

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. H USIA 20 TAHUN
G₁P₀A₀ USIA KEHAMILAN 10 MINGGU 6 HARI DENGAN
BLIGHTED OVUM DI RUMAH SAKIT SANTA
ELISABETH BATAM
TAHUN 2017**

STUDI KASUS

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



Disusun Oleh :

**KATARINA SIMATUPANG (SR. GISELA SFD)
022015031**

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. H USIA 20 TAHUN
G1P0A0 USIA KEHAMILAN 10 MINGGU 6 HARI DENGAN
BLIGHTED OVUM DI RUMAH SAKIT SANTA
ELISABETH BATAM
TAHUN 2017**

Studi Kasus

Diajukan Oleh:

Katarina Simatupang (Sr. Gisela SFD)

NIM : 022015031

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

Oleh :

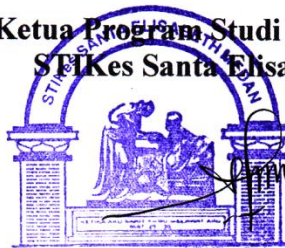
**Pembimbing : R. Oktaviance S, SST., M.Kes
Tanggal : 19 Mei 2018**

Tanda Tangan :

R.O.

Mengetahui

**Ketua Program Studi D3 Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan**



Anita Veronika, S.SiT., M.KM



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

Tanda Pengesahan

Nama : Katarina Simatupang (Sr. Gisela SFD)
 NIM : 022015031
 Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. H Usia 20 Tahun G₁P₀A₀ Usia Kehamilan 10 Minggu 6 Hari Dengan *Blighted Ovum* Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017

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

TIM PENGUJI:

TANDA TANGAN

Penguji I : Ermawaty Arisandi S, SST., M.Kes

Penguji II : Bernadetta Ambarita, S.ST., M.Kes

Penguji III : R. Oktaviance S, SST., M.Kes

Mengetahui
 Ketua Program Studi D3 Kebidanan



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

Mengesahkan
 Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan



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

CURRICULUM VITAE



Nama : Katarina Simatupang (Sr. Gisela SFD)
NIM : 022015031
Tempat/Tanggal Lahir : Sidikalang, 03 September 1993
Agama : Katolik
Anak Ke : Empat dari ke-empat bersaudara
Nama Orangtua
Ayah : Ruddin Simatupang
Ibu : Hotnauli Sinaga
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Rimobunga, Panji Bako, Sidikalang, Kab. Dairi
Riwayat Pendidikan :
1. TK St. Maria Sidikalang: Tahun 1996-1997
2. SD St. Yosef Sidikalang: Tahun 1998-2004
3. SMP St. Paulus Sidikalang: Tahun 2005-2008
4. SMA Negeri 2 Sidikalang: Tahun 2009-2011
5. STIKes Santa Elisabeth Medan: 2015-2018

Persembahan

Terimakasih yang terdalam ku ucapkan kepada Kongregasi SFD yang telah memberikan kesempatan bagiku, untuk menempuh pendidikan D3 Kebidanan di STikes St. Elisabeth Medan.

Terimakasih atas doa-doa, perhatian dan dukungan dari seluruh para suster selama menjalani tugas perutusan saya ini.

Terimakasih juga kuucapkan buai Mama, Bapak, kakak, abang dan sahabat ku tercinta yang tiada lelah dan bosan untuk selalu mendukung, membantu dan mendoakan saya selama dalam perkuliahanku ini. Begitu banyak cinta tulus yang saya terima dari kalian semua. Dan berkat itu semua yang memampukan saya untuk dapat berdiri hingga saat ini. Tidak ada yang dapat saya berikan untuk membalas semua kebaikan kalian.

Tetapi aku hanya mampu untuk selalu menyebutkan nama kalian semua dalam doaku setiap hari. Semoga kita semua diberkati Tuhan dalam kehidupan ini.

Dan semoga saya juga dapat mempertanggungjawabkan ini semua kepada Kongregasi SFD tercinta dalam tugas perutusan ku selanjutnya.

MOTTO:

"Segala perkara dapat ku tanggung didalam Dia yang mengutus aku."



PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul “**Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny.H Usia 20 Tahun G₁P₀A₀ Usia Kehamilan 10 Minggu 6 Hari Dengan *Blighted Ovum* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017**”, ini sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

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

Medan, 19 Mei 2018
Yang Membuat Pernyataan



(Katarina Simatupang)

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. H USIA 20 TAHUN
G₁P₀A₀ USIA KEHAMILAN 10 MINGGU 6 HARI DENGAN
BLIGHTED OVUM DI RUMAH SAKIT SANTA
ELISABETH BATAM
TAHUN 2017**

Katarina Simatupang¹, R. Oktaviance²

INTISARI

Latar Belakang : Salah satu penyebab AKI di Indonesia adalah perdarahan. Perdarahan diklasifikasikan menjadi tiga yaitu perdarahan pada kehamilan muda, perdarahan pada kehamilan lanjut dan persalinan serta perdarahan pasca persalinan. Sedangkan perdarahan pada kehamilan muda disebabkan oleh abortus, kehamilan ektopik, dan kehamilan molahidatidosa, kehamilan anembrionik (*Blighted Ovum*). *Blighted ovum* disebut juga kehamilan anembrionik merupakan suatu keadaan kehamilan patologi dimana janin tidak terbentuk. Dalam kasus ini kantong kehamilan tetap terbentuk. Selain janin tidak terbentuk kantong kuning telur juga tidak terbentuk. Kehamilan ini akan terus dapat berkembang meskipun tanpa ada janin di dalamnya. *Blighted ovum* ini biasanya pada usia kehamilan 14-16 minggu akan terjadi abortus spontan.

Tujuan : Tujuan penulisan adalah memberi asuhan kepada ibu hamil yang mengalami *Blighted Ovum* dengan menggunakan metode 7 langkah Varney dan SOAP.

Metode : Jenis penulisan metode studi kasus ini menggunakan metode kualitatif dengan melihat perbedaan dan persamaan antara teori dengan praktik tentang *Blighted Ovum* pada ibu hamil. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Desember 2017 di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam. Teknik pengambilan data yang digunakan oleh penulis yaitu observasi yang meliputi pemeriksaan fisik, dan wawancara.

Kesimpulan : Ny. H Usia 20 tahun G₁ P₀ A₀ usia kehamilan 10 minggu 6 hari dengan *Blighted Ovum*, mengalami keluhan nyeri dibagian perut yang hilang timbul. Dari pengkajian yang telah dilakukan kepada ibu maka didapatkan hasil bahwa hasil USG Transvaginal menunjukkan bahwa embrio pada rahim ibu tidak mengalami perkembangan dan yang terlihat hanyalah kantong kehamilan. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. H berjalan baik dimana tindakan kuretase telah dilakukan oleh dokter spesialis kandungan, maka hasil konsepsi telah berhasil dikeluarkan secara keseluruhan dan telah ditunjukkan kepada ibu. Dan telah ditemukan bahwa faktor penyebab terjadinya *Blighted Ovum* pada Ny. H adalah karena faktor usia yang masih terlalu muda yaitu 20 tahun dan faktor paritas primipara pada ibu yang masih berusia 20 tahun. Namun dalam melakukan pengkajian dan pemeriksaan masih ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

Kata Kunci : *Blighted Ovum*, Usia dan Paritas

Referensi : 6 buku (2010-2017), 9 Jurnal

¹Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

**PRENATAL CARE ON NY. H AGE OF 20 YEARS OLD
G₁P₀A₀ PREGNANCY AGE 10 WEEK 6 DAYS WITH
BLIGHTED OVUM AT SANA ELISABETH
HOSPITAL BATAM
YEAR 2017**

Katarina Simatupang¹, R. Oktaviance²

ABSTRACT

Background: One of the causes of MMR in Indonesia is bleeding. Bleeding is classified into three points, they are bleeding in young pregnancies, bleeding in late pregnancy and childbirth and postpartum hemorrhage. While bleeding in young pregnancies is caused by abortion, ectopic pregnancy, and pregnancy molahidatidosa, embryonic pregnancy (Blighted Ovum). Blighted ovum also called anembrionic pregnancy is a pathological pregnancy condition in which the fetus is not formed. In this case the pouch of pregnancy is still formed. In addition to the fetus does not form egg yolk pouch is also not formed. This pregnancy will continue to grow even without a fetus in it. Blighted ovum is usually at 14-16 weeks pregnancy and will occur spontaneous abortion.

Purpose: The purpose of writing is to provide care to pregnant women who experience Blighted Ovum by using the 7 step Varney and SOAP method.

Method: This case study method used qualitative method by looking at differences and similarities between the theory and practice about Blighted Ovum in pregnant women. The assessment was conducted on December 12, 2017 at Santa Elisabeth Hospital Batam. Techniques of data collection used by the writer was observations that included physical examination, and interviews.

Conclusion: Ny. H Age 20 years old G₁P₀A₀ gestational age 10 weeks 6 days with Blighted Ovum, experiencing complaints of pain in the abdomen missing. From the assessment that has been done to the mother then obtained the result that the Transvaginal ultrasound showed that the embryo in the womb of the mother is not progressing and the only visible pockets of pregnancy. Management performed on Ny. H goes well where the curettage action has been performed by the obstetrician, the result of conception has been successfully removed as a whole and has been shown to the mother. And it has been found that the underlying cause of Blighted Ovum in Ny. H is due to the age factor is still too young ie 20 years and primipara parity factor in mothers who are aged 20 years. However, in conducting assessment and examination still found a gap between theory and practice.

Keywords: *Blighted Ovum, Age and Parity*

References: *6 books (2010 - 2017), 9 Journals*

Student of D-III Midwifery Program STIKes Santa Elisabeth Medan
Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “**Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. H G₁P₀A₀ Dengan *Blighted Ovum* di Rumah Sakit St. Elisabeth Batam**”. Laporan Tugas Akhir dibuat untuk melengkapi tugas dan persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi D3 Kebidanan.

Dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir ini penulis menyadari masih banyak kesalahan baik isi maupun susunan bahasanya. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya masukan dan saran yang bersifat membangun sehingga Laporan Tugas Akhir dapat lebih berharga dan mendapat perbaikan dimasa yang akan datang.

Dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini penulis banyak menerima bantuan yang berharga dapat dari berbagai pihak sehingga penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini sebagaimana mestinya.

Untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tulus dan ikhlas kepada :

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

2. Anita Veronika, S.Si.T., M.KM, selaku ketua Program Studi D3 Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
3. Flora Naibaho, SST., M.Kes, selaku Koordinator Laporan Tugas Akhir yang telah banyak memberikan bimbingan nasehat dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Dr. Sahat, selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian
5. Sr. M. Beatrix, FSE selaku Wadir Keperawatan Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan untuk melaksanakan prktek dan melakukan penelitian
6. R. Oktaviance, S.ST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah banyak meluangkan pikiran, dan waktunya dalam membimbing, melengkapi dan membantu penulis dalam penyusun Laporan Tugas Akhir.
7. Ermawaty A. Siallagan, SST, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Akademik selama tiga tahun yang telah banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
8. Seluruh staf dosen pengajar Studi D3 Kebidanan yang telah memberi ilmu, petunjuk serta nasehat selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
9. Ny. H. yang telah bersedia dan membantu menjadi pasien di Rumah Sakit ST. Elisabeth Batam sehingga penulis mampu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

10. Para suster Kongregasi SFD yang saya cintai, yang telah memberikan kesempatan bagi saya untuk menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan dan yang turut mendukung penulis dalam doa-doa selama melaksanakan tugas perutusan penulis di STIKes Santa Elisabeth Medan.

11. Kepada kedua orang tua tercinta R. Simatupang dan H. Sinaga, Kakak tersayang Erika Simatupang dan Sr. Rahel Simatupang KSSY, abang tersayang Yantua Kristanto Simatupang dan saudari seangkatan penulis Sr. Fabiola Girsang SFD, yang banyak memberi semangat, dukungan, perhatian, bantuan dan doa-doa mereka yang tulus bagi penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

12. Seluruh teman-teman mahasiswa Prodi D-III Kebidanan angkatan XV dan yang telah memberi bantuan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Akhir kata penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, semoga mendapatkan berkat dari Tuhan Yang Maha Esa.

Medan, Mei 2018

Penulis



(Katarina Simatupang)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
CURICULUM VITAE	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
INTISARI	vii
ABSTRAC	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
LAMPIRAN	xv
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	6
1.2.1 Tujuan Umum	6
1.2.2 Tujuan Khusus	6
1.3 Manfaat Penulisan	7
1.3.1 Manfaat Teoritis	7
1.3.2 Manfaat Praktis	7
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kehamilan	9
2.1.1 Pengertian Kehamilan	9
2.1.2 Diagnosis Kehamilan	9
2.1.3 Perubahan Anatomi dan Fisiologi Kehamilan	14
2.1.4 Kebutuhan Ibu Hamil	25
2.1.5 Asuhan antenatal Care	34
2.1.6 Tujuan Asuhan Antenatal Care	34
2.1.7 Jadwal Pemeriksaan Antenatal	35
2.1.8 Pelayanan Asuhan Standar Antenatal	36
2.1.9 Klasifikasi Komplikasi Kehamilan	40
2.2 Blighted Ovum	41
2.2.1 Pengertian	41
2.2.2 Etiologi	43
2.2.3 Patogenesis	44
2.2.4 Tanda dan Gejala	45
2.2.5 Diagnosa Blighted Ovum	45
2.2.6 Pencegahan	45
2.2.7 Penatalaksanaan Blighted Ovum	46
2.2.8 Pengaruh Usia dan Paritas pada Blighted Ovum	50

2.3 Pendokumentasian Asuhan kebidanan	52
2.3.1 Manajemen Kebidanan.....	52
2.3.2 Pendokumentasian Asuhan kebidanan (SOAP)	57

BAB 3 METODE STUDI KASUS

3.1 Jenis Studi Kasus.....	59
3.2 Tempat dan Waktu Studi kasus.....	59
3.3 Subjek Studi Kasus	59
3.4 Metode Pengumpulan Data	60
1. Metode.....	60
2. Jenis Data	60

BAB 4 TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Tinjauan Kasus	62
4.2 Pembahasan.....	73
4.2.1 Pengkajian.....	73
4.2.2 Interpretasi Data Dasar.....	75
4.2.3 Diagnosa Masalah Potensial	76
4.2.4 Tindakan Segera.....	76
4.2.5 Rencana Tindakan.....	77
4.2.6 Implementasi Asuhan Kebidanan	79
4.2.7 Evaluasi	79

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan	80
5.2 Saran.....	81

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

2.1 Penambahan Tinggi Fundus Uteri.....	16
2.2 Tabel Indeks Massa Tubuh	29
2.3 Nilai Atas untuk Anemia pada Perempuan	30
2.4 Tinggi Fundus Uteri	37
2.5 Interval Imunisasi TT.....	37

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Persetujuan Judul LTA
2. Surat permohonan Ijin Studi Kasus
3. Surat Rekomendasi dari RSE Batam
4. Manajemen Asli
5. Leaflet *Blighted Ovum*
6. Abstract BBC
7. Daftar Tilik Pemeriksaan fisik pada Ibu Hamil
8. ADL
9. Lembar Konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan sebagai keadaan fisiologis dapat diikuti proses patologis yang mengancam keadaan ibu dan janin. Tenaga kesehatan harus dapat mengenal perubahan yang mungkin terjadi sehingga kelainan yang ada dapat dikenal lebih dini. Misalnya perubahan yang terjadi adalah edema tungkai bawah pada trimester terakhir dapat merupakan fisiologis. Namun bila disertai edema ditubuh bagian atas seperti muka dan lengan terutama bila diikuti peningkatan tekanan darah dicurigai adanya pre eklamsi. Perdarahan pada trimester pertama dapat merupakan fisiologis dengan adanya tanda Hartman yaitu akibat proses nidasi blastosis ke endometrium yang menyebabkan permukaan perdarahan berlangsung sebentar, sedikit dan tidak membahayakan kehamilan tetapi dapat merupakan hal patologis yaitu abortus, kehamilan ektopik atau molahidatidosa (Mansjor, dkk, 2010).

Saat ini dalam setiap menit setiap hari, seorang ibu meninggal disebabkan oleh komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas. Oleh karena itu, Kehamilan Risiko Tinggi masih menjadi masalah pelayanan kesehatan khususnya dalam bidang obstetri oleh karena dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas baik maternal maupun perinatal yang masih tinggi. Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar terhadap ibu maupun janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, persalinan dan nifas.

Blighted ovum adalah keadaan dimana seorang wanita merasa hamil tetapi tidak ada bayi di dalam kandungan. Seorang wanita yang mengalaminya juga merasakan gejala-gejala kehamilan seperti terlambat menstruasi, mual dan muntah pada awal kehamilan (*morning sickness*), payudara mengeras, serta terjadi pembesaran perut, bahkan saat dilakukan tes kehamilan baik *test pack* maupun laboratorium hasilnya pun positif. Pada saat konsepsi, sel telur (*ovum*) yang matang bertemu sperma. Namun akibat berbagai faktor maka sel telur yang telah dibuahi sperma tidak dapat berkembang sempurna, dan hanya terbentuk plasenta yang berisi cairan. Meskipun demikian plasenta tersebut tetap tertanam di dalam rahim. Plasenta menghasilkan hormon HCG (*human chorionic gonadotropin*) dimana hormon ini akan memberikan sinyal pada indung telur (ovarium) dan otak sebagai pemberitahuan bahwa sudah terdapat hasil konsepsi di dalam rahim. Hormon HCG yang menyebabkan munculnya gejala-gejala kehamilan seperti mual, muntah, ngidam dan menyebabkan tes kehamilan menjadi positif. Karena tes kehamilan baik *test pack* maupun laboratorium pada umumnya mengukur kadar hormon yang sering disebut juga sebagai hormon kehamilan.

Gejala *blighted ovum* dapat terdeteksi melalui pemeriksaan USG atau hingga adanya perdarahan layaknya mengalami gejala keguguran mengancam (*abortus iminens*) karena tubuh berusaha mengeluarkan konsepsi yang tidak normal (Yunita, 2013).

Blighted Ovum sering dijumpai pada kehamilan trimester I, terjadi akibat kegagalan mudigah. Kelainan ini mungkin juga terjadi karena perkembangan mudigah terhenti sebelum dapat terdeteksi dengan USG, atau mudigah mati dan mengalami reabsorpsi sehingga tidak terlihat lagi dengan USG. Sekitar 50-90%

abortus yang terjadi pada kehamilan trimester I disebabkan oleh kehamilan blighted ovum, dan seringkali berhubungan dengan kromosomal (Prawirohardjo, 2011).

Penelitian yang dilakukan mengatakan bahwa usia dan paritas berpengaruh terhadap terjadinya *blighted ovum* (BO). Ibu-ibu yang mengalami *abortus* karena *blighted ovum* memiliki karakteristik antara lain usia, paritas dan jarak kehamilan. Bahwa karakteristik ibu hamil yang mengalami *blighted ovum* (BO) terbanyak dengan usia 20 tahun kebawah dan lebih dari 35 tahun, paritas multipara dan jarak kehamilan > 2 tahun. Oleh karena itu pada ibu hamil untuk melakukan ANC minimal 4 kali selama kehamilan dan bila terdapat kelainan maka dilakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan (Yunita, 2013).

Paritas adalah jumlah kelahiran yang pernah dialami oleh wanita. Paritas merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya abortus. Blighted ovum adalah salah satu penyebab terjadinya abortus spontan. Dimana jumlah kehamilan ataupun paritas mempengaruhi kerja alat-alat reproduksi. Menurut Prawirohardjo (2011) paritas 1 dan paritas > 3 memiliki resiko abortus. Kehamilan yang berulang (paritas tinggi) akan membuat uterus menjadi renggang, sehingga dapat menyebabkan pengeluaran sebagian hasil konsepsi. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal dan tidak terancam terhadap ancaman *mortalitas* dan *morbiditas* baik pada ibu maupun pada janin. Sedangkan resiko terjadinya komplikasi meningkat pada kehamilan, persalinan dan nifas setelah ketiga dan seterusnya. Ibu hamil yang telah melahirkan lebih dari 5 kali atau mempunyai resiko tinggi dalam kehamilan yang akan dapat mengakibatkan kematian janin. Demikian juga dengan paritas 0 dan lebih dari 4 merupakan

kehamilan resiko tinggi. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan KB (Yunita, 2013).

Menurut laporan World Health Organization(WHO) tahun 2018, perkiraan dari 2010-2014 ada 56.000 ribu kejadian aborsi yang aman dan tidak aman dilakukan diseluruh dunia setiap tahunnya. Kejadian aborsi ada 35 dengan indikasi dari 1000 wanita dengan rentan usia 15-44 tahun. Diperkirakan dari seluruh kehamilan ada 25% dengan indikasi abortus. Rentang aborsi yang tinggi terjadi di wilayah Negara berkembang dan tidak berkembang. 25.000 ribu melakukan aborsi yang tidak aman diseluruh dunia disetiap tahunnya, dari 8.000 ribu dengan kondisi aborsi yang sangat berbahaya. Secara keseluruhan perkiraan aborsi yang tidak aman terdapat di Asia, 3 dari 4 kejadian aborsi yang tidak aman ada di Negara Afrika dan Amerika Latin. Aborsi yang tidak aman yang mengakibatkan kematian ibu tertinggi di Afrika. Setiap tahunnya diperkirakan 4,7% - 12,3%, ibu hamil meninggal dikarenakan tindakan aborsi yang tidak aman. Dari 7.000 ribu wanita yang mengalami aborsi yang tidak aman akhirnya dirawat di Rumah Sakit disetiap tahunnya diseluruh Negara.

Berdasarkan Depkes RI (2010) penyebab langsung kematian ibu di Indonesia adalah Abortus Inkomplit. Abortus Inkomplit merupakan salah satu penyebab perdarahan yang dominan. Kejadian perdarahan sebesar (28%), eklampsia (24%), infeksi (11%) dan komplikasi puerperium sebesar 8%, dan kejadian abortus sebesar (5%) menempati urutan ke-5.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Propinsi Riau tahun 2015 dapat diketahui bahwa angka kejadian Abortus adalah sebagai berikut: Abortus

Inkomplit 103 kasus (10,2 %), Myoma Uteri 83 kasus (8,2%), Kista Ovarium 72 kasus (7,2%), KET 68 kasus (6,7%), *Blighted Ovum* 54 kasus (5,4%), Abortus Iminens 47 kasus (4,7%), Abortus Insipiens 11 kasus (1,1%), Missed abortion 22 kasus (2,2%), dan Mola Hidatidosa 47 kasus (3,9%).

Frekuensi perdarahan post partum berdasarkan laporan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam berkisar 6 pasien. Dari 6 pasien tersebut, diperoleh gambaran etiologi antaralain : HPP (4 orang). Plasenta rest (2 orang). Dan kelainan lain seperti *Blighted Ovum* (8 orang).

Berbagai komplikasi yang dialami oleh ibu hamil mungkin saja terjadi dan memiliki peluang untuk terjadi pada semua ibu hamil. Komplikasi-komplikasi ini bila dapat dideteksi lebih awal maka akan dapat ditangani dengan baik. *Blighted ovum* atau kehamilan kosong merupakan salah satu komplikasi atau kelainan dalam kehamilan yang dapat menyebabkan perdarahan dalam kehamilan trimester dini.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk mengambil judul **“Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. H G₁P₀A₀ Usia Kehamilan 10 Minggu 6 Hari Dengan *Blighted Ovum* Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017.”**

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mendokumentasikan Asuhan Kebidanan pada Ny. H G₁P₀A₀ dengan *Blighted ovum* di Rumah Sakit St. Elisabeth Batam tahun

2018, dengan menerapkan manajemen kebidanan 7 langkah Helen Varney dan SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian terhadap ibu hamil pada Ny. H G₁P₀A₀ dengan *Blighted Ovum* di Rumah Sakit St. Elisabeth Batam tahun 2017.
- b. Mendeskripsikan interpretasi data untuk menegakkan diagnosa deteksi dini pada Ny. H G₁P₀A₀ dengan *Blighted Ovum* di Rumah Sakit St. Elisabeth Batam tahun 2017.
- c. Mendeskripsikan masalah potensial dan mengantisipasi penanganan secara dini pada Ny. H G₁P₀A₀ dengan *Blighted Ovum* di Rumah Sakit St. Elisabeth Batam tahun 2017.
- d. Mendeskripsikan identifikasi tindakan segera deteksi dini pada Ny. H G₁P₀A₀ dengan *Blighted Ovum* di Rumah Sakit St. Elisabeth Batam tahun 2017.
- e. Mendeskripsikan rencana asuhan kebidanan pada Ny. H G₁P₀A₀ dengan *Blighted ovum* di Rumah Sakit St. Elisabeth Batam tahun 2017.
- f. Mendeskripsikan pelaksanaan asuhan Kebidanan sesuai dengan kebutuhan dalam deteksi dini pada Ny. H G₁P₀A₀ dengan *Blighted ovum* di Rumah Sakit St. Elisabeth Batam tahun 2017.
- g. Mendeskripsikan evaluasi hasil asuhan deteksi dini pada Ny. H G₁P₀A₀ dengan *Blighted Ovum* di Rumah Sakit St. Elisabeth Batam tahun 2017.
- h. Melakukan dokumentasi Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan metode Subjektif, Objektif, Analisa dan Penatalaksanaan (SOAP) pada

Ny. H G₁P₀A₀ dengan *Blighted Ovum* di Rumah Sakit St. Elisabeth Batam tahun 2017.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teoritis

Dapat digunakan untuk menambah ilmu pengetahuan dan keterampilan secara langsung dalam pencegahan deteksi dini dan memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan *Blighted Ovum*.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pasien

Sebagai bahan informasi bagi klien bahwa di perlukan perhatian dan pemeriksaan pemantauan kesehatan khususnya ibu hamil.

2. Bagi Rumah Sakit St. Elisabeth Batam

Sebagai bahan informasi pelayanan kesehatan dan dapat sebagai bahan acuan dalam memberikan pelayanan asuhan kebidanan pada ibu hamil khususnya dengan *Blighted Ovum*.

3. Bagi Penulis

Sebagai pengetahuan, pengalaman dan mampu menerapkan ilmu pendidikan yang diperoleh mahasiswa dibangku kuliah dalam pelaksanaan kasus kebidanan pada ibu hamil dengan *Blighted Ovum*.

4. Bagi Institusi

Sebagai bahan tambahan referensi atau kepustakaan akademik mengenai asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan *Blighted Ovum*.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) di hitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan, yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2009).

2.1.2 Diagnosis Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan ada 3 sebagai berikut (Jannah, 2012).

1. Tanda presumtif (Tanda tidak pasti)

- a. Amenorrhoe (tidak dapat haid)

Pada wanita sehat dengan haid yang teratur, amenorrhoe menandakan kemungkinan kehamilan. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan dengan memakai rumus dari naegle. Kadang-kadang amenorrhoe disebabkan oleh hal-hal lain diantaranya penyakit berat seperti TBC, typhus, anemia, atau karena pengaruh psikis

misalnya karena perubahan lingkungan (dari desa ke asrama) juga dalam masa perang sering timbul amenorrhoe pada wanita.

b. Mual dan muntah

Mual terjadi umumnya pada bulan-bulan pertama kehamilan sampai akhir triwulan pertama disertai kadang-kadang oleh muntah. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim disebut *morning sickness*. Dalam batas tertentu keadaan ini masih fisiologis, namun terlampau sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut dengan *hiperemesis gravidarum*.

c. Mengidam (menginginkan makan atau minuman tertentu)

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d. Mamae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli pada mamae, sehingga glandula Montgomery tampak lebih jelas.

e. Anoreksia (tidak ada nafsu makan)

Terjadi pada bulan-bulan pertama tetapi setelah itu nafsu makan akan timbul lagi. Hendaknya dijaga jangan sampai salah pengertian makan untuk “dua orang” sehingga kenaikan berat badan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan

f. Sering kencing

Terjadi karena kandung kemih pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua

umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala bisa timbul kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing.

g. Obstipasi

Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormone steroid.

h. Pigmentasi kulit

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas. Pada pipi, hidung dan dahi kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai kloasma gravidarum (topeng kehamilan). Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebihan. Daerah leher menjadi lebih hitam dan linea alba. Hal ini terjadi karena pengaruh hormone kortiko steroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

i. Varises (penekanan vena-vena)

Sering dijumpai pada triwulan terakhir. Didapat pada daerah genitalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada multigravida kadang-kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, kemudian timbul kembali pada triwulan pertama.

2. Tanda Kemungkinan Hamil

Tanda kemungkin hamil adalah perubahan-perubahan yang diobservasi oleh pemeriksa (bersifat objektif), namun berupa dugaan kehamilan saja.

a. Uterus membesar

Terjadi perubahan bentuk, besar, dan konsistensi rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan makin lama makin bundar bentuknya.

b. Tanda Hegar

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah isthmus. Pada minggu-minggu pertama isthmus uterus mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi isthmus pada triwulan pertama mengakibatkan isthmus menjadi panjang dan lebih lunak. Sehingga kalau kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut diatas simpisis maka isthmus ini tidak teraba seolah-olah korpus uteri sama sekali terpisah dari uterus.

c. Tanda Chadwick

Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide).

d. Tanda Piskasek

Uterus mengalami pembesaran. Kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi didaerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan pembesaran tersebut.

e. Tanda Braxton Hicks

Bila uterus dirangsang akan mudah berkontraksi. Waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang tadinya lunak akan menjadi keras

karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan.

f. Goodell sign

Diluar kehamilan konsistensi serviks keras, kerasnya seperti kita merasa ujung hidung dalam kehamilan serviks menjadi lunak pada perabaan selunak bibir atau ujung bawah daun telinga.

3. Tanda pasti

a. Terasa gerakan janin

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu. Sedangkan pada multigravida pada kehamilan 16 minggu karena telah berpengalaman dari kehamilan terdahulu. Pada bulan IV dan V janin itu kecil jika dibandingkan dengan banyaknya air ketuban, maka kalau rahim didorong atau digoyangkan, maka anak melenting di dalam rahim. Ballottement ini dapat ditentukan dengan pemeriksaan luar maupun dengan jari yang melakukan pemeriksaan dalam.

b. Teraba bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan cara palpasi menurut Leopold pada akhir trimester kedua.

c. Denyut jantung janin

Denyut jantung janin secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan menggunakan:

1. Fetal electrocardiograph pada kehamilan 12 minggu

- 2. System Doppler pada kehamilan 12 minggu
- 3. Stetoskop leanec pada kehamilan 18 – 20 minggu
- d. Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rongent
- e. Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambar janin berupa ukuran kantong janin, panjangnya janin, dan diameter biparietalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan.

2.1.3 Perubahan Anatomi dan Fisiologi Kehamilan (Sarwono, 2011)

A. Sistem Reproduksi dan Payudara

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (Janin, plasenta, amnion) sampai persalinan.

Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama masa kehamilan dan pulih kembali seperti semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gr dan kapasitas 10 ml atau kurang.

Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan amnion. Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot, sementara produksi miosit yang baru sangat terbatas. Bersamaan dengan hal itu terjadi akumulasi jaringan ikat dan elastik, terutama pada lapisan otot luar. Kerja sama tersebut akan meningkatkan kekuatan dinding uterus. Daerah korpus pada bulan-bulan pertama akan menebal, tetapi seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menipis. Pada akhir kehamilan ketebalannya hanya berkisar 1,5 cm bahkan kurang.

Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi terutama oleh hormon estrogen dan progesteron. Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti bentuk buah avokad, seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Ismus uteri pada minggu pertama mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri yang mengakibatkan ismus menjadi lebih panjang dan lunak yang di kenal dengan tanda Hegar.

Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak di sertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat di deteksi dengan pemeriksaan Bimanual. Fenomena ini pertama kali di perkenalkan oleh braxton Hicks pada tahun 1872 sehingga di sebut dengan kontraksi braxton hicks. Kontraksi ini muncul tiba-tiba dan sporadik, intensitasnya bervariasi antara 5-25 mmHg. Sampai bulan terakhir kehamilan biasanya kontraksi ini sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan.

Hal ini erat kaitannya dengan meningkatnya jumlah reseptor oksitosin dan *gap junction* diantara sel-sel miometrium. Pada saat ini kontraksi akan terjadi setiap 10 sampai 20 menit, dan pada akhir kehamilan kontraksi ini akan menyebabkan rasa tidak nyaman dan dianggap sebagai persalinan palsu.

Tabel. 2.1. Penambahan ukuran TFU per tiga jari (Sulistyawati, 2013)

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (TFU)
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari di bawah simfisis
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)
36	3 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahan prosesus xiphoideus (px) pusat

2) Serviks

Serviks manusia merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Serviks didominasi jaringan ikat fibrosa. Komposisinya berupa jaringan dan matriks ekstraseluler terutama mengandung kolagen dengan elastin dan proteoglikan dan bagian sel yang mengandung otot dan fibroblas, epitel serta pembuluh darah. Rasio relatif jaringan ikat terhadap otot tidak sama sepanjang serviks yang semakin ke distal rasio ini semakin besar.

Pada perempuan yang tidak hamil berkas kolagen pada serviks terbungkus rapat dan tidak beraturan. Selama kehamilan, kolagen secara aktif disintesis dan secara terus-menerus diremodel oleh kolagenase, yang disekresi oleh sel-sel serviks dan neutrofil. Kolagen didegrasi oleh kolagenase intraseluler yang menyingkirkan struktur prokolagen yang tidak sempurna untuk mencegah pembentukan kolagen yang lemah dan kolagenase ekstraseluler yang secara lambat akan melemahkan matriks kolagen agar persalinan dapat berlangsung.

3) Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambahnya panjangnya dinding vagina. Papilla mukosa juga mengalami hipertrofi dengan gambaran seperti paku sepatu.

Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

4) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*. Kadang-kadang akan muncul dalam

ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *cloasma* atau *melasma gravidarum*. Selain itu, pada areola dan dartah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau berkurang setelah persalinan.

Perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah epidermal dan dermal yang penyebab pastinya belum diketahui. Adanya peningkatan kadar serum *melanocyte stimulating hormone* pada akhir bulan kedua masih sangat diragukan sebagai penyebabnya. Estrogen dan progesterone diketahui mempunyai peran dalam melanogenesis dan diduga bisa menjadi factor pendorongnya.

5) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

Relaksin suatu hormon protein yang mempunyai struktur mirip dengan insulin dan *insulinlike growth factor* I Dan II disekresikan oleh korpus luteum,desidua,plasenta dan hati. Aksi biologi utamanya adalah dalam proses *remodelling* jaringan ikat pada saluran reproduksi yang kemudian akan mengakomodasi kehamilan dan keberhasilan proses persalinan. Perannya belum diketahui secara menyeluruh tetapi diketahui mempunyai efek pada perubahan struktur bioimia serviks

dan kontraksi miometrium yang akan berimplantasi pada kehamilan preterm.

6) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegang. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolustrum dapat keluar. Kolustrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormone prolaktin ditekan oleh *prolactin inhibiting hormone*. Setelah persalinan kadar estrogen dan progesteron menurun sehingga pengaruh inhibisi progesteron terhadap α -laktalbulmin akan hilang.

Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar *Montgomery*, yaitu kelenjar sebacea dari areola, akan membesar dan cenderung untuk menonjol keluar. Jika payudara makin membesar, striae seperti yang terlihat pada perut akan muncul. Ukuran payudara sebelum kehamilan tidak mempunyai hubungan dengan banyaknya air susu yang akan dihasilkan.

B. Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar ini akan membesar sekitar 135 %. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat pada saat kehamilan aterm sebaliknya setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun yang ditemui juga pada ibu menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormone paratiroid, vitamin D dan kalsitonin. Adanya gangguan pada salah satu factor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. Konsentrasi plasma hormone paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Aksi yang penting dari hormone paratiroid ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat. Selain itu, juga diketahui mempunyai peran dalam produksi peptide pada janin, plasenta dan ibu. Pada saat hamil dan menyusui dianjurkan untuk mendapat asupan vitamin D 10 µg atau 400 IU¹⁰.

Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormone androstenedion, testoteron, dioksikortikosteron, aldosteron dan kortisol akan meningkat. Sementara itu, *dehidriepiandrosteron sulfat* akan menurun.

C. Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umumpada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang kearah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigidan pubis akan meningkat mobilitasnya yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan.

D. Sistem Kardiovaskuler

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vascular sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan *preload*. Peningkatan estrogen dan progesteron juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskuler perifer.

Ventrikel kiri akan mengalami hipertrofi dan dilatasi untuk memfasilitasi perubahan *cardiac output*, tetapi kontraktilitasnya tidak berubah.

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi telentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Penekanan pada aorta ini juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi telentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring. Karena

alasan inilah tidak dianjurkan ibu hamil dalam posisi telentang pada akhir kehamilan.

Perubahan sistem kardiovaskuler yang dirasakan ibu hamil (Nurul, 2012)

1. Trimester I

Pada akhir trimester I mulai terjadi palpitasi karena pembesaran ukuran serta bertambahnya *cardiac output*. Hidung tersumbat/berdarah karena pengaruh hormon estrogen dan progesterone, terjadi pembesaran kapiler, relaksasi otot vaskuler, serta peningkatan sirkulasi darah.

2. Trimester II dan III

- a. Terjadi edema dependen kongesti sirkulasi pada ekstrimitas bawah karena peningkatan permeabilitas kapiler dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic atau pada vena cava inferior.
- b. Gusi berdarah karena trauma terhadap gusi yang karena pengaruh hormone estrogen sangat vaskuler, percepatan pergantian pelapis epitel gusi, gusi dan berkurangnya ketebalan epitel tersebut.
- c. Hemorrhoid akibat tekanan uterus terhadap vena hemorrhoid.
- d. Hipotensi supinasi karena terbloknya aliran darah di vena cava inferior oleh uterus yang membesar yang membesar apabila ibu pada posisi tidur terlentang

- e. Timbul *spider nevi* dan *palmar erythema* (kemerahan ditelapak tangan karena meningkatnya aliran darah ke daerah kulit.
- f. Varises pada kaki dan vulva karena kongesti vena bagian bawah meningkat sejalan tekanan karena pembesaran uterus dan kerapuhan jaringan elastis karena pengaruh hormone estrogen.

E. Sistem Gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone. Wanita hamil sering mengalami rasa panas di dada (*heartburn*) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan karena relaksasi spinter dikerongkongan bagian bawah yang kemungkinan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan. Ulkus dastrikum jarang ditemukan pada wanita hamil dan jika sebelumnya menderita ulkus gastrikum biasanya akan membaik karena asam lambung yang dihasilkan lebih sedikit.

F. Sistem Urinaria

Pada trimester kedua aliran darah ginjal meningkat dan tetap terjadi hingga usia kehamilan 30 minggu, setelah itu menurun secara perlahan. Ginjal mengalami pembesaran dan filtrasi glomerular. Perubahan dalam filtrasi glomerulus adalah penyebab peningkatan klirens kreatinin, urea

dan asam urat yang sangat direabsorpsi pada awal kehamilan. Protein dan asam amino sangat sedikit direabsorpsi, sementara asam amino dan vitamin ditemukan dalam jumlah yang banyak di dalam urin wanita hamil hanya protein yang tidak biasa ditemukan pada urin wanita hamil.

Ekskresi glukosa meningkat sebagai hasil peningkatan filtrasi glomerulus terhadap glukosa dibandingkan dengan pengurangan reabsorpsi. Glikosuria merupakan hal yang umum dalam kehamilan dan biasanya berhubungan dengan kadar gula yang tinggi dalam darah. Dalam hal ini, keadaan wanita hamil harus dipantau untuk menghindari diabetes militus. Glukosuria dapat menyebabkan infeksi saluran kemih. Walaupun ada 100 liter cairan ekstra yang dapat melalui tubuler ginjal setiap harinya, saluran urine mengalami pengurangan karena mengalami reabsorpsi.

2.1.4 Kebutuhan Ibu Hamil

A. Kebutuhan Nutrisi

Pada masa kehamilan, ibu hamil harus menyediakan nutrisi yang penting bagi pertumbuhan anak dan dirinya sendiri. Ini berarti dia perlu makan untuk 2 orang, sesuai dan seimbang. Kehamilan meningkatkan kebutuhan tubuh akan protein. Kebutuhan makan bagi ibu hamil lebih banyak dari kebutuhan wanita yang tidak hamil. Kegunaan makan tersebut adalah:

- a. Untuk pertumbuhan janin yang ada dalam kandungan.
- b. Untuk mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan ibu sendiri.
- c. Guna mengadakan cadangan untuk persiapan laktasi.

Calon ibu sebaiknya makan diet yang seimbang, menyediakan perawatan yang mencukupi, memeriksakan kandungan hemoglobin dalam darah dan memperoleh resep tablet mengandung garam besi. Karena ibu mengandung bayinya yang sama-sama memerlukan makan yang cukup, ibu hamil harus makan dalam porsi yang cukup namun perlu diwaspadai adanya kenaikan berat badan yang berlebihan.

1. Kebutuhan energy

a. Trimester I : penambahan energy 180 kkal/hari

b. Trimester II : penambahan 300 kkal/hari

2. Sumber protein

a. Berfungsi membentuk jaringan tubuh yang menyusun struktur organ seperti tulang dan otot.

b. Dibutuhkan juga untuk tumbuh kembang janin agar berlangsung optimal.

c. Pembentukan sel darah merah dalam tubuh janin.

d. Kebutuhan protein bertambah 17 gram lebih banyak.

e. Bahan pangan sumber protein yang dikonsumsi sebaiknya $\frac{2}{3}$ berupa bahan pangan tinggi kandungan gizinya.

3. Sumber lemak

a. Merupakan sumber energy yang vital untuk pertumbuhan jaringan plasenta dan janin.

b. Lemak disimpan sebagai cadangan tenaga untuk persalinan dan postpartum.

- c. Membantu proses pembentukan ASI.
- d. Asam lemak tak jenuh : omega 3 dan omega 6 merupakan asam lemak esensial yang penting untuk proses tumbuh kembang sel saraf dan sel otak janin.

4. Sumber karbohidrat

- a. Merupakan sumber tambahan energy yang dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan janin selama dalam kandungan.
- b. TM I : untuk pembentukan sel darah merah.
- c. TM II : sebagai persiapan tenaga ibu dalam proses persalinan.

5. Sumber vitamin

- a. Vitamin A, berperan dalam pergantian sel baru pada semua jaringan tubuh dan sel saraf, pembentukan tulang, gigi, mencegah cacat bawaan, sistem kekebalan tubuh ibu hamil.
- b. Vitamin B seperti: B1 (Tiamin), B2 (Riboflavin), B3 (Niasin), B6 (Piridoksin), B9 (Asam folat), dan B12 (Kobalamin).
- c. Vitamin C
 - a) Berfungsi penyerapan FE : untuk mencegah anemia
 - b) Memperkuat pembuluh darah: untuk mencegah perdarahan
 - c) Mengurangi sakit saat bekerja (50%), mengaktifkan kerja sel darah putih.
 - d) Meningkatkan sistem kekebalan tubuh, memperbaiki jaringan tubuh yang rusak.
 - e) Ibu hamil dianjurkan menambah asupan vitamin C 10 mg/hari.

- d. Vitamin D, diperlukan untuk penyerapan kalsium. Berfungsi untuk menjaga struktur dan komponen-komponen sel tubuh ibu dan janin, membantu pembentukan sel darah merah, sebagai anti oksidan yaitu melindungi sel tubuh dari kerusakan.

6. Sumber mineral

- a. Kalsium: untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah sebesar 500 mg sehari.
- b. Seng
- c. Yodium
- d. Zat besi: pemberian tablet Fe secara rutin adalah untuk membangun cadangan besi, sintesa sel darah merah dan sintesa darah otot. Setiap tablet Fe mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 30 mg), minimal 90 tablet selama kehamilan. Tablet Fe sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi karena mengandung tannin atau pitat yang menghambat penyerapan zat besi.
- e. Serat.

Proporsi kenaikan berat badan selama hamil sebagai berikut:

- a) Kenaikan berat badan pada trimester I lebih kurang 1 kg. Kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.
- b) Kenaikan berat badan pada trimester II adalah 3 kg atau 0,3 kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan pada ibu.

- c) Kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3 - 0,5 kg/minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg.

Gizi sangat berpengaruh pada tumbuh kembang otak. Pertumbuhan otak yang pesat terjadi 2 fase, yaitu:

- 1) Fase pertama: pada usia kehamilan 15-20 minggu.
- 2) Fase kedua adalah 30 minggu sampai 18 bulan setelah bayi lahir.
 - a) Umur 0-1 tahun: terjadi pertumbuhan otak 25% dari saat hamil.
 - b) Umur 2 tahun: pertumbuhan otak kurang dari 10%, berat otak saat lahir 25% otak dewasa, pada umur 6 bulan 50%, umur 2 tahun 75% otak dewasa.
 - c) Umur 5 tahun: terjadi pertumbuhan otak 90% otak dewasa.
 - d) Umur 10 tahun: terjadi pertumbuhan otak 95% otak dewasa.

Penilaian status gizi ibu hamil, sebagai berikut:

Berat badan dilihat dari *Quartile* atau *body mass index* (Indeks

Masa Tubuh = IMT). Penilaian IMT diperoleh dengan menghitung:

$$\frac{\text{Berat badan sebelum hamil (kg)}}{\text{Tinggi badan (cm)}}$$

2.2 Tabel Indeks Masa Tubuh

Nilai IMT	Kategori
Kurang dari 20	Underweight / dibawah normal
20 – 24,9	Desirable / normal
25 – 29,9	Moderate obesity / gemuk / lebih dari normal

Over 30	Severe obesity / sangat gemuk
---------	-------------------------------

Keterangan:

1. Ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan, berat badan lahir rendah
2. Berat badan overweight meningkatkan resiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan.
3. Ukuran lingkar lengan atas (LILA)
4. Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA <23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK).
5. Kadar hemoglobin

2.3 Nilai Atas untuk Anemia pada Perempuan

Status Kehamilan	Hemaglobin (g/dl)	Hematokrit (%)
Tidak hamil	12,0	36
Hamil :		
Trimster I	11,0	33
Trimester II	10,5	32
Trimester III	11,0	33

Sumber: Prawirohardjo (2008)

Penyebab anemia tersering adalah defisiensi zat-zat nutrisi meliputi asupan nutrisi yang tidak cukup, absorbs yang tidak kuat, bertambahnya zat gizi yang hilang, kebutuhan yang berlebihan. Sekitar 75% anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi yang memperlihatkan gambaran eritrosit mikrositik hipokrom pada asupan darah tepi.

B. Kebutuhan Oksigen

Hampir 75% wanita hamil mengalami peningkatan kesulitan pernapasan. Pada awal kehamilan $\frac{1}{4}$ wanita hamil terserang, pada minggu ke-20 kira-kira separuh wanita mengalami kesulitan pernapasan, dan pada minggu ke-30 jumlah itu meningkat menjadi 75%. Kesulitan ini mungkin mengganggu, namun tidak disebabkan penyakit dan tidak membahayakan ibu atau bayi. Untuk menyeimbangkan kebutuhan oksigen ibu hamil, perlunya suasana lingkungan yang selalu mendukung ibu dapat bernafas dengan lega, lingkungan atau tempat yang pengap, sesak, dan tempat keramaian sangatlah perlu dihindari karena suplai oksigen ibu tidak efektif lagi.

C. Kebutuhan Personal Hygiene

Perawatan kebersihan selama kehamilan sebenarnya tidak berbeda dari saat-saat yang lain. Akan tetapi, saat kehamilan ibu hamil sangat rentan mengalami infeksi akibat penularan bakteri atau pun jamur. Tubuh ibu hamil sangatlah perlu dijaga kebersihannya secara keseluruhan mulai dari ujung kaki sampai rambut termasuk halnya pakaian ibu hamil senantiasa jaga kebersihannya. Mengganti pakaian dalam sesering mungkin sangatlah dianjurkan karenan selama kehamilan keputihan padavagina meningkat dan jumlahnya bertambah disebabkan kelenjar leher rahim bertambah jumlahnya.

Sekitar 30% calon ibu menyadari keputihan yang meningkat ini. Dimana keputihan ini disebabkan oleh jamur *candida albican* yang dapat menyebabkan gatal-gatal atau disebabkan infeksi oleh parasit kecil seukuran ujung jarum yang disebut *trichomonas vaginalis*.

D. Kebutuhan Istirahat

Adanya aktivitas yang dilakukan setiap hari otomatis ibu hamil akan sering merasa lelah daripada sebelum waktu hamil. Ini salah satunya disebabkan oleh factor beban dari berat janin yang semakin terasa oleh sang ibu.

Banyak wanita menjadi lebih mudah letih atau tertidur lebih lama dalam separuh masa kehamilannya. Rasa letih meningkat ketika mendekati akhir kehamilan. Setiap wanita hamil menemukan cara yang berbeda mengatasi kelelahannya. Salah satunya adalah dengan cara beristirahat atau tidur sebentar di siang hari.

Waktu terbaik untuk melakukan relaksasi adalah tiap hari setelah makan siang, pada awal istirahat sore, serta malam sewaktu mau tidur. Ada beberapa posisi relaksasi yang dapat dilakukan selama dalam keadaan istirahat atau selama proses persalinan:

1. Posisi relaksasi dengan telentang
2. Posisi relaksasi dengan berbaring miring
3. Posisi relaksasi dengan duduk

Ketiga posisi tersebut di atas dapat dipergunakan selama his dan pada saat itu ibu hamil dapat mengonsentrasikan diri pada irama pernapasan atau pada sesuatu yang menenangkan. Sangat dianjurkan untuk tidak memperhatikan nyeri his.

E. Kebutuhan Seks

Jika kehamilan calon ibu normal serta tidak mempunyai kecenderungan melahirkan premature dan aborsi ulang maka

senggama dapat dilanjutkan dengan frekuensi yang normal untuk pasangan tersebut. Beberapa wanita lebih menginginkan senggama yang sering selama hamil, sementara yang lain justru ingin mengurangi.

Alasan berkurangnya minat seksual yang dialami banyak wanita hamil khususnya dalam minggu-minggu terakhir kehamilan, tidak jelas. Beberapa wanita merasa takut senggama akan merusak bayi atau menyebabkan kelahiran premature. Yang lain merasa takut bahwa orgasme dengan cara apapun akan menyebabkan hal yang sama. Ada yang malu oleh payudara yang membesar serta perut yang membengkak dan merasa tidak menarik atau pun seksi.

Kebanyakan masalah akan berkurang jika pasangan dapat saling membicarakan kebutuhan dan keinginan seksual mereka. Mereka dapat menikmati senggama selama kehamilan. Akan tetapi pria sebaiknya mempertimbangkan dengan hari-hati ketika memasukkan penis/penetrasi. Dalam paruh kedua kehamilan, istri mungkin merasakan pemasukan ke dalam vagina dari arah belakang lebih nyaman dan memuaskan.

F. Aktivitas Senam Hamil

Senam hamil bukan merupakan keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak memberikan manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan antara lain dapat melatih pernapasan dan relaksasi, menguatkan otot panggul dan perut, serta

melatih cara mengedan yang benar. Kesiapan ini merupakan bekal penting bagi calon ibu saat persalinan.

Manfaat senam hamil secara teratur dan terukur sebagai berikut.

1. Memperbaiki sirkulasi darah.
2. Mengurangi pembengkakan.
3. Memperbaiki keseimbangan otot.
4. Mengurangi gangguan risiko gangguan gastrointestinal, termasuk sembelit.
5. Mengurangi kejang kaki/kram.
6. Memperkuat otot perut
7. Mempercepat proses penyembuhan setelah melahirkan.

Senam hamil pada kehamilan normal dapat dimulai pada kehamilan kurang lebih 16-38 minggu. Pelaksanaan senam sedikitnya seminggu sekali dan menggunakan pakaian yang sesuai dan longgar. Lakukan selalu pemanasan dan pendinginan setiap kali senam.

2.1.5 Asuhan Antenatal Care

Asuhan antenatal care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Mufdillah (2009) dalam Elisabeth, 2017).

2.1.6 Tujuan Asuhan Antenatal Care

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.

- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan social ibu dan juga bayi.
- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

2.1.7 Jadwal Pemeriksaan Antenatal

Jadwal pemeriksaan antenatal adalah sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan pertama

Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid

- b. Pemeriksaan ulang

- 1) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan
- 2) Setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan
- 3) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

- c. Menurut (Mufdillah, (2009) dalam Elisabeth, 2017)

Frekuensi pelayanan antenatal oleh WHO ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) 1 kali pada trimester pertama (K1)
- 2) 1 kali pada trimester kedua (K2)
- 3) 2 kali pada trimester ketiga (K3 dan K4)

2.1.8 Pelayanan Asuhan Standar Antenatal

Pelayanan ANC minimal 5T meningkat menjadi 7T dan sekarang menjadi 12T, sedangkan daerah gondok dan endemic malaria menjadi 14T, yakni:

a. Timbang berat badan tinggi badan

Tinggi badan ibu dikategorikan adanya risiko apabila hasil pengukuran <145 cm. berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan BB dan penurunan BB. Kenaikan BB ibu hamil normal rata-rata antara 6,5 sampai 16 kg (Saryono, (2010) dalam Elisabeth 2017)

b. Tekanan Darah

Diukur setiap kali ibu datang atau berkunjung. Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala hipertensi dan preeklamsi. Apabila turun di bawah normal kita pikirkan kearah anemia. Tekanan darah normal berkisar systole/diastole: 110/80-120/80 mmHg.

c. Pengukuran tinggi fundus uteri

Menggunakan pita sentimeter, letakkan titik nol pada tepi atas simpisis dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan)

2.4. Tinggi Fundus Uteri

No.	Tinggi fundus uteri (cm)	Umur kehamilan dalam minggu
1	12 cm	12
2	16 cm	16
3	20 cm	20
4	24 cm	24
5	28 cm	28
6	32 cm	32
7	36 cm	36
8	40 cm	40

d. Pemberian tablet tambah darah

Untuk memenuhi kebutuhan volume darah pada ibu hamil dan nifas karena masa kehamilan kebutuhan meningkat seiring dengan pertumbuhan janin.

e. Pemberian imunisasi TT

f. Untuk melindungi dari tetanus neonatorum. Efek samping TT yaitu nyeri, kemerah-merahan dan bengkak untuk 1 – 2 hari pada tempat penyuntikan

2.5 Interval Imunisasi TT

Imunisasi	Interval	% Perlindungan	Masa Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	0 %	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT 1	80 %	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	95 %	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	99 %	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	99 %	25 tahun/seumur hidup

g. Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.

h. Pemeriksaan protein urine

Untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil. Protein urine ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklamsi

i. Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) untuk mengetahui adanya treponema pallidum/penyakit menular seksual, antara lain syphilis.

j. Pemeriksaan urine reduksi

Dilakukan pemeriksaan urine reduksi hanya kepada ibu dengan indikasi penyakit gula/DM atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami.

k. Perawatan payudara

Meliputi senam payudara, perawatan payudara, pijat tekan payudara yang ditunjukkan kepada ibu hamil. Manfaat perawatan payudara adalah:

- 1) Menjaga kebersihan payudara, terutama puting susu.
- 2) Mengencangkan serta memperbaiki bentuk puting susu (pada puting susu terbenam)
- 3) Merangsang kelenjar-kelenjar susu sehingga produksi ASI lancar.

- 4) Mempersiapkan ibu dalam laktasi.

Perawatan payudara dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dan mulai pada kehamilan 6 bulan.

l. Senam ibu hamil

Bermanfaat membantu ibu dalam persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melahirkan serta mencegah sembelit.

m. Pemberian obat malaria

Pemberian obat malaria diberikan khusus untuk pada ibu hamil di daerah endemic malaria atau kepada ibu dengan gejala khas malaria yaitu panas tinggi disertai menggigil.

n. Pemberian kapsul minyak beryodium

Kekurangan yodium dipengaruhi oleh factor-faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengandung unsure yodium. Akibat kekurangan yodium dapat mengakibatkan gondok dan kretin yang ditandai dengan:

- 1) Gangguan fungsi mental
- 2) Gangguan fungsi pendengaran
- 3) Gangguan pertumbuhan
- 4) Gangguan kadar hormone yang rendah

o. Temu wicara

1) Definisi konseling

Adalah suatu bentuk wawancara (tatap muka) untuk menolong orang lain memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai dirinya dalam usahanya untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya.

2) Prinsip-prinsip konseling

Ada 5 prinsip pendekatan kemanusiaan, yaitu:

- a) Keterbukaan
- b) Empati
- c) Dukungan
- d) Sikap dan respon positif
- e) Setingkat atau sama derajat

3) Tujuan konseling pada antenatal care

- a) Membantu ibu hamil memahami kehamilannya dan sebagai upaya preventif terhadap hal-hal yang tidak diinginkan.
- b) Membantu ibu hamil untuk menemukan kebutuhan asuhan kehamilan, penolong persalinan yang bersih dan aman atau tindakan klinik yang mungkin diperlukan (Saryono, 2010).

2.1.9 Klasifikasi Komplikasi Kehamilan

a) Trimester pertama

Perdarahan kehamilan muda mengakibatkan kehamilan berhenti atau keguguran, seperti terjadi abortus, *blighted ovum*, kehamilan ektopik dan *mola hidatidosa* (Prawirohardjo, 2011). Kelainan tempat implantasi (kehamilan ektopik) merupakan kehamilan dengan hasil konsepsi tidak menempel pada endometrium (Mochtar, 2013). *Hiperemesis gravidarum* merupakan keadaan mual muntah berat (Mochtar, 2013). Kehamilan dengan *hiperemesis* akan mengakibatkan ibu menjadi dehidrasi, hipokalemia, alkalosis, dan penurunan berat badan.

b) Trimester kedua

Diabetes melitus kehamilan, peningkatan berlebih kadar glukosa, peningkatan baru terdeteksi saat hamil. Hipertensi kehamilan, hipertensi tanpadisertai protein urine, tekanan darah akan kembali normal setelah 3 bulan melahirkan (Prawirohardjo, 2011).

c) Trimester ketiga

Perdarahan usia kehamilan lanjut terjadi saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu, seperti kasus : *plasenta previa*, *solusio placenta*, dan *ruptureuteri* (Prawirohardjo, 2011).

2.2. *Blighted Ovum*

2.2.1 Pengertian

Blighted ovum adalah keadaan dimana seorang wanita merasa hamil tetapi tidak ada bayi di dalam kandungan. Seorang wanita yang mengalaminya juga merasakan gejala-gejala kehamilan seperti terlambat menstruasi, mual dan muntah pada awal kehamilan (morning sickness), payudara mengeras, serta terjadi pembesaran perut, bahkan saat dilakukan tes kehamilan baik test pack maupun laboratorium hasilnya pun positif.

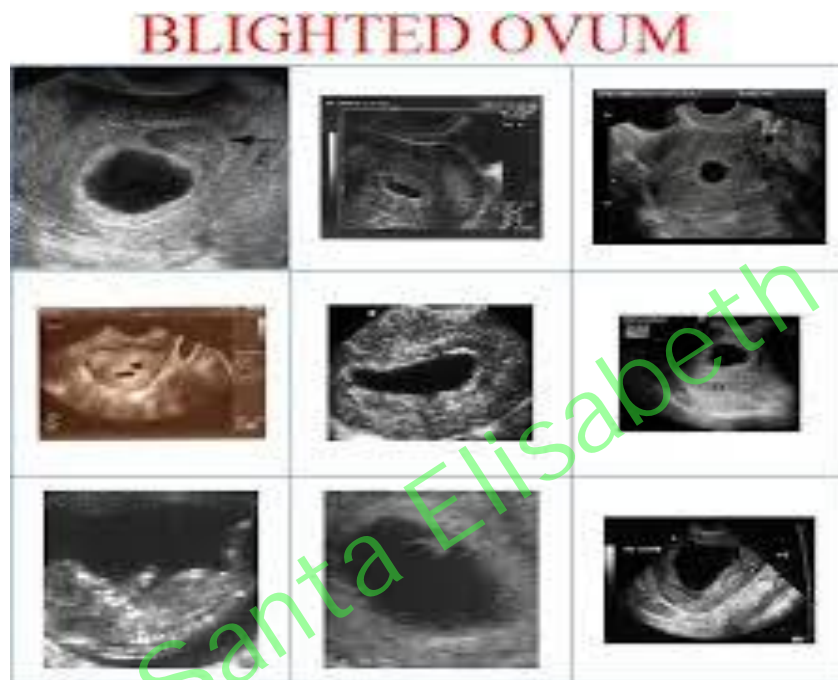
Pada saat konsepsi, sel telur (ovum) yang matang bertemu sperma. Namun akibat berbagai faktor maka sel telur yang telah dibuahi sperma tidak dapat berkembang sempurna, dan hanya terbentuk plasenta yang berisi cairan. Meskipun demikian plasenta tersebut tetap tertanam di dalam rahim. Plasenta menghasilkan hormone HCG (human chorionic gonadotropin) dimana hormon ini akan memberikan sinyal pada indung telur (ovarium) dan otak sebagai pemberitahuan bahwa sudah terdapat hasil konsepsi di dalam rahim. Hormon HCG yang

menyebabkan munculnya gejala-gejala kehamilan seperti mual, muntah, ngidam dan menyebabkan tes kehamilan menjadi positif. Karena tes kehamilan baik test pack maupun laboratorium pada umumnya mengukur kadar hormon HCG (human chorionic gonadotropin).

Blighted ovum disebut juga kehamilan anembrionik merupakan suatu keadaan kehamilan patologi dimana janin tidak terbentuk. Dalam kasus ini kantong kehamilan tetap terbentuk. Selain janin tidak terbentuk kantong kuning telur juga tidak terbentuk. Kehamilan ini akan terus dapat berkembang meskipun tanpa ada janin di dalamnya. *Blighted ovum* ini biasanya pada usia kehamilan 14-16 minggu akan terjadi abortus spontan (Sarwono, 2011).

Blighted ovum merupakan kehamilan dimana kantung gestasi memiliki diameter kantung lebih dari 20 mm akan tetapi tanpa embrio. Tidak dijumpai pula adanya denyut jantung janin. *Blighted ovum* cenderung mengarah pada keguguran yang tidak terdeteksi (Manuaba, 2010).

Blighted ovum atau kehamilan kosong terjadi ketika sel telur yang dibuahi tertanam dalam rahim, namun tidak berkembang menjadi embrio. Pada saat terjadi pembuahan, sel-sel tetap membentuk kantung ketuban, plasenta, namun sel telur yang dibuahi (konsepsi) gagal berkembang secara sempurna menjadi sebuah embrio, hal ini juga disebut sebagai kehamilan anembryonic dan merupakan penyebab utama kegagalan awal kehamilan atau keguguran (Yunita, 2013).



Dapat disimpulkan *Blighted Ovum* (BO) merupakan kehamilan tanpa embrio. Dalam kehamilan ini kantung ketuban dan plasenta tetap terbentuk dan berkembang, akan tetapi tidak ada perkembangan janin di dalamnya (kosong). Kehamilan ini akan berkembang seperti kehamilan biasa seperti uterus akan membesar meskipun tanpa ada janin di dalamnya.

2.2.2. Etiologi

1. Kelainan kromosom pada saat proses pembuahan sel telur dan sel sperma (kualitas sel telur yang tidak bagus).
2. Infeksi Torch, kelainan imunologi, radiasi dan penyakit diabetes dapat ikut menyebabkan terjadinya blighted ovum.
3. Faktor usia dibawah 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, karena pada umur ibu yang masih muda organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, rahim dan panggul ibu belum tumbuh mencapai ukuran panggul orang dewasa sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan

akan lebih mudah mengalami komplikasi dan pada usia lebih dari 35 tahun, organ kandungan sudah tua sehingga mudah terjadi komplikasi. Selain itu angka kejadian kelainan kromosom akan meningkat setelah usia 35 tahun. Semakin tinggi usia ibu hamil maka kualitas sperma dan ovum semakin menurun sehingga semakin besar kemungkinan terjadinya kejadian *Blighted Ovum* (Wahyuni, 2013).

4. Factor paritas atau jumlah kehamilan yang melahirkan janin hidup pada primipara dan grande multipara (melahirkan >5 kali), elastisitas uterus dan kualitas ovumnya menurun, semakin banyak jumlah persalinan maka resiko terjadinya *Blighted Ovum* semakin meningkat (Wahyuni, 2013).

2.2.3 Patogenesis

Pada saat pembuahan, sel telur yang matang dan siap dibuahi bertemu sperma. Namun dengan berbagai penyebab (diantaranya kualitas telur/sperma yang buruk atau terdapat infeksi TORCH, tingkat usia dan paritas), maka unsur janin tidak berkembang dengan sempurna (Sukarni, 2017). Meskipun demikian plasenta tersebut tetap tertanam di dalam rahim. Plasenta menghasilkan hormone HCG (human chorionic gonadotropin) dimana hormon ini akan memberikan sinyal pada indung telur (ovarium) dan otak sebagai pemberitahuan bahwa sudah terdapat hasil konsepsi di dalam rahim. Hormon HCG yang menyebabkan munculnya gejala-gejala kehamilan seperti mual, muntah, ngidam dan menyebabkan tes kehamilan menjadi positif. Karena tes kehamilan baik test pack maupun laboratorium pada umumnya mengukur kadar hormon HCG (human chorionic gonadotropin). (Yunita, 2013)

2.2.4. Tanda dan Gejala

1. Pada awal kehamilan berjalan baik dan normal tanpa ada tanda-tanda kelainan.
2. Kantung kehamilan terlihat jelas, tes kehamilan urin positif, kemungkinan akan mengalami gejala umum kehamilan biasa, kemudian dapat timbul gejala tidak khas yaitu perdarahan spotting coklat kemerah-merahan, kram perut dan bertambahnya ukuran rahim yang lambat.
3. Blighted ovum terdeteksi saat ibu melakukan USG pada usia kehamilan memasuki usia 6-7 minggu (Sukarni, 2017).

2.2.5. Diagnosa *Blighted Ovum*

1. Tes kehamilan: Positif
2. Pemeriksaan DJJ: Negatif
3. Pemeriksaan USG abdominal atau transvaginal akan mengungkapkan ada tidaknya janin yang berkembang dalam rahim.

2.2.6. Pencegahan

1. Melakukan imunisasi pada ibu untuk menghindari masuknya virus rubella kedalam tubuh. Selain imunisasi, ibu hamil pun harus selalu menjaga kebersihan diri dan lingkungan tempat tinggalnya.
2. Sembuhkan dahulu penyakit yang diderita oleh calon ibu. Setelah itu pastikan bahwa calon ibu benar-benar sehat saat akan merencanakan kehamilan.
3. Melakukan pemeriksaan kariotipe, untuk mengetahui kelainan kromosom yang terjadi pada suami maupun istri (Fauziyah, 2016).

4. Tak hanya pada calon ibu, calon ayah pun disarankan untuk menghentikan kebiasaan merokok dan memulai hidup sehat saat prakonsepsi.
5. Periksa kehamilan secara rutin. Sebab biasanya kehamilan kosong jarang terdeteksi saat usia kandungan masih di bawah delapan bulan (Sukarni, 2017).

2.2.7. Penatalaksanaan *Blighted Ovum*

1) Terminasi kehamilan *blighted ovum*

Penatalaksanaan kasus *blighted ovum* dilakukan dengan metode terminasi dilatasi dan kuretase secara elektif (Prawirohardjo, 2011). Dilatasi dilakukan menggunakan dilatator terkecil sampai kanalis servikalis dapat dilalui oleh sendok kuret. Pemeriksaan kedalaman dan lengkung rahim menggunakan penera kavum uteri, kemudian melakukan pembersihan isi kavum uteri dengan sistematis melakukan kerokan pada dinding rahim (Saifuddin, 2014).

2) Persiapan tindakan terminasi

a) Persiapan pasien

Persiapan tindakan dilakukan dengan melakukan konseling dan persetujuan tindakan medis (Saifuddin, 2014). Melakukan pemeriksaan umum meliputi : tekanan darah, nadi serta melakukan pemeriksaan darah lengkap, pemasangan infus (Mochtar, 2013).

b) Persiapan alat

Persiapan alat menurut Saifuddin (2010) dan Mochtar (2013) meliputi : 2 spekulum sim's, sonde uterus, dilatator berbagai ukuran, sendok kuret berbagai ukuran, cunam abortus, pinset, klem, kain steril dan 2 sarung

tangan steril. Alat-alat tersebut dalam keadaan yang steril dan diletakkan dalam bak alat steril. Instrumen lain yang dibutuhkan meliputi : lampu, mangkok kecil logam serta penampung darah dan jaringan.

c) Persiapan alat pelindung diri (APD) penolong

Persiapan APD bagi penolong dan asisten meliputi : menggunakan baju tindakan, pelindung kaki (alas kaki terbuat dari karet), kaca mata pelindung, masker, dan sarung tangan steril (Saifuddin, 2010).

d) Persiapan obat yang akan di gunakan untuk tindakan kuretase

1) Misoprostol. Penggunaan misoprostol 100 mg efektif digunakan untuk dilatasi serviks. Umumnya pada kasus *blighted ovum* dilatasi akan berhasil setelah pemberian dosis ke-2 (Saimin, 2010). Jika pemberian misoprostol tidak berhasil dilatasi serviks dilakukan dengan hegar (Chunningham, 2010).

2) Pra anestetik. Berfungsi mengurangi rasa cemas sebelum tindakan dan memperlancar induksi anastesi, tindakan pra anestetik dapat dilakukan menggunakan golongan benzodiazepin (diazepam, lorazepam dan midazolam) (Gunawan, 2012). Menurut Saifuddin (2014) pada kuretase dilakukan menggunakan diazepam 10 mg secara IM.

3) Anestetika yang digunakan menggunakan ketamin dengan dosis 0,5 mg/kgBB (Saifuddin, 2014). Pemilihan ketamin memiliki sifat anestetik dan analgetik serta memiliki batas keamanan yang luas, cara pemberian dilakukan induksi per IV. Pada penggunaan ketamin akan menimbulkan efek *emergence phenomenon* (Gunawan, 2012).

4) Uterotonika metergin 0,2 mg per IM atau oksitosin 10 IU per IV untuk meningkatkan kontraksi uterus (Saifuddin, 2014).

3) Tindakan kuretase

a) Pasien dibaringkan dengan posisi litotomi. Bagian bawah perut dan lipatan paha dibersihkan menggunakan air dan sabun.

b) Pemberian anastesi

c) Pasang spekulum sim's sampai serviks terlihat. Memberikan cairan antiseptik pada vagina dan serviks.

d) Memberikan oksitosin 10 IU IV atau metergin 0,2 mg secara IM untuk mencegah perforasi uterus dan meningkatkan kontraksi uterus.

e) Melakukan pemeriksaan bimanual bertujuan mengetahui bukaan serviks, besar, arah, dan resiko terjadi perforasi.

f) Serviks dilakukan penjepitan diarah jam 11.00 dan 13.00 menggunakan tenakulum. Setelah terpasang dengan baik keluarkan spekulum atas.

g) Dilatasi dilakukan dengan menggunakan dilatator sampai dapat dilalui oleh sendok kuret. Sendok kuret dimasukkan melalui kanalis servikalis.

h) Kedalaman uterus diketahui dengan melakukan pemeriksaan menggunakan sonde uterus.

i) Dinding uterus dibersihkan dengan pengerokan secara sistematis searah jarum jam sampai bersih dengan tanda seperti menyentuh bagian bersabut. Pemeriksaan bimanual dilakukan kembali untuk mengetahui besar dan konsistensi uterus. Jaringan di keluarkan dan membersihkan darah mengenai lumen vagina. Kemudian melepaskan tenakulum dan spekulum bawah (Mochtar, 2013 dan Saifuddin, 2014).

4) Penatalaksanaan post kuretase

- a) Pemberian analgetik (Paracetamol 500 mg) untuk mengurangi nyeri jika diperlukan (Saifuddin, 2014). Pemberian Paracetamol bertujuan untuk mengurangi kadar nyeri (ringan-sedang) pasca tindakan (Gunawan, 2012).
- b) Anjurkan untuk mobilisasi bertujuan untuk mengurangi nyeri.
- c) Memberikan antibiotik terapeutik (Saifuddin, 2014).

Diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi pasca tindakan, dapat dilakukan menggunakan 2 kombinasi antibiotik. (Prawirohadjo, 2011).

Pemberiaan antibiotic Metronidazole berfungsi untuk mencegah infeksi bakteri gram negatif (-) dan anaerob pasca kuretase (Prawirohardjo, 2011) dengan dosis 500 mg dan waktu paruh 8-10 jam (Gunawan, 2012).

Pemberian Metronidazole dapat diberikan bersama Amoksisilin yang merupakan antibiotik spektrum luas untuk mencegah infeksi pasca tindakan (Prawirohardjo, 2012).

- d) Melakukan observasi meliputi : jumlah perdarahan pervaginam untuk mengetahui terjadinya perdarahan dan tanda-tanda infeksi (Saifuddin, 2014).

Pemulihan setelah tindakan kuretase tidak membutuhkan waktu yang lama. Pasien dapat pulang dalam waktu dua sampai tiga jam setelah tindakan tetapi masih perlu diperhatikan, karena pasien masih merasa pusing dan mual akibat pembiusan/anestesi (Destuvel, 2007).

Pemantauan kesehatan pada organ reproduksi pada ibu post kuretase dilakukan tiga hari setelah tindakan. Pemeriksaan juga dilakukan selama tiga kali berturut-turut untuk memastikan bahwa kuretase berhasil, serta tidak

menunjukkan tanda-tanda perdarahan. Prosedur tindakan yang bersih, aman dan mengetahui kondisi pasien sejak awal merupakan langkah awal pencegahan terjadinya perdarahan dan infeksi.

2.2.8 Pengaruh Usia dan Paritas pada *Blighted Ovum*

Gejala *blighted ovum* dapat terdeteksi melalui pemeriksaan USG atau hingga adanya perdarahan layaknya mengalami gejala keguguran mengancam (*abortus iminens*) karena tubuh berusaha mengeluarkan konsepsi yang tidak normal (Yunita, 2013).

Blighted ovum sering dijumpai pada kehamilan trimester I, terjadi akibat kegagalan mudigah. Kelainan ini mungkin juga terjadi karena perkembangan mudigah terhenti sebelum dapat terdeteksi dengan USG, atau mudigah mati dan mengalami reabsorpsi sehingga tidak terlihat lagi dengan USG. Sekitar 50-90% abortus yang terjadi pada kehamilan trimester I disebabkan oleh kehamilan *blighted ovum*, dan seringkali berhubungan dengan kromosomal (Prawirohardjo, 2011).

Penelitian yang dilakukan mengatakan bahwa usia dan paritas berpengaruh terhadap terjadinya *blighted ovum* (BO). Ibu-ibu yang mengalami *abortus* karena *blighted ovum* memiliki karakteristik antara lain usia, paritas dan jarak kehamilan. Bahwa karakteristik ibu hamil yang mengalami (BO) terbanyak dengan usia 20 tahun kebawah dan lebih dari 35 tahun, paritas primipara, grande multipara (>5) dan jarak kehamilan > 2 tahun. Oleh karena itu pada ibu hamil untuk melakukan ANC minimal 4 kali selama kehamilan dan bila terdapat kelainan maka dilakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan. Karena pada umur ibu yang masih muda organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, rahim dan

panggul ibu belum tumbuh mencapai ukuran panggul orang dewasa sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi dan pada usia lebih dari 35 tahun, organ kandungan sudah tua sehingga mudah terjadi komplikasi. Selain itu angka kejadian kelainan kromosom akan meningkat setelah usia 35 tahun. Semakin tinggi usia ibu hamil maka kualitas sperma dan ovum semakin menurun sehingga semakin besar kemungkinan terjadinya kejadian *Blighted Ovum* (Wahyuni, 2013).

Paritas adalah jumlah kelahiran yang pernah dialami oleh wanita. Paritas merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya abortus. *Blighted ovum* adalah salah satu penyebab terjadinya abortus spontan. Dimana jumlah kehamilan ataupun paritas mempengaruhi kerja alat-alat reproduksi. Menurut Prawirohardjo (2011) paritas 1 dan paritas > 5 memiliki risiko abortus. Kehamilan yang berulang (paritas tinggi) akan membuat uterus menjadi renggang, sehingga dapat menyebabkan pengeluaran sebagian hasil konsepsi. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal dan tidak terancam terhadap ancaman *mortalitas* dan *morbidity* baik pada ibu maupun pada janin. Sedangkan risiko terjadinya komplikasi meningkat pada kehamilan, persalinan dan nifas setelah ketiga dan seterusnya. Ibu hamil yang telah melahirkan lebih dari 5 kali atau mempunyai risiko tinggi dalam kehamilan yang akan dapat mengakibatkan kematian janin. Demikian juga dengan paritas 0 dan lebih dari 4 merupakan kehamilan risiko tinggi. Risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan KB (Yunita, 2013).

2.3. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

2.3.1. Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan metode atau bentuk pendekatana yang dilakukan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan sehingga langkah-langkah dalam manajemen kebidanan merupakan alur pikir bidan dalam memecahkan masalah atau mengembalikan keputusan klinis. Asuhan yang dilakukan haeus dicatat secara benar, sederhana, jelas dan logis sehingga perlu suatu metode pendokumentasian.

Dokumentasi ini dapat digunakan sebagai bahan untuk mempertanggung jawabkan tindakan yang dilakukan dan bila ada kejadian gugatan, dokumentasi kebidanan dapat membantu. Bidan sebagi tenaga kesehatan dan pelaksana asuhan kebidanan bidan wajib mencatat dan melaporkan kegiatannya yang dokumentasinya harus tersimpan dengan baik. Aspek pelayanan yang didokumentasikan adalah semua pelayanan mandiri yang diberikan oleh bidan, pelayanan konsultasi dan pelayanan kolaborasi.

Proses Manajemen Kebidanan Varney

Manajemen asuhan kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Berikut adalah langkah-langkah dalam proses penatalaksanaan menurut Varney.

a. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

Dalam langkah ini, semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien dikumpulkan. Pendekatan yang dipakai dalam mengumpulkan data harus komprehensif meliputi data

subjektif,objektif,dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya.Tetap kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat,lengkap,dan akurat.

b. Langkah II (Identifikasi Diagnosis,Masalah,dan Kebutuhan)

- 1) Data dasar yang telah dikumpulkan,kemudian diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.
- 2) Diagnosis kebidanan yang disimpulkan oleh bidan antara lain sebagai berikut : paritas, usia kehamilan dalam minggu, keadaan janin, normal atau tidaknya kondisi kehamilan ibu
- 3) Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis. Masalah yang sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah sering pula menyertai diagnosis.

c. Langkah III (Merumuskan Diagnosis/Masalah Potensial yang Membutuhkan Antisipasi Masalah Potensial

- 1) Langkah ini merupakan langkah ketika bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya
- 2) Langkah ini membutuhkan antisipasi dan bila memungkinkan dilakukan pencegahan
- 3) Bidan harus waspada menghadapi diagnosis/masalah potensial yang benar-benar akan terjadi.
- 4) Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV (Penetapan Kebutuhan Tindakan Segera)

- a. Pada langkah ini, bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.
 - b. Pada langkah ini, mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan perencana anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.
- e. Langkah V (Penyusunan Rencana)
1. Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya.
 2. Semua perencanaan yang dibuatkan harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori up to date, dan perawatan berdasarkan bukti (evidence based care)
 3. Dalam menyusun rencana, sebaiknya pasien dilibatkan karena pada akhirnya pengambilan keputusan dalam melaksanakan suatu rencana asuhan harus disetujui oleh pasien.
 4. Untuk menghindari perencanaan asuhan yang tidak terarah, dibuat terlebih dahulu pola pikir sebagai berikut :
 - 1) Tentukan tujuan tindakan yang dilakukan, meliputi sasaran dan target hasil yang akan dicapai.
 - 2) Tentukan rencana tindakan sesuai dengan masalah dan tujuan yang akan dicapai. Kaji ulang apakah rencana asuhan sudah meliputi semua aspek asuhan kesehatan terhadap wanita.

f. Langkah VI (Pelaksanaan asuhan)

- 1) Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah ke lima diatas dilaksanakan secara efisien dan aman.
- 2) Realisasi perencanaan dapat dilakukan oleh bidan, pasien, atau anggota keluarga lain.
- 3) Jika bidan tidak melakukannya, ia tetap memikul tanggung jawab atas terlaksanannya seluruh perencanaan.
- 4) Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu, biaya dan meningkatkan mutu asuhan.
- 5) Berikut adalah beberapa contoh pelaksanaan perencanaan asuhan berdasarkan peran bidan dalam tindakan mandiri, kolaborasi dan tindakan pengawasan.

1. Tindakan mandiri

- a) Pemberian pendidikan kesehatan
- b) Pemberian tablet Fe.
- c) Bimbingan perawatan payudara
- d) Pemantauan padaibu hamil dengan risiko tinggi

2. Kolaborasi

- a) Dokter ahli kandungan
- b) Psikologi
- c) Ahli gizi
- d) Ahli fisioterapi
- e) Ahli penyakit dalam

3. Merujuk :

Kepada fasilitas pelayanan yang memenuhi standar, baik sarana maupun tenaganya.

4. Tindakan pengawasan :

- a) Pemantauan keadaan umum
- b) Pemantauan perdarahan
- c) Pemantauan tanda-tanda bahaya kehamilan
- d) Pemantauan keadaan depresi masa hamil.

5. Pendidikan /penyuluhan :

- a) Kepada pasien
- b) Kepada suami
- c) Kepada keluarga

g. Langkah VII (Mengevaluasi)

- 1) Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosa dan masalah yang telah diidentifikasi .
- 2) Rencana tersebut dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaanya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif, sedangkan sebagian lain belum efektif
- 3) Mengingat proses manajemen asuhan ini merupakan kegiatan yang berkesinambungan, perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana tersebut.

2.3.2. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP)

a. Data Subyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah pertama

b. Data Obyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostic lain yang diruuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah kedua

c. Assasement

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi

- 1) Diagnosis atau masalah
- 2) Antisipasi diagnosis/masalah potensial
- 3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi / kolaborasi dan atau rujukan sebagai langkah II, III, IV

d. Planning

Menggambarkan pendokumentasian dan tindakan (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan assesment sebagai langkah V, VI, dan VII yang ada pada manajemen.

BAB 3

METODE STUDI KASUS

3.1 Jenis Studi Kasus

Jenis studi kasus yang digunakan pada laporan tugas akhir ini adalah dengan menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan oleh penulis melalui pendekatan manajemen kebidanan. Kasus yang diamati penulis dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah Ibu Hamil Ny. H Usia 20 Tahun G₁P₀A₀ dengan *Blighted Ovum* Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam.

3.2 Tempat Dan Waktu Studi Kasus

Pengambilan kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam. Alasan saya mengambil kasus ini karena ketika saya praktek di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam, saya mendapatkan kasus ibu hamil dengan *Blighted Ovum* yaitu pada Ny. H usia 20 tahun, dan sewaktu pengambilan kasus ibu bersedia dilakukan pengkajian ditempat dan waktu pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 12-12-2017 dimulai dari pengambilan kasus sampai dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir.

3.3 Subjek Studi Kasus

Dalam pengambilan kasus ini penulis mengambil Subjek yaitu Ny.H umur 20 tahun G₁P₀A₀ di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam dengan alasan Ny. H merupakan pasien yang bersedia saat dilakukan pengkajian.

3.4 Metode Pengumpulan Data

1. Metode

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

2. Jenis Data

a. Data primer

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan berurutan mulai dari kepala sampai kaki (head to toe) pada Ny.H

2. Wawancara

Pada kasus wawancara dilakukan secara langsung oleh pengkaji pada Ny. H

3. Observasi

Observasi dilakukan secara langsung pada Ny. H Usia 20 Tahun G₁P₀A₀ di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam yang berpedoman pada format asuhan kebidanan pada ibu hamil untuk mendapatkan data. Pada kasus ini observasi ditujukan pada TTV, BB ibu dan perdarahan.

b. Data Sekunder

1. Dokumentasi pasien

Dalam pengambilan studi kasus ini menggunakan dokumentasi dari data yang ada di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam.

2. Catatan asuhan kebidanan

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

3. Studi kepustakaan

Studi kasus kepustakaan diambil dari buku terbitan tahun 2010-2017

c. Etika Studi Kasus

a. Membantu masyarakat untuk melihat secara kritis moralitas yang dihayati masyarakat

b. Membantu kita untuk merumuskan pedoman etis yang lebih memadai dan norma-norma baru yang dibutuhkan karena adanya perubahan yang dinamis dalam tata kehidupan masyarakat.

c. Dalam studi kasus lebih menunjuk pada prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan studi kasus

BAB 4

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Tinjauan Kasus

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. H G₁P₀A₀
USIA KEHAMILAN 10 MINGGU 6 HARI DENGAN *BLIGHTED OVUM*
DI RUMAH SAKIT ST. ELISABETH BATAM
TAHUN 2017**

Tanggal Masuk	: 12-12-2017	Tgl pengkajian	: 12-12-2017
Jam Masuk	: 11.00 WIB	Jam Pengkajian	: 11.00 WIB
Tempat	: RSE Batam	Pengkaji	: Sr. Gisela SFD
No. Register	:		

I. PENGUMPULAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu	: Ny. H	Nama Suami	: Tn. J
Umur	: 20 tahun	Umur	: 22 tahun
Agama	: Buddha	Agama	: Buddha
Suku/bangsa	: China/Indonesia	Suku/bangsa	: China/Indonesia
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Permata Baloi E.6 No. 05	Alamat	: Permata Baloi E.6 No. 05

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

1. Alasan kunjungan : Ibu mengatakan telah melakukan USG transvaginal 2 kali yaitu pada usia kehamilan 7 minggu dan usia kehamilan 10 minggu, dan hasilnya embrio tidak berkembang dan harus dikuretase.

2. Keluhan utama : Bagian perut terasa sakit dan mules yang hilang timbul dan tidak ada perdarahan.

3. Riwayat menstruasi :

Menarche : 13 thn, siklus 28 hari, teratur

Lama : 3-4 hari, Banyak : 2-3 x ganti doek

Keluhan : Tidak ada

4. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Anak ke	Tgl Lahir/ Umur	UK	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Prolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/B B/JK	Keadan	Keadan	laktasi
1.	H	A	M	I	L		I	N	I	Baik	Baik

5. Riwayat kehamilan sekarang

a. GI P0 A0

b. HPHT : 27-09-2017

HPL : 03-07-2018

- c. UK : 10 minggu 6 hari
 - d. Gerakan janin : - x sehari, pergerakan janin pertama kali bulan -
 - e. Imunisasi Toxoid Tetanus : sebanyak - kali, yaitu : Tidak ada
 - f. Kecemasan : Tidak ada
 - g. Tanda-tanda bahaya : Tidak ada
 - h. Tanda-tanda persalinan : Tidak ada
6. Riwayat penyakit yang pernah diderita
- Jantung : Tidak ada
 - Hipertensi : Tidak ada
 - Diabetes Mellitus : Tidak ada
 - Malaria : Tidak ada
 - Ginjal : Tidak ada
 - Asma : Tidak ada
 - Hepatitis : Tidak ada
 - Riwayat operasi abdomen/SC : Tidak ada
7. Riwayat penyakit keluarga
- Hipertensi : Tidak ada
 - Diabetes Mellitus : Tidak ada
 - Asma : tidak ada
 - Lain-lain : Tidak ada riwayat kembar
8. Riwayat KB : Tidak ada
9. Riwayat psikososial
- Status perkawinan : sah

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : senang

Pengambilan keputusan dalam keluarga : musyawarah

Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : rumah sakit

Tempat rujukan jika ada komplikasi : rumah sakit

Persiapan menjelang persalinan : belum ada

10. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum :

Frekuensi : 3 kali

Jenis : 1 porsi: nasi, ikan, sayur, buah

Keluhan/pantangan: tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : 2 jam

Tidur malam : 7 jam

c. Pola eliminasi

BAK : 5-6 kali/hari, warna : kuning jernih

BAB : 1 kali/hari, konsistensi : lembek

d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

Ganti pakaian/pakaian dalam : 2 kali/hari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : Ibu rumah tangga

f. Kebiasaan hidup

Merokok : tidak ada

Minum-minuman keras: tidak ada

Obat terlarang : tidak ada

Minum jamu : tidak ada

C. DATA OBJEKTIF

1) Keadaan umum : Baik

2) Tanda-tanda vital

- Tekanan darah : 120/80 mmHg

- Nadi : 78 kali/menit

- Suhu : 36,6 °C

- Respirasi : 20 kali/menit

3) Pengukuran tinggi badan dan berat badan

- Berat badan : 43 kg, kenaikan BB selama hamil: - kg

- Tinggi badan : 150 cm

- Lila : 23 cm

4) Pemeriksaan fisik

a. Postur tubuh : lordosis

b. Kepala

- Muka : simetris cloasma : tidak ada Oedema :
tidak ada

- Mata : simetris Conjunctiva : merah muda Sclera :
tidak ikterik

- Hidung : bersih polip : tidak meradang

- Mulut/bibir : simetris, tidak ada sariawan

c. Leher : simetris, tidak ada pembengkakan

d. Payudara :

Bentuk simetris : ya

Keadaan putting susu : menonjol

Areola mammae : hiperpigmentasi

Colostrum : tidak ada

e. Perut

Inspeksi : simetris

Palpasi : tidak dilakukan

a) Leopold I : tidak dilakukan

b) Leopold II : tidak dilakukan

c) Leopold III : tidak dilakukan

d) Leopold IV : tidak dilakukan

e) TBJ : tidak dilakukan

f) TFU : tidak dilakukan

g) Kontraksi :

Auskultasi : tidak dilakukan

DJJ : tidak dilakukan

f. Ekstremitas

Atas : simetris, lengkap, tidak ada oedema

Bawah : simetris, lengkap, tidak ada oedema

g. Genetalia

Anus : tidak ada haemoroid

5) Pemeriksaan Panggul : tidak dilakukan

Lingkar Panggul :

Distosia Cristarum : tidak dilakukan

Distosia Spinarum : tidak dilakukan

Conjugata Bourdeloque : tidak dilakukan

6) Pemeriksaan dalam : tidak dilakukan

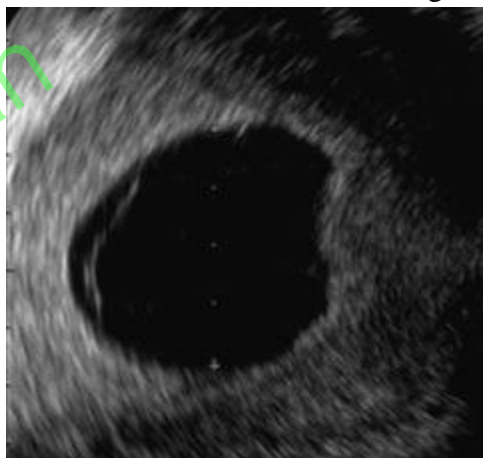
D. PEMERIKSAAN PENUNJANG:

Pemeriksaan Laboratorium (* Jika ada indikasi Albumin) :

* Keton:

Hb : 9,6 gr%

Hasil Pemeriksaan USG Transvaginal:



II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN :

Diagnosa : Ny. H GI P0 A0 usia kehamilan 10 minggu 6 hari dengan *Blighted Ovum*.

Data Dasar:

- DS :
1. Ibu mengatakan perutnya sakit dan mules yang hilang timbul dan tidak ada perdarahan.
 2. Ibu mengatakan telah melakukan USG transvaginal dua kali yaitu pada usia kehamilan 7 minggu dan 10 minggu dan hasilnya embrio tidak berkembang dan atas anjuran dokter harus dikuretase.

- DO:
- a. Keadaan umum : Baik
 - b. Kesadaran : Compos mentis

Observasi tanda-tanda vital :TD :120/80 mmHg

N :78 x/mnt

T :36,6⁰C

RR :20 x/mnt

Masalah : Embrio tidak berkembang

- Kebutuhan:
1. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian tindakan kuretase.
 2. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi
 3. Pantau tanda-tanda vital

III. ANTISIPASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL :

1. Perdarahan pervaginam
2. Infeksi pasca kuretase

IV. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI/ RUJUK :

Tindakan Kuretase

V. INTERVENSI :

No	Intervensi	Rasional
1.	Lakukan observasi tanda-tanda vital	Untuk mengetahui perkembangan kondisi tanda-tanda vital pasien
2.	Siapkan ibu untuk persiapan tindakan kuretase	Untuk persiapan diri ibu sebelum melakukan tindakan dan mempertahankan cairan ibu.
3.	Pasang infuse	Untuk pemenuhan kebutuhan cairan ibu
4.	Berikan oksigen nasal	Untuk pemenuhan kebutuhan oksigen ibu
5.	Pasang monitoring pada ibu	Untuk memantau keadaan ibu
6.	Beri therapy pre-kuretase	Untuk mengembalikan fungsi sirkulasi dan mengantisipasi masalah potensial
7.	Lakukan tindakan kuretase oleh dokter spesialis obgyn	Untuk mengatasi masalah pada kehamilan blighted ovum
8.	Pantau tanda-tanda vital ibu pasca kuretase	Untuk mengetahui kondisi tanda-tanda vital ibu pasca tindakan curettage
9.	Beri therapy post-kuretase	Untuk membantu mempercepat pemulihan keadaan ibu
10.	Anjurkan ibu untuk datang kontrol ulang.	Untuk mengetahui perkembangan keadaan ibu

VI. IMPLEMENTASI

No	Implementasi/Tindakan
1.	Melakukan observasi tanda-tanda vital dan memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan TD:120/80 mmHg T:36,6 ⁰ C N:78 x/mnt RR:20x/mnt Ev: Ibu sudah tahu hasil pemeriksaan
2.	Melakukan pemasangan oksigen nasal sebelum kuretase dengan tekanan 3 liter/menit Ev: Oksigen nasal telah terpasang dengan baik

3.	Melakukan pemasangan monitoring pada ibu TD: 120/80 mmHg RR: 20 x/i N: 78 x/i SpO2: 99% T: 36,6°C Ev: monitoring telah terpasang dengan baik.
4.	Melakukan pemasangan infuse RL 20 tts/i Ev: Infus telah terpasang dengan baik di tangan kiri ibu dan berjalan lancar
5.	Memberikan therapy pre-kuretase: injeksi Sulfas Atropin 1 amp, pethidine 1 amp, stesolid 1 amp per IV Ev: Injeksi telah dimasukkan melalui IV dengan baik
6.	Melakukan tindakan kuretase oleh dokter spesialis kandungan dengan menggunakan alat yaitu: 2 spekulum sim's, sonde uterus, dilatator berbagai ukuran, sendok kuret berbagai ukuran, cunam abortus, pinset, klem, kain steril dan 2 sarung tangan steril. Instrumen lain yang dibutuhkan meliputi : lampu, mangkok kecil logam serta penampung darah dan jaringan. Pasien dibaringkan dengan posisi litotomi, Pemberian anastesi, memasang spekulum sim's sampai serviks terlihat, memberikan cairan antiseptik pada vagina dan serviks, serviks dilakukan penjepitan diarah jam 11.00 dan 13.00 menggunakan tenakulum, kedalaman uterus diketahui dengan melakukan pemeriksaan menggunakan sonde uterus, dinding uterus dibersihkan dengan pengerokan secara sistematis searah jarum jam sampai bersih dengan tanda seperti menyentuh bagian bersabut, jaringan di dikeluarkan dan membersihkan darah mengenai lumen vagina, kemudian melepaskan tenakulum dan spekulum bawah. Setelah kuretase dilakukan dengan baik maka hasil konsepsi berbentuk <i>stone cell</i> telah dikeluarkan secara keseluruhan \pm 50 cc. Ev: kuretase telah berjalan dengan baik, hasil konsepsi telah berhasil dikeluarkan dan tidak ada tanda-tanda bahaya pada ibu setelah kuretase.
7.	Memantau tanda-tanda vital ibu pasca kuretase: TD:118/80 mmHg T:36,6°C N:78 x/mnt RR:20 x/mnt SpO2: 99% Ev: tanda-tanda vital ibu dalam batas normal pasca kuretase, tidak ada perdarahan padaibu dan ibu sudah tidak merasa pusing lagi.
8.	Memberikan terapi post kuretase sesuai anjuran dokter: injeksi Metylergometrin 1 amp/IV, Ofloxacin 3 x 1 tab, Pospargin 3 x 1 tab Ev: injeksi telah diberikan dan therapy resep pulang telah diberikan
9.	Menganjurkan ibu untuk datang kontrol ulang pada tanggal 18-12-2017 Ev: Ibu sudah mengetahui jadwal kontrol ulang dan bersedia untuk datang kembali pada waktu yang sudah ditentukan.

VII. EVALUASI

Tanggal: 12-12-2017

S: 1. Ibu mengatakan sudah dilakukan tindakan kuretase oleh dokter dan ibu telah melihat hasil pengeluaran konsepsi.

2. Ibu mengatakan masih terasa nyeri post kuretase.

3. Ibu mengatakan sudah merasa lebih baik karena tidak merasa pusing dan mual setelah kuretase.

O: 1. Keadaan umum : Baik

2. Kesadaran : Compos mentis

3. Observasi tanda-tanda vital: TD:118/80 mmHg

N:78 x/mnt

T:36,6⁰C

RR:20 x/mnt

SpO2: 99%

4. Perdarahan : ± 50 cc

5. Skala nyeri : 4-5

A: Diagnosa: Ny. H G1P0A0 Usia kehamilan 10 minggu 6 hari

dengan *Blighted Ovum*

Masalah: Teratasi

P: 1. Observasi TTV ibu

2. Observasi perdarahan pervaginam

3. Anjurkan ibu untuk kontrol ulang

4. Ibu sudah bisa pulang setelah sadar post kuretase dan sudah tidak merasakan pusing dan mual akibat pengaruh obat.

4.2 Pembahasan

Penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. H G₁P₀A₀ Dengan *Blighted Ovum* di Rumah Sakit St. Elisabeth Batam. Adapun beberapa hal yang penulis uraikan pada pembahasan ini dimana penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan hasil tinjauan kasus pada pelaksanaan kebidanan yang diberikan pada Ny. H G₁P₀A₀ Dengan *Blighted Ovum* dan akan membahas berdasarkan tahap proses kebidanan sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap. Pada langkah ini bidan mengumpulkan informasi lengkap dan akurat dari beberapa sumber yang berkaitan dengan kondisi klien dengan cara wawancara, dan melakukan pemeriksaan dengan pasien dan dari catatan atau dokumentasi untuk dapat memperoleh data.

Menurut Estiwidani, Dwiana, 2008 dalam melakukan pengkajian ada 2 data yang harus di kumpulkan oleh bidan yaitu data sekunder dan data objektif. Dalam data subjektif yang dapat mendukung diagnosis *Blighted Ovum* yaitu: keluhan utama pasien, HPHT, adanya perdarahan atau tidak, hasil tes kehamilan, dan pola kehidupan sehari-hari. Sedangkan data objektif dikumpulkan melalui pemeriksaan fisik, pemeriksaan dalam, dan pemeriksaan penunjang (Hb, USG).

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, penulis memperoleh data subjektif dengan cara melakukan wawancara kepada pasien dengan menggunakan format asuhan kebidanan dalam membantu melakukan pengkajian. Data subjektif yang diperoleh oleh penulis yakni ibu mengatakan saat ini berusia 20 tahun, tidak ada riwayat penyakit yang diderita, dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit, HPHT ibu pada tanggal 27-09-2017, ibu mengatakan tidak ada keluar bercak darah dari vagina, serta ibu mengeluh mengalami bagian perut terasa sakit dan mules tapi hilang timbul, dan ibu mengatakan setelah melakukan USG 2 kali hasilnya terdapat gambaran kantung gestasi, tidak tampak fetal fole atau embrio tidak berkembang sehingga atas anjuran dokter akan dilakukan kuretase.

Sedangkan untuk memperoleh data objektif penulis melakukan pemeriksaan fisik kepada pasien dan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada ibu dalam batas normal yakni: Keadaan Umum : Baik, Kesadaran: Compos Mentis. Tanda - tanda vital : Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 78 kali/menit, Suhu 36,6 °C, Pernapasan 20 kali/menit, Berat badan 43 kg, Tinggi badan 150 cm, Lila 23 cm, Perut tampak tidak ada pembesaran, ekstremitas atas dan bawah tampak bersih, lengkap, simetris, tidak ada oedema. Dalam pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan Hb: 9,6 gr% dan pemeriksaan USG ditemukan hasil terdapat gambaran kantung gestasi, tidak tampak fetal fole atau embrio tidak berkembang sehingga atas anjuran dokter akan dilakukan kuretase.. Pada kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena dalam teori ditegakan untuk memperoleh data objektif tidak hanya dilakukan

pemeriksaan fisik, namun harus terdapat pemeriksaan penunjang dan dalam praktek sudah dilakukan sesuai dengan teori.

4.2.2 Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi data yang dikumpulkan. Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah Ny. H umur 20 tahun G1P0A0 usia kehamilan 10 minggu 6 hari dengan *Blighted Ovum*.

Masalah ibu hamil yang mengalami kasus *Blighted Ovum* kemungkinan akan mengalami gejala umum kehamilan biasa seperti mual muntah, kemudian dapat timbul gejala tidak khas yaitu perdarahan spotting coklat kemerah-merahan, kram perut dan bertambahnya ukuran rahim yang lambat, terkadang disertai nyeri dibagian perut. Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. H ditemukan masalah bahwa ibu mengalami mules atau nyeri dibagian perut yang hilang timbul, tidak adanya penambahan berat badan ibu dan tidak bertambahnya ukuran rahim pada ibu. Dan saat dilakukan pemeriksaan fisik di dapatkan hasil pemeriksaan fisik dalam batas normal dimana tekanan darah ibu 120/80 mmHg Nadi 78 kali/menit, Suhu 36,6 °C, Pernapasan 20 kali/menit, Berat badan ibu sebelum hamil: 43 kg, dan setelah hamil tidak mengalami kenaikan, Tinggi badan 150 cm, Lila 23 cm.

Kebutuhan pasien dalam kasus *blighted ovum* adalah informasikan tentang keadaan yang dialami ibu dan beri dukungan psikologis, kolaborasi dengan dokter dalam melakukan tindakan kuretase, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy dan memantau tanda-tanda vital serta perdarahan post kuretase.

Pada kasus ini terjadi kesenjangan antara teori dan praktik karena menurut teori pada keluhan utama penderita *Blighted Ovum* mengalami adanya pengeluaran darah dari vagina, tetapi pada Ny. H tidak ditemukan.

4.2.3 Diagnosa / Masalah Potensial

Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi.

Pada ibu hamil dengan *blighted ovum* diagnosa potensial yang dapat terjadi adalah perdarahan dan infeksi pasca kuretase (Chunningham, 2010). Tindakan antisipasi dilakukan bidan dengan melakukan observasi pada keadaan umum pasien, pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, SpO₂ dan observasi perdarahan atau tanda-tanda bahaya pada ibu (Saifuddin, 2014).

Pada kasus ini tidak ditemukan masalah potensial yang terjadi pada ibu setelah dilakukannya tindakan curetage karena keadaan ibu dalam batas normal, ibu mengatakan tidak merasa pusing setelah kuretase dan tidak mengalami perdarahan ataupun infeksi post kuretase. Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan praktik.

4.2.4 Tindakan Segera

Langkah ke empat merupakan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter sesuai dengan kondisi klien. Kondisi pasien dievaluasi bidan, bertujuan membantu menentukan konsultasi atau kolaborasi dilakukan

sesuai dengan kebutuhan dari pasien (Soepardan, 2008). Pada kehamilan dengan *blighted ovum* diperlukan tindakan segera dilakukan kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi untuk memperoleh terapi pemasangan infus (Mochtar, 2013), pemberian analgetik, dan rencana tindakan kuretase (Saifuddin, 2014) Dalam hal ini tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik karena telah dilakukan tindakan curetage sesuai teori.

4.2.5 Perencanaan Tindakan

Menurut Varney, 2010 pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Bertujuan setiap tindakan tersusun sistematis dan efisien, tidak terjadi kesalahan (Tresnawati, 2013) meliputi:

1. Persiapan tindakan terminasi

- a) Persiapan pasien: Bidan telah melakukan pemeriksaan umum dan telah dilakukan pemeriksaan laboratorium, telah dilakukan pemasangan oksigen nasal dengan tekanan 3 liter/menit, pemasangan monitoring dan pemasangan infuse di tangan kiri ibu atas anjuran dokter. Disini terdapat kesenjangan teori dan praktek dimana dalam teori tidak ada disebutkan pemasangan oksigen dan monitoring, tetapi dalam praktek dilakukan.
- b) Persiapan alat: Dalam hal ini bidan telah melakukan persiapan alat sesuai dengan teori, sehingga pada tahap ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

- c) Persiapan alat pelindung diri (APD) penolong: Dalam hal ini bidan telah melakukan persiapan alat sesuai dengan teori, sehingga pada tahap ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.
- d) Persiapan obat yang akan di gunakan untuk tindakan kuretase: Therapy yang diberikan kepada pasien Ny. H pre-kuretase adalah: injeksi Sulfas atropine 1 ampul, Pethidine 1 ampul dan Stesolid 1 ampul per IV. Dalam tahap ini ditemukan adanya kesenjangan teori dan praktek karena pemberian therapy yang berbeda.
2. Tindakan kuretase: Dalam tahap ini terjadi kesenjangan teori dan praktek karena pada pasien Ny. H tidak diberikan Oksitosin atau Metergin, dan tidak dilakukan pemeriksaan bimanual sebeum kuretase dilakukan.
3. Penatalaksanaan post kuretase: Dalam tahap ini terjadi kesenjangan teori dan praktek yaitu dalam pemantauan post kuretase dalam teori dikatakan pasien dapat pulang dalam waktu dua sampai tiga jam setelah tindakan, tetapi pada Ny. H pemantauan dilakukan hanya 1 jam dan pasien sudah diperbolehkan dokter untuk pulang karena pasien mengatakan tidak merasakan pusing setelah kuretase dan tidak adanya perdarahan pervaginam pada ibu. Juga pada teori dikatakan pemantauan kesehatan pada organ reproduksi pada ibu post kuretase dilakukan tiga hari setelah tindakan, tetapi dalam praktek pasien Ny. H dianjurkan untuk melakukan kontrol ulang kembali setelah 6 hari kemudian yaitu pada tanggal 18-12-2017.

4.2.6 Implementasi

Dalam kasus ini pelaksanaan tindakan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah dilakukan oleh bidan dan dokter. Dan tindakan kuretase dilakukan sesuai dengan prosedur tindakan yang bersih, aman dan mengetahui kondisi pasien sejak awal merupakan langkah awal pencegahan terjadinya perdarahan dan infeksi. Sebelum dilakukan tindakan kuretase dilakukan observasi tanda-tanda vital ibu, kemudian melakukan pemasangan oksigen nasal dengan tekanan 3 liter/menit, pemasangan monitoring pada ibu, pemasangan infuse RL 20 tts/I, pemberian therapy pre- kuretase, kemudian melakukan tindakan kuretase oleh dokter spesialis kandungan. Setelah kuretase dilakukan dengan baik, maka hasil konsepsi berbentuk *stone cell* telah dikeluarkan secara keseluruhan ± 50 cc. Kemudian melakukan pemantauan observasi tanda-tanda vital dan perdarahan ibu post kuretase hingga ibu sadar dan tidak merasa pusing atau mengalami keluhan lainnya, serta pemberian therapy post kuretase dan pemberian resep pulang. Sehingga dalam tahap ini tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek.

4.2.7 Evaluasi

Hasil evaluasi dari Ny. H yaitu hasil pengeluaran telah ditunjukkan kepada ibu dan ibu mengatakan sudah tidak merasa pusing lagi setelah 1 jam post kuretase dan dokter sudah menyetujui bahwa pasien sudah dapat pulang. Sehingga dalam tahap ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis membahas asuhan kebidanan ibu hamil dengan *Blighted Ovum* pada Ny. H di Rumah Sakit St.Elisabeth Batam. Maka penulis mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

5.1 Kesimpulan

1. Hasil pengkajian terhadap Ny. H di Rumah Sakit St. Elisabeth Batam berdasarkan data subjektif dan data objektif yang didapat. Dimana data subjektif yaitu : Ny. H mengeluh bagian perut terasa sakit dan mules yang hilang timbul, ibu sudah. Dan data objektif dari Ny. H yakni hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dalam batas normal dimana tekanan darah 120/80mmHg, nadi 78 kali/menit, suhu 36,6 °C dan pernapasan 20 kali/menit.
2. Hasil interpretasi data dilakukan dengan menentukan diagnosa kebidanan ibu hamil terhadap Ny. H yaitu *Blighted Ovum*/ Kehamilan Kosong yang didapat dari data subjektif dan objektif dari hasil pengkajian.
3. Hasil pengkajian yang dilakukan menemukan diagnosa potensial dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny.H di Rumah Sakit St.Elisabeth Batam yaitu Perdarahan Pervaginam dan Infeksi pasca curettage.
4. Melakukan tindakan segera dalam asuhan kebidanan terhadap Ny. H di Rumah Sakit St.Elisabeth Batam yaitu melakukan tindakan curettage.

5. Rencana tindakan yang telah diberikan pada Ny. H dengan *Blighted Ovum* yaitu melakukan tindakan curettage, memantau tanda – tanda vital ibu dan perdarahan post curettage.
6. Dalam kasus ini penulis telah melaksanakan asuhan sesuai dengan yang telah direncanakan dalam memberikan asuhan kebidanan ibu hamil pada Ny.H dengan *Blighted Ovum* sehingga ibu telah dilakukan tindakan curettage untuk mengatasi masalah pada kehamilan *blighted ovum*.
7. Penulis telah mengevaluasi asuhan kebidanan ibu hamil terhadap Ny.H dimana telah ditemukan bahwa factor penyebab terjadinya *Blighted Ovum* pada Ny. H adalah karena factor usia yang masih terlalu muda yaitu 20 tahun dan factor paritas primipara pada ibu yang masih berusia 20 tahun dan setelah dilakukan curettage, hasil pengeluaran telah ditunjukkan kepada ibu dan dilakukan pemantauan post curettage, tanda–tanda vital ibu dalam batas normal, ibu sudah tidak merasa pusing ataupun mual setelah kuretase dan tidak terjadi perdarahan pada ibu.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis dapat menyimpulkan saran sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi institusi pendidikan Laporan Tugas Akhir ini dapat sebagai bahan masukan untuk penambahan ilmu pengetahuan terkaitan dengan Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil dengan *Blighted Ovum*.

2. Bagi lahan praktik / Rumah Sakit St. Elisabeth Batam

Diharapkan bagi rumah sakit agar lebih meningkatkan pelayanan kesehatannya khususnya tentang *blighted ovum* untuk upaya meningkatkan pelayanan pada ibu hamil dengan mengadakan penyuluhan-penyuluhan agar ibu lebih mengetahui cara pencegahan *Blighted Ovum*.

3. Bagi pasien Ny. H

Diharapkan agar ibu lebih menjaga kehamilannya, mengikuti pemeriksaan kehamilan secara rutin di fasilitas kesehatan, dan menjaga pola nutrisi dan membiasakan pola hidup sehat sehingga tidak terjadi *Blighted Ovum*.

4. Bagi Masyarakat

Diharapkan dengan dilakukannya asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan *Blighted Ovum*, masyarakat khususnya ibu hamil mengerti pentingnya pemeriksaan secara teratur pada ibu hamil, melakukan pemeriksaan kariotipe dan TORCH serta pentingnya pemenuhan nutrisi yang seimbang dan mengetahui tanda tanda bahaya pada ibu hamil.

Diharapkan masyarakat dapat mencari lebih banyak lagi pengetahuan tentang penyebab, pencegahan dan penanganan pada ibu hamil dengan *Blighted Ovum*.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2010. *Hubungan antara perilaku pasien post kuretase dalam perawatan post kuretase di rumah dengan kejadian perdarahan dan infeksi di Klinik Bersalin Fajar, Sonosewu Yogyakarta*, diakses tanggal 14 Mei 2018.
- Anonim. 2010. *Makalah Asuhan kebidanaan dengan Blighted Ovum pdf*, diakses tanggal 15 Mei 2018.
- Anonim. 2013. *Bab II Tinjauan Pustaka Pdf*, diakses tanggal 25 April 2018.
- Fauziyah, Yulia. 2016. *Obstetri Patologi Untuk Mahasiswa Kebidanan Dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ferianarin. 2013. *Tinjauan Medis Perdarahan dalam Kehamilan Muda pdf*. diakses tanggal 25 April 2018.
- Hafifah. 2015. *Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Patologi Pada Ny. E Umur 20 tahun G₁ P₀ A₀ Umur kehamilan 13 Minggu Dengan Blighted Ovum di RSUD Karanganyar*, diakses tanggal 15 mei 2018.
- Jannah, Nurul. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Andi.
- Manuaba, Ida. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC.
- Oshigita. 2013. *Blighted Ovum*. Wordpress. Com, diakses tanggal 15 Mei 2018.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kandungan*. Jakarta :Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sukarni, Icesmi. 2017. *Patologi Kehamilan, Persalinan, Nifas Dan Neonatus Resiko Tinggi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sulistyawati, Ari. 2013. *Asuhan kebidanan pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wahyuni. 2013. *Hubungan usia dan paritas dengan kejadian Blighted Ovum (BO) pada ibu hamil di Rumah sakit ibu dan anak Banda Aceh tahun 2013*, diakses tanggal 14 Mei 2018.
- WHO. 2018. *Worldwide an estimated 25 million unsafe abortions occur each year*. (www. Who. Int/news-rom/ detail/ 28-09-2017-worldwide-an-estimated-25 million-unsafe-abortion-occur-each-year, diakses pada tanggal 25 Mei 2018).
- Yunita. 2013. *Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya Blighted Ovum (BO) pada ibu hamil di Rumah Sakit dr. Zainoel Abidin kota Banda Aceh*, diakses tanggal 15 Mei 2018.