta Previa**

### **2.3.1 Pengkajian**

#### 1. Data Subjektif

Deskripsi verbal pasien mengenai masalah kesehatannya. Data subjektif diperoleh dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan dan ide tentang status kesehatannya. Sumber data lain dapat diperoleh dari keluarga, konsultan dan tenaga kesehatan lainnya (Setiadi 2012).

##### a. Identitas klien

#### 1. Nama Pasien atau Suami

Mengetahui nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan akrab (Astuti, 2012).

#### 2. Umur

Ibu dengan usia lebih tua, risiko plasenta previa berkembang 3 kali lebih besar pada perempuan di atas usia 35 tahun (Rohimah, 2016).

#### 3. Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan dan untuk mengkaji potensi kelahiran, prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin (Astuti, 2012).

##### b. Keluhan Utama

Keluhan utama plasenta previa adalah pendarahan tanpa sebab tanpa rasa nyeri dari biasanya berulang darah biasanya berwarna merah segar (Maryunani, 2013: 138).

c. Riwayat Kesehatan

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanda (warning) akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan fisiologis pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh (Sulistiyawati, 2012: 167).

1. Riwayat Penyakit Dahulu Pasien

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah di derita klien. Apabila klien pernah menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada di dalam kandungan tersebut beresiko menderita penyakit yang sama (Astuti, 2012).

2. Riwayat Kesehatan sekarang

Tanyakan pada klien penyakit apa yang sedang di derita sekarang. Misal pasien mengatakan bahwa klien mengalami perdarahan , maka perawat harus memberikan asuhan kehamilan pasien dengan perdarahan.

3. Riwayat Kesehatan keluarga

Tanyakan pada klien apakah mempunyai keluarga yang saat ini sedang menderita penyakit menular atau tidak. Apabila klien mempunyai keluarga yang sedang menderita penyakit menular, sebaiknya bidan menyarankan kepada kliennya untuk menghindari secara langsung atau tidak langsung bersentuhan fisik atau mendekat keluarga tersebut untuk sementara waktu agar tidak menular pada ibu (Astuti, 2012).

4. Riwayat kehamilan sebelumnya

Penelitian (Sencoro, et al, 2017) menyebutkan bahwa ada beberapa factor yang mempengaruhi plasenta previa seperti multigravida lebih dari 5 kali dan penyakit

ginekologi serta ditambahkan menurut (R.Oktaviance,, 2018) Riwayat caesare, riwayat kuretase.

#### 5. Riwayat antenatal

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam pada usia ke hamilan di atas 28 minggu(Manuba, 2014). Perdarahan antepartum merupakan salah satu dari kasus gawat darurat yang terjadi hanya berkisar 3 sampai 5% dari seluruh persalinan penyebab perdana nanti partum yang paling umum adalah Plasenta previa 31% (Athanasias et al, 2012).

#### d. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan dengan cara melakukan pemeriksaan pada tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki dengan melihat keadaan pasien (inspeksi) peraba suatu sistem organ yang hendak diperiksa(palpasi) mengetuk suatu system atau organ (perkusi)dan mendengar suatu system atau organ(auskultasi) (Prawirohardjo, 2018).

Pada keadaan umum pada pasien keadaan umumnya lemah, dalam pemeriksaan TTV meliouti pemeriksaan tekanan darah, suhu, pernafasan, nadi. Pada Breathing (B1) biasanya bentuk dada simetris, pola nafas teratur, tidak ada retraksi dada, otot bantu nafas, frekuensi nafas, penggunaan alat bantu nafas serta tidak ada suara nafas tambahan. Pada Blood (B2) biasanya tidak mengalami sianosis, CRT, irama jantung teratur, tekanan darah bisa meningkat atau menurun, bunyi jantung S1, S2 tunggal. Pada Brain (B3) kesadaran composmentis, orientasi baik, conjungtiva merah muda, pupil isokor Palpasi, Perkusi, Auskultasi : tidak ada masalah. Bladder (B4) biasanya pasien menggunakan kateter, warna urine, kuning kemerahan akibat perdarahan serta adanya gumpalan, berbau amis terdapat berwarna merah segar, sedikit kotor, tidak

ada nyeri tekan pada perkemihan. Bowel (B5) biasanya mukosa bibir lembab, bibir normal, uterus bisa baik/tidak, terdapat nyeri tekan pada TFU 32 cm, abdomen tympani, terjadi penurunan pada bising usus serta pada Bone (B6) turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang atau kuning langsung, tidak ada edema, kelemahan otot, tampak sulit bergerak, kebutuhan klien masih dibantu keluarga, payudara menonjol, aerola hitam, puting menonjol, terdapat luka post operasi masih dibalut, terdapat striae, akral hangat Perkusi : reflek patella (+) Auskultasi : tidak ada

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan perdarahan pervaginam  
**SDKI (D.0023)**
2. Resiko Cedera Janin berhubungan dengan Riwayat persalinan sebelumnya,  
Nyeri abdomen **SDKI (D.0138)**
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis **SDKI (D.0077)**
4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional **SDKI (D.0080)**

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 2.1. Intervensi Keperawatan**

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Rencana Intervensi
1.	Resiko perfusi perifer tidak efektif <b>SDKI (D.0015)</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil</p> <p>(SLKI, L02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi 80-100x/mnt</li> <li>2. TD 120/80 mmHg</li> <li>3. Tugor kulit &lt;2dtk</li> </ol>	<p><b>Manajemen Cairan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi</li> <li>2. Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler,</li> <li>3. kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</li> <li>4. Monitor berat badan harian</li> <li>5. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis</li> <li>6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. hematokrit, Na, K, CI, berat jenis urine, BUN)</li> <li>7. Monitor status hemodinamik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam</li> <li>9. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan</li> <li>10. Berikan cairan intravena, jika perlu</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu</li> </ol>

2.	Resiko cedera janin <b>SDKI (D.0138)</b>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tidak terjadi cedera janin dengan kriteria (SLKI,L00322)  1. DJJ 120-160x/mnt 2. Gerakan Janin min 5 kali dlm 6 jam 3. Ketubah utuh 4. TBJ 2400 – 2500gr	<b>Pemantauan Djj Dan Pengukuran Janin</b> Observasi 1. Identifikasi status obstetric 2. Identifikasi riwayat persalinan 3. Identifikasi riwayat antenatal Terapeutik 4. Monitoring denyut jantung selama 1 menit 5. Monitor gerak janin (min 10x dlm 12 jam) 6. Lakukan pemeriksaan USG dan CTG Edukasi 7. Jelaskan pemantauan secara mandiri
3.	Nyeri Akut <b>SDKI (D.0077)</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (SLKI, L08066)  1. frekuensi nadi 80 – 100x/mnt 2. keluhan nyeri hilang 3. gelisah menurun	<b>Manajemen Nyeri</b> Observasi 1. Identifikasi lokasi,karakteristik durasi,frekuensi,kualitas intensitas nyeri, skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri Nonverbal 3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 4. Monitor efek samping penggunaan tokolitik Terapeutik 5. Berikan teknik non Farmakologi untuk mengurangi nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur Kolaborasi 7. Pemberian tokolitik

4	<p style="text-align: center;">Ansietas <b>SDKI (D.0080)</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kecemasan menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>(SLKI. L09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun</li> <li>4. Perilaku tegang menurun</li> </ol>	<p><b>Reduksi ansietas</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji saat tingkat ansietas berubah (mis., kondisi; waktu, stesor)</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>5. temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>6. pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>8. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>10. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>12. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>13. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika</li> </ol>
---	--	---	--

			perlu 14. Anjurkan umelakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 15. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 16. Latihan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 17. Latihan penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 18. Latihan teknik relaksasi Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
--	--	--	--

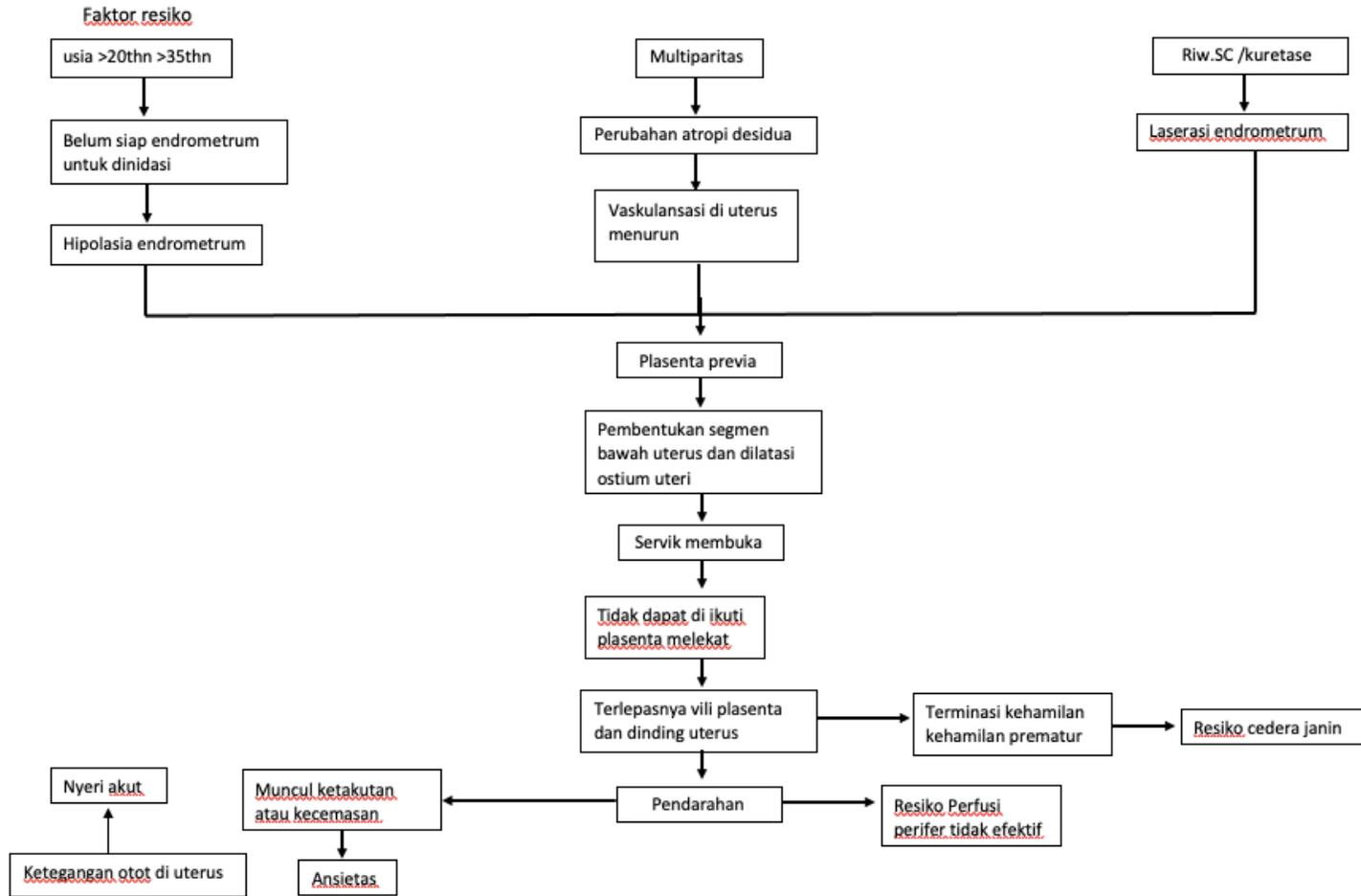
#### **2.3.4 Implementasi**

Tahap ini dilakukan pelaksanaan dari perencanaan perawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Siregar, 2020).

#### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Penilaian terhadap tindakan keperawatan yang diberikan untuk mengetahui kondisi pasien dalam periode yang singkat, untuk mempertahankan daya tahan tubuh, untuk mencegah komplikasi, untuk menemukan perubahan sistem tubuh, untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien (Siregar, 2020)

2.3.6 WOC



Gambar 2.2 Web Of Caution Plasenta Previa Totalis (Septian, 2017)

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Data Dasar**

Ny. T 25 tahun beragama Islam bersuku Jawa/ Indonesia sudah menikah dan mempunyai satu orang anak dengan No register 00-00-69-xx-xx. Pasien dirawat dengan diagnosa medis Plasenta Previa Totalis. Pasien masuk dari IGD pada 4 Juni 2022 pukul 06.00 masuk di ruang IGD ponok dan masuk di ruang VK IGD pada 07.55.

Alasan kunjungan sakit pasien mengatakan telah mengalami perdarahan warna merah segar sejak 3 hari yang lalu disertai adanya gumpalan , kontraksi pada pukul 04.55 lalu dengan usia kehamilan 35/36 minggu pada saat di IGD pasien mengalami perdarahan 250cc terdapat gumpalan dan disertai HIS 1x10 s per 10 min DJJ: 144x/dopp ,TBJ 2200-2300 gr dengan observasi tekanan darah 112/76 mmHg nadinya 68 dengan RR 16 kali /menit saat di dan waktu di IGD dengan anjuran advis dokter direncanakan pertahankan kandungan sampai usia 38/39 minggu ,pada saat di IGD mendapatkan terapi berupa drip isoxsuprine untuk menghentikan perdarahan 2 amp serta nifedipine 30 mg/oral lalu di antar ke VK pada pukul 07.55 diberikan terapi berupa dexamethasone 6mg/IM serta infus RL + 2 amp proterine.

### 3.1.2 Riwayat Obsterti

Pasien mengatakan pada umur 14 tahun baru mengalami mens pertama dengan siklus teratur dengan lamanya tujuh hari selama mens tidak ada keluhan untuk HPHT nya 21 September 2021 untuk TP 28 Juni 2022

### 3.1.3 Riwayat kehamilan

Pasien mengatakan sudah mempunyai anak pertama dengan usia 2,5 tahun jenis kelamin perempuan dengan berat badan 1900 g dengan panjang janin 41 cm dengan usia ke hamilan 34 minggu penyulit pasien P.E dengan jenis persalinan SC dibantu oleh dokter adanya riwayat KB yaitu IUD serta tidak ada masalah yang terjadi.

### 3.1.4 Pemeriksaan Fisik

#### 1. Pola Nutrisi

MRS : pasien makan 1x

#### 2. Pola Eliminasi :

BAK : Pasien BAK dengan warna kuning jernih dengan frekuensi 4-6 kali/hari

dengan output : 450ml

BAB : Pasien belum BAB saat di rawat

#### 3. Pola personal hygiene

Sejak di rumah sakit pasien mandi dan melakukan oral hygiene 2 hari sekali di saat pagi menggunakan sabun mandi dan pasta gigi dengan dibantu suami. Selama di rumah sakit pasien belum keramas

#### 4. Pola istirahat dan tidur

Sejak di rumah sakit pasien tidur 4 jam,

5. Pola aktifitas dan latihan

Sejak di rumah sakit pasien dianjurkan untuk lebih banyak istirahat, aktivitasnya dibantu.

**3.1.5. Pemeriksaan Head To Toe**

Keadaan umum : pasien tampak lemah Kesadaran : composmentis Tekanan darah :

112/78 mmHg Nadi : 68x/menit Suhu: 36,8°C Respirasi : 18x/menit SPO2: 99%

Berat badan saat hamil : 75 kg

1. **Kepala** : Pemeriksaan kepala tampak bentuk kepala simetris, tidak ada lesi ataupun massa. Keluhan sakit kepala menjalar ke tengkuk
2. **Mata** : Pada pemeriksaan kelopak mata tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, gerakan mata kanan kiri normal, bentuk mata simetris, akomodasi normal, dapat melihat ke segala arah, konjungtiva ditemukan anememis, sklera Ikterik, pupil bulat dan isokor.
3. **Hidung** : Pada pemeriksaan hidung tidak didapatkan reaksi alergi, bentuk simetris, tidak ada polip, sinus maupun perdarahan
4. **Mulut dan Tenggorokan** : Pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan gigi geligi tampak utuh, tidak ada caries, tidak ada nyeri telan
5. **Dada dan Axilla Mammae** : Mammae membesar, Areolla mammae kehitaman, Papila mammae menonjol dan membesar, belum ada cairan colostrum
6. **Pernafasan** : Pada pemeriksaan pernafasan didapatkan bentuk dada normochest, jalan nafas bebas dan paten, suara nafas vesikuler, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung.

7. **Sirkulasi Jantung** : Pada pemeriksaan didapatkan nadi 68 x/menit, Irama: regular , tidak ada kelainan bunyi jantung S1 S2 Tunggal
8. **Abdomen** : Tinggi fundus uterus: 32cm, Kontraksi: ya , HIS 1x10<sup>3</sup>/10 menit. Leopold I teraba lunak, bulat, melenting bokong janin 1 . Leopold II teraba ekstremitas janin, teraba keras punggung janin kanan . Leopold III teraba keras, bulat, tidak melenting kepala janin, Belum masuk PAP. Leopold IV belum masuk PAP (Konvergen). DJJ : 145 x/mnt,
9. **Pigmentasi** : Pada pemeriksaan didapatkan linea nigra, terdapat striae albican, baik tidak ada masalah pencernaan
10. **Genitourinary** : adanya perdarahan pervaginam 250cc ,perineum utuh tidak ada bekas jahitan , Vesika urinaria tidak teraba distensi, tidak ada hemoroid, tidak ada varises vagina.
9. **Ekstrimitas (integumen/muskuloskeletal)** : Turgor kulit menurun, Warna kulit : sawo matang, Kontraktur pada persendian ekstrimitas : tidak ada kontraktur, Kesulitan dalam pergerakan : tidak ada

**Pemeriksaan penunjang : 4 Juni 2022**

Darah lengkap

leukosit 11.21 10<sup>3</sup>/ul (4.00-10.00)

hemoglobin : 12.0 g/dL(12.0-15.0)

hematokrit : 36.30% (37.0-47.0)

PCT 0.188 u/L (1.08-2.82)

**USG terakhir 20 mei 2022**



Gambar 3.1 USG *Plasenta Previa Totalis* (Rekap USG Ruang VK IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya,2022)

kesimpulan : plasenta previa totalis , TBJ : 2.200 - 2.300gr , DJJ : 144x/dopp ,  
ketuban cukup 800cc

**Terapi :**

Nifedipine 30mg/oral , dexamethasone 6mg/IM ,RL + 2 amp proterine (VK IGD)

Drip isoxsuprine 2 amp (IGD PONEK)

### 3.2 Analisa Data

Nama Klien : Ny.T

Ruangan / kamar : VK IGD

Umur : 25 thn

No. Register 00-00-69-xx-xx

3.1 Tabel Analisa Data

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	Faktor resiko : Trauma : perdarahan pervaginam	Perdarahan Pervaginam	Resiko Perfusi Tidak Efektif <b>SDKI</b> <b>(D.0015)</b>
2.	Faktor resiko : Riwayat persalinan sebelumnya SC Nyeri abdomen TBJ janin rendah 2200-2300gr	Masalah Kontraksi Ibu	Resiko Cedera Pada Janin <b>SDKI</b> <b>(D.0138)</b>
3.	DS : Pasien mengatakan kenceng kenceng DO: HIS : 1x10detik/10menit P : gerak janin Q : kenceng R: abdomen bawah S : 3 T : Hilang Timbul	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut <b>SDKI</b> <b>(D.0077)</b>
4.	DS: Pasien mengatakan cemas gelisah karena dirinya mengalami perdarahan DO : Pasien tidak fokus saat diajukan pertanyaan	Krisis Situasional	Ansietas <b>SDKI</b> <b>(D.0080)</b>

## PRIORITAS MASALAH

Nama Klien : Ny.T

Ruangan / kamar : VK IGD

Umur : 25 tahun

No. Register 00-00-69-xx-xx

## 3.2 Tabel Prioritas Masalah

No	Diagnosa keperawatan	TANGGAL		Nama perawat
		ditemukan	Teratasi	
1.	Resiko perfusi perifer tidak efektif <b>SDKI (D.0023)</b>	4 juni 2022		Nada
2.	Risiko cedera janin <b>SDKI (D.0138)</b>	4 juni 2022		Nada
3.	Nyeri akut <b>SDKI (D.0077)</b>	4 juni 2022		Nada
4.	Ansietas <b>SDKI (D.0080)</b>	4 juni 2022		Nada

### 3.3 Intervensi Keperawatan

Nama Klien : Ny.T

Ruangan / kamar : VK IGD

UmuR : 25 tahun

No. Register 00-00-69-xx-xx

3.3 Tabel Rencana Keperawatan

No	Diagnose	Tujuan	Intervensi
1.	Resiko perfusi perifer tidak efektif b.d perdarahan pervaginam <b>SDKI (D.0023)</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x6 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil : (SLKI L.02017) 1. perdarahan vagina berkurang 200cc 2. hematokrit meningkat dengan 37.0 3. Tekanan darah membaik dengan rentan 120/80mmHg	<b>Pencegahan Syok</b> Observasi 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas. TD,MAP) 2. Montor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa riwayat alergi Terapeutik 6. Pasang jalur IV, jika perlu 7. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi Edukasi 8. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 9. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 10. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok 11. Anjurkan memperbanyak asupan cairn oral 12. Anjurkan menghindari alergen Kolaborasi

			<p>13. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu</p> <p>14. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu</p> <p>15. Kolaborasi pemberian antiinflamasi</p> <p>16. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam</p> <p>17. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan</p> <p>18. Berikan cairan intravena, jika perlu</p> <p><b>Perawatan Tirah Baring</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kondisi kulit</li> <li>2. Monitor komplikasi, stress, depresi, kebingungan, perubahan irama tidur, wist. da,</li> <li>3. kemih, sulit buang air kecil, pneumonia)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Tempatkan pada kasur terapeutik, jika tersedia</li> <li>5. Posisikan senyaman mungkin</li> <li>6. Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut</li> <li>7. Pasang siderails, jika perlu</li> <li>8. Posisikan tempat tidur dekat dengan nurse station, jika perlu</li> <li>9. Dekatkan posisi meja tempat tidur</li> <li>10. Berikan latihan gerak aktif atau pasif</li> <li>11. Pertahankan kebersihan pasien</li> </ol>
--	--	--	--

			<p>12. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari</p> <p>13. Ubah posisi setiap 2 jam Edukasi</p> <p>14. Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring</p>
2.	<p>Resiko cedera janin b.d Masalah kontraksi ibu <b>SDKI (D.0138)</b></p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x6 jam diharapkan tidak terjadi cedera janin dengan kriteria (SLKI L.00322)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. DJJ 120-160x/mnt</li> <li>2. Gerakan Janin min 5 kali dlm 6 jam</li> <li>3. Ketubah utuh</li> <li>4. TBJ 2400 – 2500gr</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Djj Dan Pengukuran Janin</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status obstetric</li> <li>2. Identifikasi riwayat persalinan</li> <li>3. Identifikasi riwayat antenatal</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Monitoring denyut jantung selama 1 menit</li> <li>5. Monitor gerak janin (min 10x dlm 12 jam)</li> <li>6. Lakukan pemeriksaan USG dan CTG</li> </ol>
3.	<p>Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis <b>SDKI (D.0077)</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x6 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : (SLKI, L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. frekuensi nadi 80 – 100x/mnt</li> <li>2. keluhan nyeri hilang</li> <li>3. gelisah menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi,karakteristik durasi,frekuensi,kualitas intensitas nyeri, skala nyeri</li> <li>2. Identifikasi respon nyeri Nonverbal</li> <li>3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>4. Monitor efek samping penggunaan tokolitik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Berikan teknik non Farmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>6. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol>

			<p>Kolaborasi</p> <p>7. Pemberian tokolitik</p> <p>Terapi Relaksasi</p> <p>8. Gunakan suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>9. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>10. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>11. Observasi CHPB (cortonen, his, pembukaan bandle)</p>
4.	Anseitas b.d krisis situasional <b>SDKI (D.0080)</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x6 jam diharapkan kecemasan menurun dengan kriteria hasil : (SLKI. L09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalasi kebingungan menurun</li> <li>2. Verbalasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun</li> <li>4. Perilaku tegang menurun</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Kaji saat tingkat ansietas berubah (mis., kondisi; waktu, stesor)</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>6. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>8. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> </ol>

			<p>Terapi Relaksasi</p> <p>9. Gunakan suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>10. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>11. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p>
--	--	--	--

### 3.4 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

Nama Klien : Ny.T

Ruangan / kamar : VK IGD

Umur : 25 thn

No. Register 00-00-69-xx-xx

3.4 Tabel Tindakan Keperawatan

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	TT	Tgl Jam	Catatan Perkembangan	TT
1	4/6/22 13.00	Melihat keadaan pasien Terpasang drip isoxsuprine 2 ampl	Nad	19.00	Dx1: S :Mengatakan masih terdapat perdarahan O : Terlihat pasien	Nad
2	13.30	Pemeriksaan leopold pasien mengatakan nyeri berkurang dan masih ada perdarahan	Nad		mengganti pembalut N : 70x/mnt CRT >2dtk	
2.3	14.00	HIS 1x10dtk/10mnt DJJ 144x/dopp TD :115/75mmHg N: 68x/mnt	Nad		intake :500 cc , output : urine : 450cc + 250 cc A : masalah belum teratasi P : Intervensi	
4	15.00	Pasien mengatakan cemas	Nad		dilanjutkan (1-3,10- 13,16-18)	
2.3	15.25	DJJ: 152x/dopp HIS :1x10dtk/10mnt	Nad			

1	15.39	Perdarahan (+)	Nad		Dx2:	Nad
1.2	16.05	Ganti infus pasien habis diganti dengan RL 500cc+ 2 ampul proterin 14 Tpm	Nad		S : Pasien mengatakan gerakan janinnya aktif sebanyak 6 kali dalam 7 jam	
4	16.06	Berikan informasi yang dibutuhkan pasien agar pasien tidak cemas	Nad		O : DJJ 145x/mnt  His 1x10 dtk dlm 10mnt	
2.3	17.00	DJJ: 145x/dopp  HIS :1x10dtk/10mnt	Nad		A : Masalah belu  teratasi	
1.2	17.45	TD:120/78mmHg  S:36.6C RR:18x/mnt  SPO2:99%	Nad		P : Intervensi  Dilanjutkan (4,5,6)	
2.3	18.15	DJJ: 144x/dopp  HIS :1x10dtk/10mnt	Nad		Dx3:  S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri	Nad
3	18.20	Mengidentifikasi karakteristik nyeri  P: gerak janin  Q: Kencang kencang  R: Perut  S: 2	Nad		O :  HIS :  1x10detik/10menit  P : gerak janin  Q : kenceng  R: abdomen bawah	

		T: Hilang timbul			S : 2	
2.3	18.25	Memberikan diet nasi	Nad		T : Hilang Timbul	
		Memberi nififipine			A : masalah belum	
		30mg/oral			teratasi	
3.4	18.32	Beri teknik tarik nafas	Nad		P : Intervensi	
		dalam mengurangi			dilanjutkan (1 sampai	
		nyeri dan cemas			11)	
		Observasi :			Dx4:	Nad
2	18.40	DJJ : 146x/dopp	Nad		S :pasien mengatakan	
3		HIS : 1x 10dtk/10mnt			cemas terdapat	
		S: 36.5 N:75x/mnt			perdarahan serta nyeri	
1		perdarahan (+)			O : pasien tidak fokus	
1.2	18.42	melihat keadaan pasien	Nad		saat diberi informasi	
		nasi dihabiskan satu			terkait Perdarahan serta	
		porsi , menganjurkan			nyeri	
		pasien tirah baring			A : masalah belum	
		tidak melakukan			teratasi	
		banyak gerak			P : Intervensi	
3	18.48	pasien mengatakan	Nad		dilanjutkan (3 sampai	
		sudah terasa nyeri			11)	
		berkurang				
1.2	18.50	injeksi Dexamethasone	Nad			

		6mg/IM Output : urine 450cc perdarahan 250cc				
--	--	--	--	--	--	--

## TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN

NAMA KLIEN : Ny.T

Ruangan / kamar : .VK IGD

UMUR : 25 thn

No. Register 00-00-69-xx-xx

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	TT	Tgl Jam	Catatan Perkembangan	TT
1.2.3	5/6/22 07.00	Melihat keadaan pasien pasien mengatakan nyeri berkurang dan masih ada perdarahan	Nad	13.00	Dx1: S :Mengatakan masih terdapat perdarahan O : Terlihat pasien	Nad
2.3	07.50	HIS hilang DJJ 144x/dopp	Nad		mengganti pembalut intake :500 cc ,	
1.2	08.00	Ganti infus pasien habis diganti dengan Ns + 2 ampul proterin 14 Tpm	Nad		output : urine : 450cc + 150 cc	
2	08.30	injeksi Dexamethasone 6mg/IM	Nad		A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi	
4	10.00	Berikan informasi yang	Nad		dilanjutkan (1-3,10-	

		dibutuhkan pasien agar pasien tidak cemas			13,16-18)	
1	10.34	Observasi TD: 112/70mmHg S:36C , RR : 20x/mnt SPO2 : 99%	Nad		Dx2: S : Pasien mengatakan gerakan janinnya aktif sebanyak 5 kali dalam 6 jam	Nad
1.2.3	10.45	Menganjurkan pasien tirah baring tidak melakukan banyak gerak	Nad		O : DJJ 145x/mnt His hilang	
2.3	11.45	Memberi nififipine 30mg/oral	Nad		A : Masalah teratasi sebagian	
3.4	12.20	Beri teknik tarik nafas dalam mengatasi cemas dan nyeri timbul	Nad		P : Intervensi Dilanjutkan (4,5,6)	
1.2.3	12.40	Observasi : DJJ : 149x/dopp HIS : hilang S: 36.5 N:74x/mnt perdarahan (+) pasien mengganti pembalut	Nad		Dx3: S : pasien mengatakan nyeri hilang	Nad
3	12.50	pasien mengatakan nyeri	Nad		O : A : masalah teratasi	

4	12.56	hilang menanyakan apakah pasien masih cemas, pasien mengatakan sudah tidak cemas karena sudah diberi informasi terkait perdarahan pasien	Nad		P : Intervensi dihentikan Dx4: S :pasien mengatakan sudah tidak cemas O : pasien terlihat tenang A : masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Nad
1.2.3	13.00	menganjurkan pasien tirah baring tidak melakukan banyak gerak output urine: 450cc	Nad			

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Bab 4 ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny.T dengan G2P1A0 + Plasenta Previa Totalis di Ruang VK IGD RS.AL dr.Ramelan Surabaya yang dilakukan pada tanggal 4 Juni 2022 sampai 5 Juni 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Dalam melakukan pengumpulan data penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah melakukan perkenalan terlebih dahulu kepada pasien serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu akan melakukan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga dapat menerima secara terbuka serta kooperatif selama penulis melakukan asuhan keperawatan dengan benar. Pada dasarnya antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak banyak mengalami kesenjangan Pada Tinjauan Pustaka di dijelaskan pada pengkajian terdiri dari nama, umur/tanggal lahir, jenis kelamin, agama, anak keberapa, jumlah saudara dan identitas orang tua. Penulis melakukan pengkajian pada Ny.T dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, meelakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis, pada tanggal 4 juni 2021 Pembahasan akan dimulai dari:

#### **4.1.1 Identitas**

Data yang didapatkan Ny.T pasien menyebutkan tidak bekerja hanya membersihkan rumah pada waktu pagi dan sore hari. Pekerjaan yang terlalu berat pada ibu hamil serta ibu memiliki Riwayat perdarahan pada kehamilan anak pertama. Ny.T membersihkan rumah naik turun tangga cukup beresiko untuk perdarahan antepartum (Ayuni, 2019).

Data pengkajian yang ada dihubungkan dengan faktor faktor resiko. Pasien Ny.T mempunyai resiko yang aktual untuk mengalami Plasenta Previa, kondisi ini bila tidak didukung dengan pola hidup sehat serta pembatasan aktivitas.

#### **4.1.2 Keluhan dan Riwayat Penyakit**

Keluhan utama pasien mengeluhkan terdapat perdarahan serta HIS. Disebutkan bahwa gambaran kliniks yang terlihat pada Ny.T tampak cemas dan selalu menanyakan kepada perawat apakah kandungannya tidak ada masalah serius atau tidak, perdarahan ini disebabkan oleh desidua uterus jumlah kehilangan darah yang actual yang dapat terlihat pasien harus dikaji apakah ada tanda tanda syok seperti pucat, akral dingin, takikardi serta oksigenasi yang tidak adekuat. Nyeri abdomen sering terjadi tiba tiba, seperti tertusuk pisau dan uterus teraba lembek dan nyeri tekan dari yang terjadi merupakan akibat adanya penumpukan darah di belakang Plasenta disertai distensi uterus oleh karena itu ini uterus akan mengeras seperti papan kayu maka bagian janin akan sulit teraba (Reeder, 2011).

Salah satu faktor resiko plasenta previa adalah luka bekas operasi section caesare ini berhubungan dengan pengkajian yang di dapat oleh pasien menyebutkan kehamilan anak pertama melahirkan secara section caesare (Ayuni, 2019).

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan tidak memiliki penyakit keturunan ataupun penyakit lain yang pernah diderita. Pasien mengatakan mengatakan memiliki pengalaman melahirkan SC. Pengalaman ibu akan mempengaruhi persepsi, respon, kebutuhan dan dukungan dalam menghadapi persalinan (Reeder, 2011).

Pasien mengalami plasenta previa kondisi ini memicu untuk dilakukan operasi SC. Pada Ny.T dengan uk 35/36 minggu dilakukan mempertahankan kehamilan dengan pemberian obat tokolitik nifedipine untuk merileksasi otot polos termasuk uterus penghambat kanal kalsium (Lowdermilk, 2013).

#### **4.1.3 Pemeriksaan Fisik**

Pada pasien Ny.T dengan diagnose plasenta previa G2P1A0 mengalami perdarahan pervaginam 250cc dan merasakan kontraksi dengan uk 35/36 minggu di lakukan pertahankan kandungan sampai usia aterm dengan memberikan terapi nifedipine 30mg/oral 2x sehari. serta di beri infus RL + 2 amp proterine setiap kolf di oplos dengan proterine serta dexamethasone 6mg/IM 2x1 hari , membatasi asupan cairan juga di lakukan pada pasien yang mendapatkan terapi tokolitik (Lowdermilk, 2013).

#### 4.1.4 Diagnosa Keperawatan

##### 1. Resiko perfusi perifer tidak efektif

Pada data pengkajian data yang didapatkan diagnose tersebut adalah keluhan perdarahan pervaginam pasien memakai pembalut . pada saat di IGD perdarahan 250cc TTV : TD :112/78 mmHg , Nadi : 68x/ mnt , serta nadi teraba lemah ,intake :500 cc , output : urine : 450cc + 250 cc perdarahan ,rasional : Diagnosa ditegakan karena berisiko mengalami masalah atau bahaya pada pasien (SDKI, 2017). kehamilan pada ibu dapat menimbulkan perdarahan antepartum yang dapat menimbulkan syok (Cut Meurah Yeni, 2017).

Timbulnya perdarahan pada plasenta previa adalah oleh pergerakan antara plasenta dan dinding rahim. Setelah bulan ke-4, terjadi regangan dinding rahim karena isi rahim lebih cepat tumbuh daripada rahim sendiri. Akibatnya isthmus uteri tertarik dan menjadi bagian dinding korpus uteri yang disebut segmen bawah rahim (Rosyidah & Azizah,2019).

##### 2. Resiko Cidera Janin

Dari hasil pengkajian didapatkan pasien memiliki faktor risiko akibat kelahiran preterm dengan usia kandungan 35/36 minggu, Hasil pemeriksaan USG didapatkan tafsiran berat janin yakni 2200-2300 gram, rasional : Diagnosa ditegakan karena berisiko mengalami masalah atau bahaya pada janin selama proses persalinan dengan faktor risiko riwayat persalinan preterm, perdarahan kehamilan dan riwayat SC (SDKI,2017). Hal ini diakibatkan oleh ibu mengalami HIS serta TBJ >2500 gram.

### 3. Nyeri akut

Pengkajian pada data yang didapatkan diagnose tersebut adalah keluhan kontraksi pada pasien dengan pasien mengatakan kencang-kencang di perutnya muncul sejak tadi shubuh dengan Provoke : gerakan janin, Quality : Kencang-kencang, Region : Perut menjalar ke pinggang, Skala 2 (Ringan) Time : Hilang timbul. Hasil pemeriksaan inspeksi didapatkan gelisah saat nyeri timbul dan pengukuran denyut jantung janin didapatkan 144 x/menit HIS 1 kali 10 detik dalam 10 menit. Rasional : diagnose ini ditegakan karena otot otot menegang akibat ibu mengalami ansietas (SDKI,2017). kecemasan ini membuat otot uterus menjadi tegang makan masalah keperawatan yang seering muncul nyeri akut (Jatiti, 2012)

### 4. Ansietas

Pengkajian pada data yang didapatkan diagnose tersebut adalah keluhan cemas akibat perdarahan yang di alami pasien disebabkan oleh plasenta previa, serta selalu menanyakan bagaimana perkembangan kondisi pasien Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena adanya kecemasan (SDKI,2017). Adanya dukungan keluarga yang tinggi, maka pasien akan merasa lebih tenang dan nyaman , dukungan keluarga dapat menahan efek-efek negatif dari stress. Kesehatan dukungan keluarga dapat dilakukan dengan cara memberikan dukungan emosional yaitu mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan. Dukungan emosional diperlukan untuk menambah kepercayaan dari pasien dalam menghadapi penyakit yang dideritanya. Kepercayaan diri merupakan hal yang penting dalam coping stress dan membantu selama menjalankan terapi (Utami, 2013)

Tingkat kecemasan sangat berpengaruh terhadap kesejahteraan ibu hamil maupun janin yang ada di dalam kandungan. Kecemasan saat hamil berhubungan dengan kejadian prematuritas dan memiliki efek yang buruk terhadap perkembangan otak serta kesejahteraan janin (Uwin, 2022).

#### **4.1.5 Intervensi Keperawatan**

Pada perumusan tujuan antara tinjauan Pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan Pustaka membuat perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus memiliki kesamaan membuat perencanaan dengan sesuai sasaran yang akan di tuju, yaitu sesuai yang akan dituju pasien.

Penulis mengangkat diagnose resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kekurangan volume cairan (SDKI, 2016). Dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan perawatan 2x6jam diharapkan keseimbangan cairan agar mencegah komplikasi ditandai dengan turgor kulit elastis, akral hangat hemtokrit meningkat 37.0 ,tidak ada keluhan perdarahan (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data sesuai diagnosa keperawatan yaitu pencegahan syok dengan memantau intake output , monitor hasil pemeriksaan laboratorium rencana terapeutik berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan dan intervensi tambahan lainnya yaitu menganjurkan pasien tirah baring (SIKI, 2018).

Penulis mengangkat diagnosa risiko cedera janin dibuktikan dengan faktor risiko kontraksi pada ibu dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan perawatan 2x6jam diharapkan tidak terjadi cedera pada janin ditandai dengan TBJ

2400-2500gr , denyut jantung janin 120-160x/mnt, Gerakan Janin min 6 dalam 8 jam (SLKI, 2018) Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data sesuai diagnosa keperawatan yaitu Pemantauan Denyut Jantung Janin dengan rencana observasi meliputi rencana observasi meliputi identifikasi status obstetrik, identifikasi riwayat persalinan, Identifikasi riwayat antenatal. Rencana terapeutik meliputi monitoring denyut jantung selama 1 menit, Monitor gerak janin (min 10x dlm 12 jam). Monitor keadaan ketuban janin. Lakukan pemeriksaan USG. Rencana edukasi meliputi penjelasan pemantauan secara mandiri menganjurkan pasien tirah baring (SIKI, 2018).

Penulis mengangkat diagnosa nyeri akut agen pencedera fisiologis gerakan janin (SDKI,2016) dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan perawatan 2x6jam diharapkan nyeri pada pasien hilang. Mampu mengontrol nyeri dengan masege pinggang. Skala nyeri 2 (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data sesuai diagnosa keperawatan yaitu Manajemen nyeri dengan rencana observasi observasi meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal. Rencana terapeutik meliputi pemberian teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi pijat, aroma terapi, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). Fasilitasi istirahat dan tidur. Rencana edukasi meliputi jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri (SIKI, 2018).

Penulis mengangkat diagnosa ansietas berhubungan krisis situasional (SDKI,2016) dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan perawatan

2x6jam diharapkan tingkat ansietas berkurang (SLKI,2018) Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data sesuai diagnosa keperawatan yaitu reduksi ansietas dengan rencana observasi meliputi identifikasi tanda kecemasan (verbal-non verbal), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda vital. Rencana terapeutik meliputi ciptakan suasana terapeutik yang tenang, anjurkan keluarga/ suami menemani. rencana edukasi meliputi jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, latih teknik relaksasi nafas dalam (SIKI, 2018)

#### **4.1.6 Implementasi Keperawatan**

##### **1. Resiko perfusi perifer tidak efektif**

Implementasi yang telah dilakukan yakni mengkaji keadaan umum klien tampak lemah perdarahan 250cc TTV : TD :112/78 mmHg , Nadi : 68x/ mnt , serta nadi teraba lemah ,intake :500 cc , output : urine : 450cc + 250 cc perdarahan , Intervensi keperawatan dilakukan observasi tanda tanda jika ada gejala syok. Pada Ny.T diberikan terapi drip isoxsuprin 2 amp guna menghentikan perdarahan pervaginam yang terjadi pada pasien plasenta previa totalis, obat ini menyebabkan vasodilatasi dengan secara langsung mempengaruhi otot polos pembuluh darah, terutama pada otot rangka dengan sedikit efek pada aliran darah di kulit dan relaksasi (Maulidan, 2013).

Pada hari ke 2 Ny.T akan dilakukan observasi lanjut dengan memonitor keadaan umum klien tampak lemah perdarahan 150cc TTV : TD :115/78 mmHg , Nadi : 70x/ mnt , serta nadi teraba lemah ,intake :500 cc , output : urine : 450cc + 150cc perdarahan perdarahan serta intake output pasien memberikan cairan infus RL + 2 amp proterin Obat ini digunakan untuk mengatasi gejala yang berhubungan

dengan insufisiensi vaskular serebral, mengatasi penyakit pembuluh darah perifer (Maulidan, 2013).

## 2. Resiko cedera pada janin

Implementasi yang telah dilakukan pada hari pertama yakni mengidentifikasi status obstetrik, Identifikasi riwayat persalinan, Identifikasi riwayat antenatal. Melakukan pemeriksaan Leopold, monitoring denyut jantung selama menit DJJ sera HIS 145x/mnt, His 1 kali 10 detik dalam 10 mnt. Monitor gerak janin 6 kali dalam 7 jam. Monitor keadaan ketuban janin. penjelasan pemantauan secara mandiri.

Implementasi yang telah dilakukan pada hari kedua yakni mengidentifikasi. Melakukan pemeriksaan Leopold, monitoring denyut jantung dan HIS dengan hasil DJJ 144x/mnt, His 1 kali 10 detik dalam 10 mnt. Monitor gerak janin 5 kali dalam 6 jam. Monitor keadaan ketuban janin..

Pada pasien Ny.T diberikan inj dexamethasone 6mg/IM menstimulus paru paru janin dengan meningkatkan pelepasan enzim yang menginduksi produksi atau pelepasan surfaktan paru serta diberikan nifedipine 30mg/oral guna untuk merilekskan otot polos termasuk uterus (Lowdermilk, 2013).

## 3. Nyeri Akut

Rencana asuhan keperawatan yang dapat diberikan dengan diagnosa nyeri akut adalah mengobservasi CHPB untuk memantau kesejahteraan janin, mengajarkan ibu teknik relaksasi (nafas dalam dan massage) untuk mengurangi nyeri, menganjurkan pendampingan selama proses persalinan agar ibu merasa lebih aman dan nyaman.

Hasil penelitian mengatakan bahwa teknik relaksasi/deep breathing efektif dalam upaya mengurangi nyeri. Hal ini dilakukan dengan mengatur pola nafas demikian rupa sehingga akan mengurangi rasa nyeri yang ditimbulkan akibat adanya otot-otot dan syaraf pada tubuh yang tegang. Serta untuk mencegah terjadinya kelahiran premature diberikan terapi nifedipin sebagai tokolitik, yang bertujuan untuk mempertahankan kehamilan agar tidak terjadi kelahiran premature (Uwin, 2022).

Mengkaji karakteristik mengajarkan teknik non farmakologis dan observasi nyeri tap 1 jam serta kolaborasi dengan pemberian analgetic. hari pertama skala 2 dengan intensitas 1x10detik/10 menit hilang timbul dengan diberikan terapi nifedipine 30mg/ oral 2 x sehari nifedipine 30mg/oral guna untuk merilekskan otot polos termasuk uterus (Lowdermilk, 2013). Skala 2 nyeri hilang timbul. Pasien tampak berhati hati saat bergerak dengan hasil TTV :TD : 125/84mmHg Nadi : 78x/mnt DJJ : 144x/dopp .

Hari kedua skala nyeri 2 dengan intensitas hilang diberikan terapi nifedipine 30mg/ oral 2 x sehari. Pasien mengatakan intensitas nyeri berkurang menjadi hilang. Pasien tampak berhati hati saat bergerak dengan hasil TTV :TD : 120/80mmHg Nadi: 74x/mnt DJJ : 145x/dopp.

Pada Ny.T dengan uk 35/36 minggu dilakukan mempertahankan kehamilan dengan pemberian obat tokolitik nifedipine untuk merileksasi otot polos termasuk uterus penghambat kanal kalsium (Lowdermilk, 2013). Salah satu tanda untuk menghambat tanda persalinan premature yaitu dengan menghambat kontraksi uterus dengan cara farmakologis menggunakan tokolitik yang bertujuan untuk memperpanjang kehamilan dan menunda persalinan salah satu obatnya adalah

nifedipine didukung secara kuat dengan bukti klinis dalam mengatasi persalinan preterm secara akut (Karmelita, 2020).

#### 4. Ansietas

Semua intervensi keperawatan yang dibuat dapat dilaksanakan dengan baik sesuai direncanakan di rencana keperawatan. hari pertama pasien belum mampu beradaptasi dengan nya serta keadaannya sekarang terkait perdarahan saat ini dengan hasil TTV: TD :120/80mmHg N:78x/mnt S:36,5C RR 18x/mnt. Masalah keperawatan ansietas belum teratasi pasien masih cemas. hari ke dua pasien masih gelisah akibat perdarahan yang terjadi pada pasien dan mampu beradaptasi dengan keadaannya sekarang terkait perdarahan dengan hasil TTV: TD :110/70mmHg N:65x/mnt S:36C RR 18x/mnt . masalah teratasi sebagian, terapi deep breathing atau terapi nafas dalam dapat mengatasi kecemasan pada ibu hamil dengan risiko (Uwin, 2022).

##### **4.1.7 Evaluasi**

###### 1. Resiko perfusi perifer tidak efektif

Catatan perkembangan didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan pada 6 jam pertama didapatkan pasien mengatakan perdarahan 250cc , badan terasa lemas, akral hangat. Dari data diatas bahwa masalah risiko perfusi perifer tidak efektif dapat belum teratasi sebagian. Pada hari ke 2 evaluasi dilakukan didapatkan data pasien mengatakan badanya tidak lemas, perdarahan berkurang menjadi 150cc, akral hangat dari data tersebut masalah resiko perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian.

## 2. Resiko Cedera Pada Janin

Hari pertama yakni mengidentifikasi status obstetrik, Identifikasi riwayat persalinan, Identifikasi riwayat antenatal. Melakukan pemeriksaan Leopold, monitoring denyut jantung dengan hasil DJJ 145x/mnt, His 2 kali 15 detik dalam 10 mnt. Monitor gerak janin 6 kali dalam 7 jam. Monitor keadaan ketuban janin. penjelasan pemantauan secara mandiri, masalah belum teratasi karena pasien masih merasakan HIS

Hari ke-2 melakukan pemeriksaan Leopold, monitoring denyut jantung selama menit DJJ 144x/mnt, His 1 kali 10 detik dalam 10 mnt. Monitor gerak janin 5 kali dalam 6 jam. Monitor keadaan ketuban janin. penjelasan pemantauan secara mandiri, masalah teratasi sebagian karena pasien masih merasakan HIS berkurang.

## 3. Nyeri Akut

Evaluasi hari pertama skala 2 dengan intensitas 1x10detik/10 menit hilang timbul dengan diberikan terapi nifedipine 30mg/ oral 2 x sehari nifedipine 30mg/oral Skala 2 nyeri hilang timbul. Pasien tampak berhati hati saat bergerak dengan hasil TTV :TD : 125/84mmHg Nadi : 78x/mnt DJJ : 144x/dopp , masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan

Evaluasi hari kedua nyeri hilang diberikan terapi nifedipine 30mg/ oral 2 x sehari pasien mengatakan intensitas nyeri berkurang menjadi hilang . Pasien tampak berhati hati saat bergerak dengan hasil TTV :TD : 120/80mmHg Nadi : 74x/mnt DJJ : 145x/dopp , masalah teratasi, intervensi dihentikan.

#### 4. Ansietas

Evaluasi hari pertama pasien belum mampu beradaptasi dengan nya serta keadaannya sekarang terkait perdarahan saat ini dengan hasil TTV: TD :120/80mmHg N:78x/mnt S:36,5C RR 18x/mnt. Masalah keperawatan ansietas belum teratasi pasien masih cemas. Evaluasi hari ke dua pasien mengatakan sudah tidak cemas karena sudah diberikan informasi yang dibutuhkan pasien terkait perdarahannya pasien tampak tenang dengan hasil TTV: TD :110/70mmHg N:65x/mnt S:36C RR 18x/mnt . masalah teratasi .

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung, maka penulis dapat menarik beberapa simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis G2P1A0 UK 35/36 minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC

#### **5.1 Simpulan**

Mengacu pada hasil uraian yang telah menguraikan tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan G2P1A0 UK 35/36 minggu + Plasenta Previa Totalis maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

##### **5.1.1. Pengkajian**

Pengkajian pada Ny.T usia 25 tahun didapatkan keluhan utama pasien mendapati perdarahan serta HIS dengan usia kandungan 35/36 minggu dan hasil USG plasenta previa totalis serta TBJ 2200-2300 gram, ketuban cukup. Hasil pemeriksaan tekanan darah 112/78mmHg, Nadi 68x/mnt, Suhu 36C, Respirasi 18x/mnt, SPO2 99% dan DJJ 144x/dopp serta his 1x10detik/10 mnt.

##### **5.1.2. Diagnosa Keperawatan**

Hasil pengkajian maka dapat di tegakan diagnose keperawatan pada Ny.T antara lain : resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kekurangan volume cairan , resiko cedera pada janin dibuktikan dengan faktor resiko riwayat persalinan sebelumnya SC serta kondisi terkait masalah kontraksi ibu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis Gerakan janin, ansietas berhubungan dengan krisis situasional

### 5.1.3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan asuhan keperawatan disusun berdasarkan teori dan kondisi pasien.

1. Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kekurangan volume cairan diberikan rencana keperawatan pencegahan syok dan tirah baring
2. Risiko Cidera Janin Dibuktikan Dengan Faktor Risiko nyeri pada abdomen,, maka diberikan rencana keperawatan utama yakni Pemantauan Denyut Jantung Janin
3. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis, maka diberikan rencana keperawatan utama yakni Manajemen Nyeri dan Teknik relaksasi
4. Ansietas Berhubungan Dengan Krisis Situasional , maka diberikan rencana keperawatan utama yakni reduksi ansietas dan Teknik relaksasi

### 5.1.4. Implementasi Keperawatan

Penatalaksanaan asuhan keperawatan diberikan pada tanggal 4 juni 2022 selama 2x6jam sesuai dengan Tindakan keperawatan yang telah disusun dan dilaksanakan.

1. Resiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan kekurangan volume cairan diberikan tindakan pemberian terapi drip isoxsuprine 2 amp serta tindakan tirah baring
2. Resiko cedera pada janin dibuktikan dengan Faktor Risiko nyeri pada abdomen, diberikan tindakan pemantauan djj per jam, gerak janin , serta

kontraksi uterus dan pemberian terapi tokolitik berupa dexamethasone 6mg 2 kali sehari.

3. Nyeri akut dibuktikan dengan agen pencedera fisiologis, diberikan tindakan teknik relaksasi dan nifidiphine 30mg
4. Ansietas dibuktikan dengan krisis situasional, diberikan tindakan relaksasi tarik nafas dalam serta memberikan informasi yang dibutuhkan pasien.

#### 5.1.5. Evaluasi

1. Resiko perfusi perifer tidak efektif Berhubungan Dengan kekurangan volume cairan maka dilakukan evaluasi masalah dapat teratasi sebagian dengan evaluasi dilakukan pada 6 jam berikutnya
2. Risiko Cidera Janin Dibuktikan Dengan Faktor Risiko nyeri pada abdomen, maka dilakukan evaluasi masalah dapat teratasi sebagian dengan evaluasi dilakukan pada 6 jam berikutnya
3. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis, maka dilakukan evaluasi masalah dapat teratasi
4. Ansietas Berhubungan Dengan Krisis situasional, teratasi dikarenakan pasien mampu beradaptasi dengan keadaannya

#### 5.2 Saran

1. Bagi Pasien G2P1A0 UK 35/36 minggu + Plasenta Previa Totalis + BSC disarankan mebatasi aktivitas dan dianjurkan tirah baring untuk tidak memperparah keadaan.

2. Bagi Ruangan VK di Rumkital Dr Ramelan Surabaya lebih meningkatkan mutu pelayanan dan melakukan tindakan sesuai prosedur yang sudah di jelaskan.
3. Bagi penulis selanjutnya pembuatan karya tulis ini dapat digunakan sebagai acuan penulisan selanjutnya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan kasus G2P1A0 UK 35/36 minggu + Plasenta Previa Totalis+ BSC

## DAFTAR PUSTAKA

- Alghamadi, A. A. (2017). Management Of Placenta Previa During Pregnancy. *The Egyptian Journal Of Hospital Medicine Vol.68*, 1549-1553.
- Anita. (2020). Peningkatan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Deteksi Dini Placenta Previa Melalui Penyuluhan Di Desa Kemang Indah Tambang Kabupaten Kampar. <https://Prosiding.Htp.Ac.Id/Index.Php/Prosiding/Article/>.
- Astuti. (2012). *Buku Ajaran Asuhan Kebidanan Ibu 1 (Kehamilan)*. Yogyakarta: Rahima Press .
- Cut Meurah Yeni, M. B. (2017). Plasenta Previa Totalis Pada Primigravida. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala Vol.17*.
- Dewi Utami, A. A. (2013). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Kemoterapi Pada Pasien Kanker Serviks Di Rsud Dr. Moewardi. *Gaster*, Vol.10.
- Faida Annisa, S. M., Meli Diana, S. M., & Kusuma Wijaya Ridi Putra, S. M. (2016). *Pemeriksaan Fisik Head To Toe* . Sidoarjo: Akademi Kerta Cendekia.
- H, W. (2009). *Ilmu Kebidanan. Edisi Ke-4 Cetakan Ke-2* . Jakarta: Yayasan Pustaka Sarwono Prawirohadjo.
- Jatiti, E. (2013). Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Perdarahan Antepartum : Plasenta Previa Dibangsal An Nisa Rs Pku Muhammadiyah Surakarta” . *Karya Tulis Ilmiah*.
- Karmelita, D. M. (2019). Efektivitas Nipedipin Sebagai Tokolitik Dalam Persalinan Prematureeffectiveness Of Nifedipine As Tocolytic In Premature Labor. *Jurnal Kedokteran STM* .
- Khosa Tsabitah, B. W. (2020). Severe Preeclampsia Leads To Higher Prevalence Of Mortality And Morbidity Affecting Maternal Outcomes In Single Tertiary Hospital. *Maj Obs Gin, Vol.28 No.3. E-Journal.Unair.Ac.Id.*, 99-103.
- Lowdermilk, P. L. (2013). *Keperawatan Maternitas Edisi 8*. Singapore: Else Morby.
- Manuba. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan KB*. Jakarta: Kedokteran EGC.

- Maulidan, F. (2011). KARAKTERISTIK PLASENTA PREVIA DATA REKAMMEDIK PADA IBU MELAHIRKAN DI RSUDPALEMBANG BARI . *Skripsi Sarjana Kedokteran*.
- Miftakhul Zanah, E. M. (2015). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea Di Rsud Panembahan Senopati Bantul Tahun 2015. <https://Nedika.Respati.Ac.Id/Index.Php/Medika/Article>, 71-73.
- Nugrahaheny, S. D. (2012). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
- R.Oktaviance, D. S. (N.D.). Asuhan Keperawatan Kebidanan Pada Ny.W Usia 39 Tahun G1P0A0 UK 33/34 Minggu Dengan Plasenta Previa Di RS Santa Elisabeth. *Karya Tulis Ilmiah*.
- Rafhani Rosyidah, S. B. (2019). *Obsetri Pathologi Kehamilan*. Sidoarjo: UMSIDA Press.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuanperawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Trianaingsih, I. (2012). Hubungan Riwayat Sectio Caesarea Dan Riwayat Placenta Previa Pada Kehamilan Sebelumnya Dengan Kejadian Placenta Previa. <https://Ejournal.Unsrat.Ac.Id/Index.Php/Ebiomedik/Article>.
- Uwin. (2022). Efektivitas Deep Breathing Terhadap Kecemasan Ibu Hamil Dengan Plasenta Previa : Evidence Based Case Report. *Jurnal Kesehatan Siliwangi Vol.2 No.3*.

## Lampiran 1

### *CURRICULUM VITAE*

Nama : Jihan Nada Imasyah

Nim : 171.0049

Prodi : SI- Keperawatan

Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 31 Juli 1999

Alamat : Sidotopo Wetan Baru 1/27 , Surabaya

Agama : Islam

No. Telpon : 081327678756

Email : [jihannadaimasyah@gmail.com](mailto:jihannadaimasyah@gmail.com)

Riwayat pendidikan

1. TK : TK Aisyah 05 Surabaya

Tamat tahun 2004

2. SD : SD Negeri 255 Surabaya

Tamat tahun 2010

3. SLTP : SMPN 11 Surabaya

Tamat tahun 2013

4. SLTA : SMAN 7 Surabaya

Tamat tahun 2017

## Lampiran 2

### MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Syukuri apa yang ada. Lakukan semaksimal mungkin apapun yang kamu lakukan. Effort makes you , You will regret someday if you don't do your best now. Don't think its too late but keep working on it!

Saya persembahkan skripsi ini kepada :

1. Allah SWT yang telah memberi kesempatan dan kelancaran bagi penulis dalam meneruskan ke jenjang Profesi Ners .
2. Untuk Ibu yang selalu menyempatkan waktu disela kesibukannya untuk memotivasi, mendukung, menasehati dan mendoakan yang tiada hentinya. Terima kasih banyak sudah sangat bersabar menghadapiku dan meluangkan waktu untuk mendengarkanku bercerita sehari-hari.
3. Untuk ayah yang selalu bekerja keras dan mengutamakan sekolahku.yang selalu membanggakanmu dimanapun beliau berada. Yang selalu mendukungku selama hal tersebut positif. Terima kasih banyak, ayah.
4. Untuk Ibu Astrida yang membimbing dan membantu proses dalam saya mengerjakan KIA saya menjadi lebih baik lagi
5. Untuk teman teman saya yang sudah ikut mensupport serta membantu dalam proses mengerjakan KIA saya.
6. Untuk saya yang sudah berusaha keras dalam melewati proses KIA

dan tetap semangat untuk mengerjakan.

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners (Ns.) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 04 Juli 2022

Hormat saya,  
(Jihan Nada Imasyah, S.Kep)

## Lampiran 3

## PANDUAN MEDIKASI

Obat dan cara kerja	Dosis dan cara pemberian	Efek samping	Pertimbangan keperawatan
Nifidiphine -merilekskan otot polos termasuk uterus	Dosis awal 10-20mg, per-oral setiap 4-6 jam hingga kontraksi menjadi jarang, diikuti dengan formulasi kerja Panjang 30 dan 60 mg setiap 8-12 jam selama 48 jam	Ibu 1. Hipotensi 2. Sakit kepala 3. Melayang 4. Mual Janin 1. hipotensi	1) Hindari penggunaan bersamaan dengan magnesiumsulfat 2) Tidak boleh diberikan simultan

Sumber : (Lowdermilk, 2013)

Obat dan cara kerja	Dosis dan cara pemberian	Efek samping	Pertimbangan keperawatan
dexamethasone -menstimulus paru paru janin dengan meningkatkan pelepasan enzim yang menginduksi produksi atau pelepasan surfaktan paru	6mg/IM dalam 4 dosis terpisah selama 12 jam	1. Edema paru 2. Dapat memperburuk kondisi ibu (diabet , hipertensi)	1) Memberikan IM pada otot gluteus 2) Mengkaji tanda tanda edema paru 3) Mengkaji kadar glukosa darah dan suara paru

Sumber : (Lowdermilk, 2013)

## Lampiran 4

### SPO PEMERIKSAAN DENYUT JANTUNG JANIN

#### 1. Pengertian

Kegiatan yang dilakukan acuan untuk mengetahui kesehatan ibu dan perkembangan janin khususnya denyut jantung janin dalam rahim.

#### 2. Tujuan

Sebagai acuan untunk mengetahui kesehatan ibu dan perkembangan janin khususnya denyut jantung janin dalam rahim.

#### 3. Persiapan alat

1. Doppler
2. Handscoon
3. Kassa
4. Jelly

#### 4. Prosedur

- 1)Cuci tangan sebelum kontak dengan pasien
- 2)Baringkan ibu hamil dengan posisi terlentang
- 3)Pakai handscoon
- 4)Lakukan pemeriksaan leopold II ; untuk mengetahui letak punggung janin
- 5)Beri jelly pada doppler /lineac yang akan digunakan
- 6)Tempelkan doppler pada perut ibu hamil didaerah punggung janin
- 7)Hitung denyut jantung janin :
- 8)Dengan denyut jantung janin selama 1 menit, normal denyut jantung janin 120-140 x/ menit
- 9)Berikan penjelasan pada pasien hasil pemeriksaan denyut jantung janin
- 10)Jika pada pemeriksaan denyut jantung janin tidak terdengar ataupun tidak ada pergerakan bayi, maka pasien diberi penjelasan dan pasien dirujuk ke RS.
- 11)Bersihkan perut ibu yang terkena jelly berserta doppler
- 12)Catat hasil pemeriksaan di buku KIA

**Sumber : Rekap Standar Prosedur Oprasional Ruang VK IGD RSPAL.Dr  
Ramelan Surabaya**