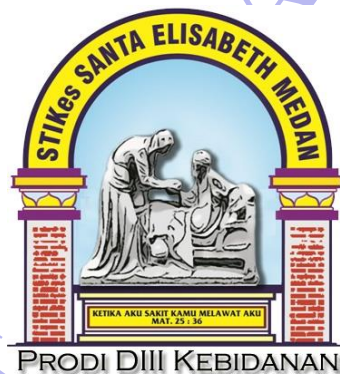


LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.N UMUR 35 TAHUN P₁A₁ DENGAN POST ABORTUS SPONTAN DI KLINIK RIDHO TAHUN 2017

STUDI KASUS

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



Disusun Oleh :

YOHANA PERMATA SARI ZENDRATO
022014072

**PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN
2017**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.N UMUR 35 TAHUN P₁A₁ DENGAN
POST ABORTUS SPONTAN DI KLINIK RIDHO
TAHUN 2017**

**Studi Kasus
Diajukan oleh :**

**YOHANA PERMATA SARI ZENDRATO
022014072**

**Telah Di Periksa dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA pada
Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Oleh :

Pembimbing : Bernadetta Ambarita, SST., M.Kes

Tanggal : Rabu, 17 Mei 2017

Tanda Tangan :

**Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan**


**(Anita Veronika, S.SiT., M.KM)
Ketua Program Studi**

LEMBAR PENGESAHAN
Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.N UMUR 35 TAHUN P₁A₁ DENGAN
POST ABORTUS SPONTAN DI KLINIK RIDHO
TAHUN 2017**

Disusun Oleh :

YOHANA PERMATA SARI ZENDRATO
022014072

**Telah Dipertahankan Dihadapan TIM Penguji dan dinyatakan diterima
sebagai salah satu Persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Kebidanan STIKes Santa Elisabeth
Pada Hari Rabu, 17 Mei 2017**

TIM Penguji

Tanda Tangan

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

.....


Penguji II : Flora Naibaho, SST., M. Kes

.....


Penguji III : Bernadetta Ambarita, SST., M. kes

.....


Mengesahkan
STIKes Santa Elisabeth Medan


(Mestiana Br. Karo, S. Kep., Ns., M. Kep)
Ketua STIKes


(Anita Veronika, SSiT., M. KM)
Ketua Program Studi

CURICULUM VITAE



Nama : Yohana Permata Sari Zendrato
Tempat/Tanggal Lahir : Pematangsiantar, 08 Oktober 1996
Agama : Kristen Protestan
Anak Ke : 4 (empat) dari 5 bersaudara
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Turi No.151, Teladan Medan
Pekerjaan : Mahasiswa
Status : Belum Menikah
Suku/Bangsa : Nias, Indonesia
Pendidikan :
1. TK : TK Nazaret Pematangsiantar 2001-2002
2. SD : SD RK 7 Pematangsiantar 2002-2008
3. SMP : SMP Swasta Kristen Immanuel
Medan 2008-2011
4. SMA : SMA Swasta Kristen Immanuel
Medan 2011-2014
5. Diploma : Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth
Angkatan 2014

LEMBAR PERSEMBAHAN

Ucapan syukur dan terima kasihku kepada Tuhan Yesus
Yang telah merancang kehidupanku begitu indah.
Karena ku yakin Engkau selalu menyertaiku
Hingga Aku memperoleh gelar yang tak terbayangkan olehku.
Rasa sayangku kepada kedua Orang Tuaku
Yang selalu memberikan semangat dan motivasi
Terlebih mengingatkanku bahwa Tuhan telah menyediakan.

“ Masa Depan yang Cerah Untukku “

Kepada saudara – saudariku terkasih yang selalu setia
Memberikanku semangat dan menghiburku
Serta mendengarkan segala keluh kesahku
Dan menyakinkan bahwa aku
“ Pasti Bisa melewati rintangan yang ada”.

ROMA 8 : 28

“Kita tau sekarang, bahwa Allah turut bekerja dalam segala sesuatu untuk mendatangkan kebaikan bagi mereka yang mengasihi Dia, yaitu bagi mereka yang terpanggil sesuai dengan rencana Allah.”



PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul **“Asuhan Kebidanan pada Ny.N umur 35 tahun P₁A₁ dengan PostAbortus Spontan di Klinik Ridho Tahun 2017”** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian didalamnya 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 mengganggu 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, Mei 2017

Yang Membuat Pernyataan



(Yohana Permata Sari Zendrato)

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.N UMUR 35 TAHUN P₁A₁
DENGAN POST ABORTUS SPONTAN DI KLINIK RIDHO
TAHUN 2017¹

Yohana Permata Sari²,Bernadetta Ambarita³

INTISARI

Latar Belakang : Menurut World Health Organization (WHO) memperkirakan terdapat 216 kematian ibu setiap 100.000 kelahiran hidup akibat komplikasi kehamilan dan persalinan tahun 2015. Negara berkembang menyumbang sekitar 90 % atau 302.000 dari seluruh total kematian ibu yang diperkirakan terjadi pada tahun 2015. Indonesia termasuk salah satu negara berkembang sebagai penyumbang tertinggi angka kematian ibu di dunia

Tujuan : Mendapat pengalaman nyata dalam melaksanakan Asuhan Kebidanan pada Ny.N umur 35 tahun P₁A₁ dengan post abortus spontan di Klinik Ridho Maret Tahun 2017 dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan Varney.

Metode : Metode untuk pengumpulan data yaitu terdiri dari data primer yaitu pemeriksaan fisik, wawancara dan observasi (vital sign dan keadaan umum).

Hasil : Berdasarkan hasil pemeriksaan perdarahan pada Ny.N 35 tahun dengan post abortus spontan maka dilakukan pemantauan untuk 2 kunjungan sampai pendarahan berhenti. Bidan menganjurkan ibu supaya konsultasi dengan Dokter Spesialis Kandungan.

Kesimpulan : Masalah sebagian teratasi

Kata Kunci : Kehamilan dan Post Abortus Spontan

Referensi : 13 referensi (2008-2017)

1. Judul Penulisan Studi Kasus

2. Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

3. Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MIDWIFERY NURSERY ON NY.N AGE 35 YEARS P1A1
WITH POST NEVERTHELESS SPONTANEOUSLY IN THE CLINIC ASSENT
YEARS 2017¹**

Yohana Permata Sari²,Bernadetta Ambarita³

ABSTRACT

Background : according to the World Health Organization (WHO) estimates that there are 216 death of the mother of every 100,000 live births as a result of complications during pregnancy and childbirth 2015. Developing countries contribute around 90 % or 302.000 from all total maternal mother who is expected to occur in the year 2015. Indonesia including one satunegara developed as the highest contributor of maternal mortality rate in the world the

Purpose of : get real experience in implementing the midwifery nursery on Ny.N age 35 years P1A1 with post nevertheless spontaneously in the Clinic Assent March 2017 using midwifery Varney management approach.

Method : method for data collection which consists of primary data namely physical examination, interview and observation (vital sign and the state of the general).

The Result : Based on the results of an examination on Ny.N 35 years with post nevertheless spontaneously then conducted monitoring for 2 visits until the bleeding stopped. Midwives recommend mother so that consultation with specialist doctors of the womb.

The conclusion : Some Issues Resolved

Key Words : Pregnancy and Post Nevertheless Spontaneous

References : 13 frequency reference (2008-2017)

1. The title of the writing of the Case Study
2. Students Prodi D-III Midwifery STIKes Santa Elisabeth Medan
3. Lecturers STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatnya dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul “ Asuhan Kebidanan Pada Ny.N umur 35 tahun P₁A₁ dengan Post Abortus Spontan di Klinik Ridho Tahun 2017”. Karya tulis ini di buat sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi D-III Kebidanan.

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

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

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Studi D-III Kebidanan Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.Si.T., M.KM selaku, Kaprodi D-III Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Prodi D-III Kebidanan Santa Elisabeth Medan.
3. Bernadetta Ambarita, SST., M.Kesselaku dosen pembimbing penulis dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, yang telah banyak meluangkan waktunya dalam membimbing, melengkapi dan membantu penulis dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.
4. R.Oktaviance S, SST., M.Kes selaku penguji yang memberikan bimbingan nasehat, petunjuk dan meluangkan waktu untuk penulis dalam membimbing dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

5. Seluruh Staf Dosen dan Pegawai di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan selama menjalani pendidikan di program studi D-III Kebidanan.
6. Bidan Masdiar, AM.Keb yang telah bersedia memberikan kesempatan bagi penulis untuk melakukan penelitian di Klinik Ridho.
7. Kepada Ibu Nurshyah yang bersedia menjadi pasien penulis dan telah bersedia membantu penulis dalam memberikan informasi sesuai yang dibutuhkan.
8. Sr. Avelina, FSE selaku Ibu Asrama beserta para staf yang telah memberikan bimbingan dan doa selama penulis menjalani pendidikan.
9. Sembah sujud yang terkasih dan tersayang kepada Ayahanda tercinta Faduhusi Zendrato dan Ibunda tersayang Anna Siahaan yang memberikan motivasi, dukungan moril, material, doa serta yang tak terhingga karena telah membesarkan dan membimbing penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan baik.
10. Buat saudara-saudariku tersayang Jefri Zendrato, Irawan Zendrato, Veronika Zendrato, Risvi Zendrato dan juga Doni Harefayang telah memberikan dukungan penuh, motivasi, dan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dngan baik.
11. Rekan-rekan Mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan Angkatan XIV yang telah bersama-sama menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

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

Medan , Mei 2017

Penulis

(Yohana Permata Sari Zendrato)

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN CURICULUM VITAE.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix

BAB I. PENDAHULUAN

A.Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	5
C.Manfaat Penelitian.....	6

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

A.Kehamilan	8
B.Faktor-faktor yang mempengaruhi Kehamilan	13
C.Abortus.....	14
D.Pengertian Abortus Spontan	26
E.Proses Manajemen Kebidanan	42

BAB III.METODE STUDI KASUS 51

A.Jenis Studi	51
B.LokasiStudiKasus	51
C.SubjekStudiKasus	51
D.WaktuStudiKasus.....	51
E.InstrumenStudiKasus	51
F.TeknikPengumpulan Data	52
G.Alat-alatdanBahan Yang Dibutuhkan	54

BAB IV.TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....56

A.Tinjauan Kasus	56
B.Pembahasan.....	73

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN 77

DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA
2. Surat Permohonan Ijin Studi Kasus
3. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Pasien)
4. Surat Rekomendasi dari Klinik/Puskesmas/RS
5. Data Mentah dari Klinik
6. Daftar Tilik / Lembar Observasi
7. Daftar Hadir Observasi
8. Leaflet
9. Lembar Konsultasi

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

BAB I

PENDAHULUAN

A.Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) atau Maternal Mortality Rate (MMR) merupakan indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan ibu pada suatu wilayah. Kematian ibu adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah kehamilan akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera.

World Health Organization (WHO) memperkirakan terdapat 216 kematian ibu setiap 100.000 kelahiran hidup akibat komplikasi kehamilan dan persalinan tahun 2015. Jumlah total kematian ibu diperkirakan mencapai 303.000 kematian di seluruh dunia. MMR di negara berkembang mencapai 239/100.000 kelahiran hidup, 20 kali lebih tinggi dibandingkan negara maju. Negara berkembang menyumbang sekitar 90 % atau 302.000 dari seluruh total kematian ibu yang diperkirakan terjadi pada tahun 2015. Indonesia termasuk salah satu negara berkembang sebagai penyumbang tertinggi angka kematian ibu di dunia.

WHO memperkirakan di Indonesia terdapat sebesar 126 kematian ibu setiap 100.000 kelahiran hidup dengan jumlah total kematian ibu sebesar 6400 pada tahun 2015. Angka ini sudah terjadi penurunan dari angka kematian ibu menurut SDKI 2012 yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup.

Angka Kematian ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2014, 359 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi (AKB) 32 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan laporan profil kesehatan diperhitungkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Sumatera Utara hanya 7,6 per 1.000. Kelahiran hidup pada tahun 2015, AKI maternal yang dilaporkan di Sumatera Utara tahun 2015 hanya 106 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Sumatera Utara, 2015).

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan yang kurang dari 20 minggu atau berat janin yang kurang dari 500 gram.

Abortus yang berlangsung tanpa tindakan disebut abortus spontan, sedangkan abortus yang terjadi dengan sengaja dilakukan tindakan disebut abortus provokatus. Abortus provokatus ini dibagi dua kelompok yaitu abortus provokatus medisinalis dan abortus provokatus kriminalis. Disebut medisinalis bila didasarkan pertimbangan dokter untuk menyelamatkan ibu. Disini pertimbangan dilakukan oleh minimal 3 dokter spesialis yaitu spesialis kebidanan dan kandungan, spesialis penyakit dalam, dan spesialis jiwa. Bila perlu dapat ditambah pertimbangan oleh tokoh agama terkait. Setelah dilakukan terminasi kehamilan, harus diperhatikan agar ibu dan suaminya tidak terkena trauma psikis dikemudian hari.

Angka kejadian abortus sukar ditentukan karena abortus provokatus banyak yang tidak dilaporkan, kecuali bila sudah terjadi komplikasi. Abortus spontan dan tidak jelas umur kehamilannya, hanya sedikit memberikan gejala atau tanda sehingga biasanya ibu tidak melapor atau berobat. Sementara itu, dari

kejadian yang diketahui, 15-20 % merupakan abortus spontan atau kehamilan ektopik. Sekitar 5% dari pasangan yang mencoba hamil akan mengalami 2 keguguran yang berurutan, dan sekitar 1% dari pasangan mengalami 3 atau lebih keguguran yang berurutan.

Rata-rata terjadi 114 kasus abortus per jam. Sebagian besar studi menyatakan kejadian abortus spontan antara 15-20% dari semua kehamilan. Kalau dikaji lebih jauh kejadian abortus sebenarnya bisa mendekati 50%. Hal ini dikarenakan tingginya angka chemical pregnancy loss yang tidak bisa diketahui pada 2-4 minggu setelah konsepsi. Sebagian besar kegagalan kehamilan ini dikarenakan kegagalan gamet (misalnya sperma dan disfungsi oosit). Pada 1988 Wilcox dan kawan-kawan melakukan studi terhadap 221 perempuan yang diikuti selama 707 siklus haid total. Didapatkan total 198 kehamilan, dimana 43 (22%) mengalami abortus sebelum saat haid berikutnya.

Proporsi abortus di negara-negara berkembang meningkat dari tahun 1995 hingga tahun 2008, yaitu dari 78% menjadi 86%. Hal ini disebabkan karena proporsi kaum wanita yang tinggal di negara berkembang pada periode tersebut meningkat (Guttmacher Institute, 2013). Tingkat aborsi tahunan di Asia berkurang antara tahun 1995 dan 2003 dari 33 menjadi 29 aborsi per 1.000 wanita berusia 15 – 44 tahun. Di Asia Timur, tingkat aborsi diperkirakan pada tahun 2003 adalah 28 per 1.000 wanita usia subur. Di Selatan Asia Tengah, tingkat aborsinya adalah 27 per 1.000 wanita usia subur. Asia Tenggara merupakan daerah dengan tingkat aborsi tertinggi pada tahun 2003 yaitu 39 per 1.000 wanita usia subur. Tingkat

aborsi paling rendah di Asia Barat yaitu 24 per 1.000 wanita usia subur (Guttmacher Institute, 2013).

Berdasarkan Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS) 2007, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia adalah 228 per 100.000 kelahiran hidup. Menurut Report on the Achievement of the Millennium Development Goals Indonesia 2010, angka kematian ibu ini masih tinggi dan target yang diharapkan dapat dicapai tahun 2015 adalah angka kematian ibu menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup. Menurut Direktur penelitian Women Research Institute Edriana Noerdin, penyebab utama angka kematian ibu di Indonesia, yaitu perdarahan dan infeksi (Direktorat Kesehatan Ibu, 2010-2013).

Salah satu penyebab kedua hal ini adalah abortus. 15 persen aborsi di Indonesia dilakukan oleh perempuan berusia di bawah 20 tahun dan sekitar 2,3 juta aborsi terjadi setiap tahun di Indonesia. Sebanyak 1 juta keguguran spontan, 700 ribu karena kehamilan tidak diinginkan dan 600 ribu karena kegagalan keluarga berencana (Nugroho Taufan, 2010). Aborsi memiliki risiko penderitaan yang berkepanjangan terhadap kesehatan maupun keselamatan hidup seorang wanita. Tidak benar jika dikatakan bahwa seseorang yang melakukan aborsi ia ” tidak merasakan apa-apa dan langsung boleh pulang “.

Risiko kesehatan dan keselamatan fisik yang akan dihadapi seorang wanita pada saat melakukan aborsi dan setelah melakukan aborsi menurut (Brian Clowes, 1994) adalah Kematian mendadak karena pendarahan hebat, kematian mendadak karena pembiusan yang gagal, kematian secara lambat akibat infeksi serius disekitar kandungan, rahim yang sobek (Uterine Perforation), kerusakan leher

rahim (Cervical Lacerations) yang akan menyebabkan cacat pada anak berikutnya, kanker payudara (karena ketidakseimbangan hormon estrogen pada wanita), kanker indung telur (Ovarian Cancer), kanker leher rahim (Cervical Cancer), kanker hati (Liver Cancer), kelainan pada ari-ari (Placenta Previa) yang akan menyebabkan cacat pada anak berikutnya dan pendarahan hebat pada kehamilan berikutnya, menjadi mandul/tidak mampu memiliki keturunan lagi (Ectopic Pregnancy), infeksi rongga panggul (Pelvic Inflammatory Disease), infeksi pada lapisan rahim (Endometriosis)

Berdasarkan data yang diperoleh diklinik Ridho Pancing jumlah ibu pada bulan maret 2017 yaitu dari pemeriksaan kurang lebih 20 ibu hamil diantaranya ada 1 (satu) ibu hamil yang mengalami abortus spontan. Abortus (keguguran) merupakan salah satu penyebab perdarahan yang terjadi pada kehamilan trimester pertama dan kedua. Perdarahan ini dapat menyebabkan berakhirnya kehamilan atau kehamilan terus berlanjut. Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk melakukan manajemen "Asuhan kebidanan pada Ny.N umur 35 tahun P₁A₁ dengan post abortus spontan di klinik Ridho tanggal 25 Maret 2017".

B.Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan hasil "Asuhan Kebidanan Pada Ny.N Umur 35 Tahun P₁A₁ dengan Post Abortus Spontan di Klinik Ridho". Sesuai dengan teori manajemen kebidanan yang diaplikasikan dalam asuhan kebidanan dengan metode tujuh langkah Helen Varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan data subjektif dan objektif pasien Ny. N umur 35 tahun dengan Post Abortus Spontan di Klinik Ridho.
- b. Mendeskripsikan diagnose pada Ny. N umur 35 tahun dengan Post Abortus Spontan Di Klinik Ridho.
- c. Mendeskripsikan masalah potensial yang akan terjadi pada Ny. N umur 35 tahun dengan Post Abortus Spontan Di Klinik Ridho.
- d. Melakukan tindakan penatalaksanaan pada Ny. N umur 35 tahun dengan Post Abortus Spontan Di Klinik Ridho.
- e. Mengevaluasi tindakan yang sudah diberikan pada Ny. N umur 35 tahun dengan Post Abortus Spontan Di Klinik Ridho.
- f. Menganalisa kesenjangan yang terjadi antara konsep dasar teori dengan aplikasi asuhan kebidanan pada Ny. N umur 35 tahun dengan Post Abortus Spontan Di Klinik Ridho.
- g. Menganalisa Alternatif pemecahan masalah jika terdapat kesenjangan pada asuhan kebidanan pada Ny. N umur 35 tahun dengan Post Abortus Spontan Di Klinik Ridho.

C. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Dengan mempelajari teori penulis dapat mengerti tentang penanganan dan pencegahan kegawat daruratan pada maternal dan neonatal dalam kasus post

abortus spontan dan dapat melakukannya dilapangan kerja serta dapat meningkatkan pelayanan kesehatan serta menurunkan angka kematian pada ibu.

2.Praktis

a. Institusi Program Studi D- III Kebidanan

Setelah disusunnya karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai keefektifan proses belajar dapat ditingkatkan. Serta lebih meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengetahuan mahasiswa dalam hal penanganan kasus abortus. Dan juga dapat menerapkan dan mengaplikasikan hasil dari studi yang telah didapat pada lahan kerja. Selain itu diharapkan juga dapat menjadi sumber ilmu dan bacaan yang dapat memberi informasi terbaru serta menjadi sumber refrensi yang dapat digunakan sebagai pelengkap dalam pembuatan tugas akhir berikutnya.

b.Institusi Kesehatan (BPS)

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan agar lebih meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan, khususnya pada kasus post abortus spontan dan di klinik Ridho dapat lebih meningkatkan kualitas pelayanan secara komprehensif khususnya dalam menangani kasus post abortus spontan, sehingga AKI dapat diturunkan.

3.Bagi Klien

Sebagai pengetahuan bagi klien bagaimana mengenali kasus post abortus spontan pada ibu hamil.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum yang dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender Internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga ke-40) (Sarwono, 2010).

2. Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Fauziyah 2016, tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

a). Tanda Tidak Pasti (Presumptive Sign)

Tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang dirasakan oleh wanita hamil. Tanda tidak pasti ini terdiri atas hal-hal berikut :

1). Amenorrhoe (tidak mendapat haid)

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus dari Naegele.

$$\text{TTP} = (\text{Hari} + 7) \text{ dan } (\text{Bulan} - 3) \text{ dan } (\text{tahun} + 1)$$

2). *Nause* (mual) dan *emesis* (muntah)

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Krena sering terjadi pada pagi hari, disebut *morning sickness*. Apabila timbul mual dan muntah berlebihan karena kehamilan, disebut *hiperemesis gravidarum*.

3). Mengidam (menginginkan makanan atau minuman tertentu)

Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama. Mereka juga tidak tahan suatu bau-bauan.

4). *Syncope* (Pingsan)

Jika berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat, seorang wanita yang sedang hamil dapat pingsan.

5). Kelelahan/ *fatigue*

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme pada kehamilan, yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

a. Payudara membesar, tegang dan sedikit nyeri

Disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara. Kelenjar Montgomery terlihat lebih membesar.

b.Konstipasi/obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (otot menuruni) sehingga kesulitan untuk BAB.

c.Miksi sering

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi dan pada triwulan kedua gejala ini akan berkurang karena uterus membesar keluar dari rongga panggul.

e.Pigmentasi kulit

Disebabkan pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit, dijumpai pada muka (cloasma gravidarum), pada dinding perut (striae livide, striae nigra, linea nigra), dan pada areola mammae.

b).Tanda-tanda kemungkinan hamil (Ari Sulistyawati, 2009)

Tanda kemungkinan adalah perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil. Tanda kemungkinan hamil ini terdiri atas hal-hal berikut :

1).Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, konsistensi dari rahim.

2).Tanda Chadwick

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks.

3).Tanda Piscaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

4).Tanda Hegar

Pelunakan kompresibilitas ismu serviks sehingga ujung-ujung jari seakan dapat ditemukan apabila ismus ditekan dari arah yang berlebihan.

5).Tanda Goodell

Serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak.

6).Tanda Braxton-Hicks

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya aktomiosindi dalam otot uterus.

7).Teraba Ballotement

Ketukan mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.

8).Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif

Pemeriksaan ini untuk mendeteksi adanya hormon Human Chorionic Gonadotropin (hCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi di peredaran darah ibu (pada plasma darah) dan di ekskresi pada urine ibu.

c).Tanda-tanda pasti hamil (Fauziyah 2016)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa. Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut :

1).Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

2).Denyut jantung janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stetoskop Laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

3).Bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

4).Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

3.Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kehamilan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu :

a). Faktor fisik

Menurut Sulistyawati (2009), faktor fisik yang mempengaruhi kehamilan adalah sebagai berikut :

1). Segi negatif kehamilan di usia tua.

- Kondisi fisik ibu hamil dengan usia lebih dari 35 tahun akan sangat menentukan proses kelahirannya. Hal ini pun turut memengaruhi kondisi janin.
- Pada proses pembuahan, kualitas sel telur wanita usia ini sudah menurun jika dibandingkan dengan sel telur pada wanita dengan usia reproduksi sehat (25-30). Jika pada proses pembuahan, ibu mengalami gangguan sehingga menyebabkan terjadinya gangguan pertumbuhan dan perkembangan buah kehamilan, maka kemungkinan akan menyebabkan terjadinya *Intra-uterine Growth Retardation* (IUGR) yang berakibat Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)
- Kontraksi uterus juga sangat dipengaruhi oleh kondisi fisik ibu. Jika ibu mengalami penurunan kondisi, terlebih pada primipara (hamil pertama dengan usia ibu lebih dari 40 tahun) maka keadaan ini harus benar-benar diwaspadai.

2). Segi positif hamil diusia tua

- Kepuasan peran sebagai ibu
- Merasa lebih siap

- Pengetahuan mengenai perawatan kehamilan dan bayi lebih baik.
- Rutin melakukan pemeriksaan kehamilan
- Mampu mengambil keputusan
- Karir baik, status ekonomi lebih baik
- Perkembangan intelektual anak lebih tinggi
- Periode menyusui lebih lama
- Toleransi pada kelahiran lebih besar.

b. Kehamilan Multipel

Pada kasus Multipel (kehamilan lebih dari satu janin) biasanya kondisi ibu lemah. Ini disebabkan oleh adanya beban ganda yang harus ditanggung, baik dari pemenuhan nutrisi, oksigen, dan lain-lain. Biasanya kehamilan multipel mengidentifikasi adanya beberapa penyulit proses persalinannya, sehingga persalinan operatif (*sectio caesaria*) lebih dipertimbangkan. Dengan demikian jika dilihat dari segi biaya, proses persalinan dari kehamilan multipel akan lebih tinggi jika dibandingkan dengan kehamilan tunggal, mengingat adanya kemungkinan terjadinya persalinan secara SC. Selain itu resiko adanya kematian dan cacat harus juga dipertimbangkan.

c. Kehamilan dengan HIV

Pada kehamilan dengan ibu mengidap HIV, janin akan menjadi sangat rentan terhadap penularan selama kehamilannya, Virus HIV kemungkinan besar akan ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi.

d. Status Gizi

Selama proses kehamilan, bayi sangat membutuhkan zat-zat penting yang hanya dapat dipenuhi dari ibu. Penting bagi bidan untuk memberikan informasi ini kepada ibu karena terkadang pasien kurang memperhatikan kualitas makanan yang dikonsumsi. Biasanya masyarakat di era sekarang ini lebih mementingkan selera dengan mengabaikan kualitas makanan yang dikonsumsi.

e. Gaya hidup

Selain pola makan yang dihubungkan dengan gaya hidup masyarakat, ternyata masih ada beberapa gaya hidup lain yang cukup merugikan kesehatan seorang wanita hamil. Misalnya kebiasaan begadang, bepergian jauh dengan berkendara motor dan lain-lain. Gaya hidup yang seperti ini akan mengganggu kesejahteraan bayi yang di kandungnya karena kebutuhan istirahat mutlak harus dipenuhi.

f. Perokok/Alkoholik

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan dirinya dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok dapat ditransfer lewat plasenta ke dalam tubuh bayi sehingga menimbulkan resiko keguguran, kelahiran prematur, BBLR, bahkan kematian janin.

g. Hamil diluar nikah/kehamilan yang tidak diharapkan

Jika kehamilan tidak diharapkan, maka secara otomatis ibu akan sangat membenci kehamilannya, sehingga tidak ada keinginan dari ibu untuk melakukan hal-hal positif yang dapat meningkatkan kesehatan bayinya.

h. Faktor psikologis

Menurut Pantiwati dan Saryono (2010), pada peristiwa kehamilan merupakan suatu rentang waktu, dimana tidak hanya terjadi perubahan fisiologi tetapi juga terjadi perubahan psikologis yang memerlukan penyesuaian emosi, pola pikir dan perilaku yang berlanjut hingga bayi lahir.

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Menurut Marjati 2014, janin akan berkembang dari *innercell mass*. Terdapat 3 masa dalam pertumbuhan janin yaitu sebagai berikut,

a. Masa Pre-embrionik

Berlangsung selama 2 minggu setelah terjadinya fertilisasi. Terjadi proses pembelahan sampai dengan nidasi. Kemudian bagian *inner-cell mass* akan membentuk 3 lapisan utama yaitu Ektoderm, melapisi *cavitas amniotica*, merupakan lapisan sel tunggal yang bertanggung jawab atas pertumbuhan kulit, rambut, kuku, jaringan syaraf, alat indra, kelenjar ludah, *cavitas nasi*, bagian bawah *canalis analis*, *traktus digestivus*, hepar, pankreas, laring, trakea, paru, vesika urinaria, dan uretra: serta Mesoderm, lapisan jaringan selain ektoderm dan endoderm yang berasal dari *inner-cell mass*, terletak disekitar cakram embrio, menghasilkan sistem sirkulasi dan limfatik, tulang, otot, ginjal, ureter, organ genitalian, dan jaringan subkutan

b. Masa Embrionik

Berlangsung sejak 2-8 minggu. Sistem utama di dalam tubuh telah ada dalam bentuk rudimeter (mengecil, menciut, dan akhirnya menghilang). Jantung menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut. Sering kali disebut masa organogenesis

atau masa pembentukan organ. Sebagai akibat pembentukan organ, maka ciri-ciri utama bentuk tubuh mulai jelas.

c. Masa Fetal

Berlangsung setelah minggu ke-8 sampai dengan bayi lahir. Berikut perkembangan yang terjadi tiap bulan :

Minggu ke-12 : Panjang tubuh kira-kira 9 cm, berat 14 gram; sirkulasi fetal telah berfungsi terdapat refleks menghisap dan menelan; genitalia eksterna telah tampak dan dapat ditetapkan jenis kelaminnya.

Minggu ke-16 : Panjang badan kira-kira 16 cm, berat 100 gr; kulit sangat tembus pandang/transparan sehingga vasa darah terlihat; deposit lemak subkutan terjadi; rambut mulai tumbuh pada kepala; dan lanugo mulai tumbuh pada tubuh.

Minggu ke-20 : Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh panjang badan; gambaran wajah telah nyata dengan telinga yang terletak pada tempatnya yang normal; kelopak mata (palpebra), alis mata, dan kuku telah tumbuh sempurna; skleton terlihat pada pemeriksaan sinar-X; Kelenjar minyak telah aktif dan verniks kaseosa akan melapisi tubuh fetus; gerakan janin dapat dirasakan oleh ibu setelah kehamilan minggu ke-18; traktus renalis mulai berfungsi dan sebanyak 7-17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.

Minggu ke-24 : Kulit sangat berkeriput karena terlalu sedikit lemak subkutan; lanugo menjadi lebih gelap dan verniks kaseosa meningkat. Dari

minggu ke-24 dan seterusnya, fetus akan menyepak dalam merespons rangsangan (stimulus), misalnya bising yang keras dari luar. Bayi tampak tenang apabila ibu mendengarkan musik yang tenang dan merdu.

Minggu ke-32 : Lanugo mulai berkurang, tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan di sana, testis terus turun.

Minggu ke-36 : Lanugo sebagian besar telah terkelupas, tetapi kulit masih tertutup verniks kaseosa; testis fetus laki-laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke-36; ovarium perempuan masih berada disekitar kavitas pelvis; kuku jari tangan dan kaki mencapai ujung jari, umbilikus sekarang terletak lebih di pusat abdomen.

Minggu ke-40 : Penulangan (osifikasi) tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan lewatnya fetus melalui jalan lahir; sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan dan fetus mendapatkan tambahan berat badan hampir 1 kg pada minggu tersebut.

Saat Lahir : Kebanyakan sistem pada bayi masih imatur, tetapi :

1. Fetus mampu bergerak
2. Fetus dapat bernafas dan menangis kuat
3. Fetus ingin minum ASI
4. Dalam gerakannya pada saat lahir, fetus mengeluarkan urine dan mekonium.
5. Fetus memperlihatkan respon terhadap rangsangan

B.Abortus

1). Pengertian Abortus

Abortus merupakan ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram, (Prawirohardjo, 2009). Perdarahan ini dapat menyebabkan berakhirnya kehamilan atau kehamilan terus berlanjut. Secara klinis, 10-15% kehamilan yang terdiagnosis berakhir dengan abortus (Wiknjosastro, 2010). Pada periode 2004 sampai dengan 2007 terjadi penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dari 307 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup. Upaya penurunan AKI harus difokuskan pada penyebab langsung kematian ibu, yang terjadi 90% pada saat persalinan dan segera setelah persalinan, yaitu perdarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium 8%, partus macet 5%, abortus 5%, trauma obstetrik 5%, emboli 3%, dan lain-lain 11%. (Saiffudin, 2009).

Abortus atau keguguran adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat bertahan hidup, yaitu sebelum kehamilan berusia 22 minggu atau berat janin belum mencapai 500 gram. Abortus biasanya ditandai dengan terjadinya perdarahan pada wanita yang sedang hamil, dengan adanya peralatan USG, sekarang dapat diketahui bahwa abortus dapat dibedakan menjadi 2 jenis, yang pertama adalah abortus karena kegagalan perkembangan janin dimana gambaran USG menunjukkan kantong kehamilan yang kosong, sedangkan jenis yang kedua adalah abortus karena kematian janin, dimana janin tidak

menunjukkan tanda-tanda kehidupan seperti denyut jantung atau pergerakan yang sesuai dengan usia kehamilan (obstetric patologi FK UNPAD).

Sampai saat ini janin yang terkecil yang dilaporkan dapat hidup diluar kandungan, mempunyai berat badan 297 gram waktu lahir, akan tetapi karena janin yang dilahirkan dengan berat badan dibawah 500 gram dapat hidup terus maka definisi abortus yaitu : berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada waktu sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu hidup diluar kandungan (Sarwono, 2008).

“*Aborsi*” adalah istilah biasa yang digunakan untuk menunjukkan penghentian kehamilan. “*Abort*” berarti “mengakhiri” dan aborsi berguna untuk mengakhiri kehamilan . Aborsi mungkin direncanakan dan terjadi secara spontan. Ketika kehamilan tidak direncanakan dan terjadi secara spontan. Ketika kehamilan tidak mampu diteruskan, hasilnya adalah aborsi spontan, juga dinamakan keguguran. Keguguran dapat ditandai oleh terjadinya pendarahan yang hebat dari vagina dan mungkin membutuhkan pertolongan secara medis. Aborsi biasanya dilakukan oleh dokter/ bidan/dukun, lebih disukai selama tiga bulan pertama dari kehamilan.

2). Etiologi

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan abortus (Lia Yulianti, 2013) antara lain:

a).Faktor janin

Faktor janin penyebab keguguran adalah kelainan genetik, dan ini terjadi 50-60% kasus keguguran, faktor kelainan yang paling sering dijumpai pada

abortus adalah gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin atau plasenta, kelahiran tersebut biasanya menyebabkan abortus pada trimester pertama, yakni:

- 1). Kelainan telur, telur kosong (blighted ovum), kerusakan embrio, atau kelainan kromosom, (monosomi, trisomi, atau poliploid).
- 2). Embrio dengan kelainan lokal
- 3). Abnormalitas pembentukan plasenta (hipoplasia trofoblas).

b. Faktor ibu :

- 1).Kelainan endokrin (hormonal) misalnya kekurangan tiroid,kencing manis
- 2).Faktor kekebalan (imunologi), misalnya pada penyakit lupus, Anti Phospholipid syndrome
- 3).Infeksi, diduga akibat beberapa virus seperti cacat air, campak jerman, toksoplasma, herpes, klamidia.
- 4).Kelemahan otot leher rahim
- 5).Kelainan bentuk rahim

c).Faktor Bapak : Kelainan kromosom dan infeksi sperma diduga dapat menyebabkan abortus

d).Faktor genetik : sekitar 5% abortus terjadi karena faktor genetik. Paling sering ditemukannya kromosom trisomi dengan trisomi 16. Penyebab yang paling sering menimbulkan abortus spontan adalah abnormalitas kromosom pada janin. Lebih dari 60% abortus spontan yang terjadi pada trimester pertama

menunjukkan beberapa tipe abnormalitas genetik. Abnormalitas genetik yang paling sering terjadi adalah aneuploidi (abnormalitas Komposisi Kromosom) contohnya trisomi autosom yang menyebabkan lebih dari 50% abortus spontan. Poliploidi menyebabkan sekitar 22% dari abortus spontan yang terjadi akibat kromosom. Sekitar 3-5% pasangan yang memiliki riwayat abortus spontan yang berulang salah satu dari pasangan tersebut membawa sifat kromosom yang abnormal. Identifikasi tersebut membawa sifat kromosom yang abnormal. Identifikasi dapat dilakukan dengan kariotipe dimana bahan pemeriksaan diambil dari darah tepi pasangan tersebut. Tetapi tentunya pemeriksaan ini belum berkembang di Indonesia dan biayanya cukup tinggi.

- e). Faktor anatomi kogenital dan didapat pernah dilaporkan timbul pada 10-15% wanita dengan abortus spontan yang rekuren. Lesi anatomi kogenital yaitu kelainan duktus mullerian (uterus bersepta). Duktus mullerian biasanya ditemukan pada keguguran trimester ke dua: Kelainan kogenital arteri uterina yang membahayakan aliran darah endometrium: Kelainan yang didapat misalnya adhesi intrauterine (synechia), leiomioma, dan endometriosis. Abnormalitas anatomi maternal yang dihubungkan dengan kejadian abortus spontan yang berulang termasuk inkompetensi serviks, kongenital dan efek uterus yang didapatkan (acquired). Melformasi kongenital termasuk fusi duktus mulleri yang inkomplit yang dapat menyebabkan uterus unikornus, bikornus, atau uterus ganda. Efek pada uterus yang acquired yang sering dihubungkan dengan kejadian abortus spontan berulang termasuk perlengketan uterus atau sinekia dan leiomioma. Adanya kelainan anatomis ini dapat diketahui dari

pemeriksaan ultrasonografi (USG), histerosalfingografi (HSG), histeroskopi dan laparoskopi (prosedur diagnostik).

f).Pemeriksaan yang dapat dianjurkan kepada pasien ini adalah pemeriksaan USG dan HSG. Dari pemeriksaan USG sekaligus juga dapat mengetahui adanya suatu mioma terutama jenis submukosa. Mioma submukosa merupakan salah satu faktor mekanik yang dapat mengganggu implantasi hasil konsepsi. Jika terbukti adanya mioma pada pasien ini maka perlu dieksplorasi lebih jauh mengenai keluhan dan harus dipastikan apakah mioma ini berhubungan langsung dengan adanya ROB pada pasien ini. Hal ini penting karena mioma yang mengganggu mutlak dilakukan operasi.

g).Faktor endoktrin : (a) Faktor endoktrin berpotensi menyebabkan aborsi pada sekitar 10-20% kasus; (b) insufisiensi fase luteal (fungsi korpus luteum yang abnormal dengan tidak cukupnya produksi progesteron) ; (c) Hipotiroidisme, Hipoprolaktinemia, diabetes dan sindrom polistik ovarium merupakan faktor kontribusi pada keguguran.

h).Kenaikan insiden abortus bisa disebabkan oleh hipertiroidismus, diabetes melitus dan defisiensi progesteron. Hipotiroidismus tampaknya tidak berkaitan dengan kenaikan insiden abortus. Pengendalian glukosa yang tidak adekuat dapat menaikkan insiden abortus. Defisiensi progesteron karena kurangnya sekresi hormon tersebut dan korpus luteum atau plasenta, mempunyai kaitan dengan kenaikan insiden abortus. Karena progesteron berfungsi mempertahankan desidua, defisiensi hormon tersebut secara teoritis akan

mengganggu nutrisi pada hasil konsepsi dan dengan demikian turut berperan dalam peristiwa kematiannya.

i).Faktor infeksi, infeksi termasuk infeksi yang diakibatkan oleh TORCH (Toksoplasma, Rubella, Cytomegalovirus) dan malaria. Infeksi intrauterine sering dihubungkan dengan abortus spontan berulang. Organisme-organisme yang sering diduga sebagai penyebab antara lain Chlamydia, Ureaplasma, Mycoplasma, Cytomegalovirus, Listeria monocytogenes dan Toxoplasma gondii. Infeksi aktif yang menyebabkan abortus spontan berulang masih belum dibuktikan. Namun untuk lebih memastikan penyebab, dapat dilakukan pemeriksaan kultur yang bahnnya diambil dari cairan pada servikal dan endometrial.

j).Faktor imunologi : Terdapat antibodi kardiolidip yang mengakibatkan pembekuan darah dibelakang ari-ari sehingga mengakibatkan kematian janin karena kurangnya aliran darah dari ari-ari tersebut. Faktor imunologis yang telah terbukti signifikan dapat menyebabkan abortus spontan yang berulang antara lain : antibodi antinuiclear,antikoagulan lupus dan antibodi cardiolipm. Adanya penanda ini meskipun gejala klinis tidak tampak dapat menyebabkan abortus spontan yang berulang, Inkompatibilitas golongan darah A, B, O dengan reaksi antigen antibodi dapat menyebabkan abortus berulang, karena pelepasan histamin mengakibatkan vasodilatasi dan peningkatan fragilitas kapiler.

k).Penyakit-penyakit kronis yang melemahkan, pada awal kehamilan lain, penyakit-penyakit kronis yang melemahkan keadaan ibu, misalnya penyakit

tuberkulosis atau karsinomatosis jarang menyebabkan abortus, sebaliknya pasien penyakit tersebut sering meninggal dunia tanpa melahirkan. Adanya penyakit kronis (diabetes mellitus, hipertensi kronis, penyakit liver/ginjal kronis). Dapat diketahui lebih mendalam melalui anamnesa yang baik. Penting juga diketahui bagaimana perjalanan penyakitnya jika memang pernah menderita infeksi berat, seperti apakah telah diterapi dengan tepat dan adekuat. Untuk eksplorasi kausa, dapat dikerjakan beberapa pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan gula darah, tes fungsi hati dan tes fungsi ginjal untuk menilai apakah ada gangguan fungsi hepar dan ginjal atau diabetes mellitus kemudian dapat menimbulkan gangguan pada kehamilan seperti persalinan prematur.

l).Faktor nutrisi, malnutrisi umum yang sangat berat memiliki kemungkinan yang paling besar menjadi predisposisi abortus. Meskipun demikian, belum ditentukan bukti yang menyatakan bahwa defisiensi adalah satu/semua nutrien dalam makanan merupakan suatu penyebab abortus yang penting.

m).Obat-obatan tradisional dan toksin lingkungan, peranan penggunaan obat-obatan rekreasional tertentu yang dianggap teratogenik harus dicari dan anamnesa seperti tembakau dan alkohol, yang berperan karena jika ada mungkin hal ini merupakan salah satu yang berperan.

n).Faktor psikologis, dibuktikan bahwa ada hubungan antara abortus yang berulang dengan keadaan mental akan tetapi belum dapat dijelaskan sebabnya.

Yang peka terhadap terjadinya abortus ialah wanita yang belum matang secara emosional dan sangat penting dalam menyelamatkan kehamilan. Usaha-usaha

dokter untuk mendapat kepercayaan pasien, dan menerangkan segala sesuatu kepadanya, sangat membantu.

Pada penderitaan ini, penyebab yang menetap pada terjadinya abortus spontan yang berulang masih belum dapat dipastikan. Akan lebih baik bagi penderita untuk melakukan pemeriksaan lengkap dalam usaha mencari kelainan yang mungkin menyebabkan abortus yang berulang tersebut, sebelum penderita hamil guna mempersiapkan kehamilan yang berikutnya.

Disamping pemeriksaan umum, perhatikan gizi dan bentuk badan penderita. Selama itu perlu dilakukan pula pemeriksaan suami-istri, antara lain pemeriksaan darah dan urin yang rutin, pemeriksaan golongan darah dan faktor Rhesus, pada istri dibuat kurva harian glukosa darah, diperiksa fungsi tiroid dan pada suami diperiksa sperma.

Pada penderita ini sangat dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan ultrasonografin dan histerosalingografi, karena dengan melakukan pemeriksaan ini dapat diketahui apakah ada kelainan anatomis pada uterus.

Faktor genetik dan faktor malfungsi endometriuni menyebabkan abortus dalam trimester pertama dan kelainan anatomis menjadi sebuah abortus dalam trimester kedua atau lebih. Jika pada penderita dengan abortus spontan berulang ditemukan kelainan bawaan seperti uterus bikomis atau uterus septus dan belah diyakinkan tidak ada faktor lain yang menyebabkan, dapat dilakukan operasi plastik pada uterus seperti operasi menurut Strassnien. Pada inkompetensi serviks dapat dilakukan prosedur cerclage (penjahitan benang melingkar) untuk

menguatkan serviks harus ditunda sampai sesudah kehamilan berusia 14 minggu, sehingga abortus dini yang disebabkan oleh faktor-faktor lain telah disingkirkan.

Pada kehamilan selanjutnya, selain terapi yang bersifat kausal, maka penderita dengan abortus spontan yang berulang, perlu mendapat perhatian yang khusus. Dianjurkan kepada penderita untuk banyak istirahat namun hal ini tak berarti bahwa ia harus selalu berada di tempat tidur, akan tetapi perlu dicegah usaha-usaha yang melelahkan. Pada kehamilan muda sebaiknya jangan bersenggama. Nutrisi makanan harus adekuat mengenai protein, karbohidrat, mineral dan vitamin. Khusus dalam masa organogenesis pemberian obat-obat harus dibatasi, dan obat-obat yang bersifat teratogenik tidak boleh diberikan. Faktor emosional memegang peranan sangat penting, pengaruh dokter sangat besar dalam mengatasi ketakutan dan keresahan.

Terapi hormonal umumnya tidak diperlukan, kecuali jika ada gangguan fungsi thyroid atau gangguan fase luteal. Persiapan ibu dan keluarga untuk kehamilan selanjutnya antara lain setelah terjadi abortus dan kuratase pasien dapat segera hamil tetapi harus melalui pantang berhubungan selama 2 minggu setelah kuratase dan menghindari aktivitas berat. Selain itu dalam mempersiapkan kehamilan yang sehat penderita disarankan untuk selalu mengkonsumsi makanan yang bergizi serta konsumsi vitamin yang dapat menguatkan kandungan serta istirahat yang cukup dan menghindari stres fisik dan emosional.

3).Patofisiologis

Menurut (Ai Yeyeh, 2013), patofisiologi terjadinya keguguran mulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta, yang menyebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan O₂.

Pengeluaran tersebut dapat terjadi spontan seluruhnya atau sebagian masih tertinggal, yang menyebabkan berbagai penyulit. Oleh karena itu keguguran memberikan gejala umum sakit perut karena kontraksi rahim, terjadi perdarahan, dan disertai pengeluaran seluruh atau sebagian hasil konsepsi.

Bentuk perdarahan bervariasi diantaranya :

- a. Sedikit-sedikit dan berlangsung lama
- b. Sekaligus dalam jumlah besar dapat disertai gumpalan
- c. Akibat perdarahan, dapat menimbulkan syok, nadi meningkat, tekanan darah turun, tampak anemis dan daerah ujung (akral) dingin.

4. Klasifikasi serta tanda-tandanya

Sarwono (2008) membagi abortus menjadi beberapa klasifikasi yaitu :

a.Abortus spontan

Abortus yang terjadi tanpa tindakan mekanis atau medis untuk mengosongkan uterus, maka abortus tersebut dinamai abortus spontan. Kata lain yang luas digunakan adalah keguguran (Miscarriage).

b. Abortus imminens (keguguran mengancam)

Peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih dalam uterus, dan tanpa adanya dilatasi serviks.

c. Abortus incipiente (keguguran berlangsung)

Peristiwa perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat, tetapi hasil konsepsi masih dalam uterus. Dalam hal ini rasa mules menjadi lebih sering dan kuat, perdarahan bertambah.

d. Abortus incomplet (keguguran tidak lengkap)

Pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vaginal, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang - kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternu.

e. Abortus complete (keguguran lengkap)

Perdarahan pada kehamilan muda di mana seluruh hasil konsepsi telah dikeluarkan dari kavum uteri. Seluruh buah kehamilan telah dilahirkan dengan lengkap.

f. Abortus infeksiosa dan Abortus septik

Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai infeksi pada genitalia, sedangkan abortus septik adalah abortus infeksiosa berat dengan penyebaran kuman atau toksinnya ke dalam peredaran darah atau peritoneum. Ditemukan

pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan aseptis dan antisepsis.

g. Missed abortion (retensi janin mati)

Kematian janin sebelum berusia 20 minggu, tetapi janin yang mati tertahan di dalam kavum uteri tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.

h. Abortus habitualis

Keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, tetapi kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

i. Abortus provokatus

Abortus terinduksi adalah terminasi kehamilan secara medis atau bedah sebelum janin mampu hidup.

C. Pengertian Abortus Spontan

Abortus spontan adalah setiap kehamilan yang berakhir secara spontan sebelum janin dapat bertahan. Organisasi kesehatan dunia mendefinisikan sebagai embrio atau janin seberat 500 gram atau kurang, yang biasanya sesuai dengan usia janin (usia kehamilan) dari 20 hingga 22 minggu atau kurang.

Abortus spontan terjadi sekitar 15% sampai 20% dari seluruh kehamilan yang diakui, dan biasanya terjadi sebelum usia kehamilan memasuki minggu ke-13.

Penelitian telah mampu menunjukkan bahwa 60% sampai 70% dari seluruh kehamilan (diakui dan tidak diakui) hilang. Karena terjadi begitu awal, abortus spontan terjadi tanpa diketahui wanita tersebut pernah hamil. Dari abortus

spontan yang terjadi sebelum minggu ke-8, 30% janin tidak berhubungan dengan plasenta. Kondisi ini disebut blighted ovum. (Yulia Fauziyah, 2016).

Seperti dijelaskan di atas, beberapa abortus spontan terjadi sebelum wanita mengetahui bahwa mereka hamil. Sekitar 15% dari telur yang dibuahi hilang sebelum telur bahkan memiliki kesempatan untuk menanamkan (embed) sendiri didinding rahim. 15% lainnya dari abortus spontan terjadi sebelum usia kehamilan delapan minggu. Setelah fungsi jantung janin terdeteksi pada kehamilan tertentu, kemungkinan abortus spontan kurang dari 5%. Seorang wanita yang mungkin menunjukkan tanda-tanda kehamilannya sebagai abortus spontan (seperti perdarahan vagina) di sebut sebagai “Abortus Terancam”. (Yulia Fauziyah, 2016).

1.Etiologi

Menurut Yulia Fauziyah 2016, penyebab abortus spontan tidak terlalu bisa ditentukan. Yang paling umum diketahui penyebab abortus spontan pada trimester 1 adalah kelainan kromosom, penyakit kolagen vaskuler (seperti lupus), diabetes, masalah hormonal lain. Infeksi, dan bawaan (hadir sejak lahir), kelainan rahim. Kelainan kromosom pada janin adalah penyebab paling umum dari abortus spontan dini, termaksud *blighted ovum*.

a.Kelainan Kromosom

Kromosom adalah kompoten mikroskopis dari setiap sel dalam tubuh yang membawa semua bahan genetik yang menentukan warna rambut, warna mata, dan tampilan secara keseluruhan dan tata rias. Kromosom ini duplikat diri mereka sendiri dan membagi berkali-kali selama proses perkembangan,

dan banyak titik disepanjang jalan dimana masalah dapat terjadi. Kelainan genetik tertentu dikenal umum dipasangan yang mengalami abortus spontan berulang. Ciri-ciri genetik dapat diambil oleh tes darah sebelum mencoba untuk hamil.

b. Penyakit Kolagen Vaskular

Penyakit kolagen vaskular adalah penyakit dimana sistem kekebalan tubuh sendiri menyerang organ mereka sendiri (autoimun). Penyakit tersebut dapat berpotensi sangat serius, baik selama atau antara kehamilan. Pada penyakit ini, seorang wanita membuat antibodi untuk jaringan tubuhnya sendiri. Contoh penyakit kolagen vaskuler berhubungan dengan peningkatan resiko abortus spontan adalah *lupus eritematosus sistemik*, dan sindrom antibodi antifosfolipid. Tes darah dapat mengkonfirmasi adanya antibodi abnormal dan digunakan dalam diagnosis kondisi ini.

c. Diabetes

Diabetes umumnya dapat dikelola dengan baik selama kehamilan, jika dikontrol dengan baik. Namun jika diabetes yang kurang terkontrol, tidak hanya merupakan resiko abortus spontan lebih tinggi, tetapi bayi bisa memiliki cacat lahir. Masalah lain juga dapat terjadi dalam kaitannya dengan diabetes selama kehamilan. Kontrol gula darah yang baik selama kehamilan sangat penting.

d. Faktor Hormonal

Faktor hormonal dapat dikaitkan dengan resiko abortus spontan, termasuk *sindrom cushing*, penyakit tiroid dan *polycystic ovary syndrome*

(PCOs). Fungsi yang telah memadai korpus luteum di ovarium (yang menghasilkan progesteron yang diperlukan untuk pemeliharaan tahap awal kehamilan) dapat menyebabkan abortus spontan. Namun, disfungsi korpus luteum ini masih kontroversial, karena beberapa penelitian tidak didukung oleh teori disfungsi korpus luteum sebagai penyebab abortus spontan.

e. Infeksi

Ibu yang terinfeksi dengan sejumlah besar organisme yang berbeda telah dikaitkan dengan peningkatan risiko abortus spontan. Janin atau plasenta terinfeksi oleh organisme yang kemudian menyebabkan abortus spontan. Contoh infeksi yang telah dikaitkan dengan abortus spontan termasuk infeksi oleh *Listeria monocytogenes*, *Toxoplasma gondii*, *parvovirus B19*, *rubella*, *herpes simplex*, *cytomegalovirus*, dan *virus choriomeningitis limfositik*.

f. Abnormal Struktural Anatomi

Anatomi abnormal uterus juga dapat menyebabkan abortus spontan. Pada beberapa wanita terdapat jembatan jaringan (septum rahim), yang bertindak seperti sebagian dinding rongga rahim membagi menjadi beberapa bagian, septum biasanya memiliki suplai darah yang sangat sedikit, dan tidak cocok untuk pertumbuhan plasenta. Oleh karena itu, embrio yang berimplantasi pada septum akan meningkatkan risiko abortus spontan.

Kelainan struktur lain berasal dari pertumbuhan jinak di rahim yang disebut *fibroid*. Fibroid tumor (*leiomyomata*) adalah pertumbuhan jinak dari sel-sel otot dalam rahim. Beberapa tumor fibroid tidak menyebabkan abortus spontan, (penyebab yang jarang pada infertilitas), sebagian besar tumor fibroid

dapat mengganggu implantasi embrio dan suplai darah embrio, sehingga menyebabkan abortus spontan.

g. Gaya hidup

Merokok lebih dari 10 batang per hari dikaitkan dengan peningkatan risiko abortus spontan, dan beberapa studi menunjukkan bahwa risiko abortus spontan meningkat dengan ayah merokok. Faktor-faktor lain, seperti penggunaan alkohol, demam, penggunaan obat anti *inflammatory*, penggunaan obat disekitar waktu implantasi embrio, dan menggunakan kafein dapat meningkatkan risiko abortus spontan. Alkohol dikenal sebagai teratogen (zat kimia yang dapat merusak janin berkembang).

2. Faktor-faktor penyebab terjadinya abortus spontan

Menurut Oxorn, H dan William RF. 1996 penyebab abortus adalah sebagai berikut :

a. Faktor Fetal

Penyebab yang paling sering menimbulkan abortus spontan adalah abnormalitas kromosom pada janin. Sekitar 2/3 dari abortus spontan pada trimester pertama merupakan anomali kromosom dengan 1/2 dari jumlah tersebut adalah trisomi autosom dan sebagian lagi merupakan triploid, tetraploid, atau monosomi 45x. Sekitar 5 % abortus terjadi karena faktor genetik. Paling sering ditemukannya kromosom trisomi dengan trisomi 16.

b. Faktor maternal

- Faktor endoktrin

Beberapa gangguan endokrin telah terlibat dalam abortus spontan berulang, termasuk diantaranya adalah diabetes mellitus tak terkontrol, hipo dan hipertiroid, hipersekresi luteinizing hormone, disfungsi fase luteal dan penyakit polikistik ovarium. Pada perkembangan terbaru peranan hiperandrogenemia dan hiperprolaktinemia telah dihubungkan dengan terjadinya abortus yang berulang

- faktor anatomi

Anomali uterus termasuk malformasi kongenital, defek uterus yang didapat (Asherman's syndrome dan defek sekunder terhadap dietilestilbestrol), leiomyoma, inkompentensia serviks. Meskipun anomali-anomali ini sering dihubungkan dengan abortus spontan, insiden, klasifikasi dan peranannya dalam etiologi masih belum diketahui secara pasti. Abnormalitas uterus terjadi pada 1,9 % dalam populasi wanita, dan 13 sampai 30 % wanita dengan abortus spontan berulang. Penelitian lain menunjukkan bahwa wanita dengan anomali didapat seperti Asherman's syndrome, adhesi uterus, dan anomali didapat melalui paparan dietilestilbestrol memiliki angka kemungkinan hidup fetus yang lebih rendah dan meningkatnya angka kejadian abortus spontan.

c. Faktor imunologi

Pada kehamilan normal, sistem imun maternal tidak bereaksi terhadap spermatozoa atau embrio. Namun 40% pada abortus berulang diperkirakan secara imunologis kehadiran fetus tidak dapat diterima. Terdapat antibodikardiolipid yang mengakibatkan pembekuan darah dibelakang ari-ari sehingga mengakibatkan kematian janin karena kurangnya aliran darah dari ari-ari tersebut. Respon imun dapat dipicu oleh beragam faktor endogen dan eksogen, termasuk pembentukan antibodi antiparental, gangguan autoimun yang mengarah pada pembentukan antibodi autoimun (antibodi antifosfolipid, antibodi antinuclear, aktivasi sel B poliklonal), infeksi, bahan-bahan toksik, dan stress.

d. Trombofilia

Trombofilia merupakan keadaan hiperkoagulasi yang berhubungan dengan predisposisi terhadap trombolitik. Kehamilan akan mengawali keadaan hiperkoagulasi dan melibatkan keseimbangan antara jalur prekoagulan dan antikoagulan. Trombofilia dapat merupakan kelainan yang hereditier atau didapat. Terdapat hubungan antara antibodi antifosfolipid yang dapat dan abortus berulang dan semacam terapi dan kombinasi terapi yang melibatkan heparin dan aspirin telah direkomendasikan untuk menyokong pemeliharaan kehamilan sampai persalinan. Pada sindrom antifosfolipid, antibodi antifosfolipid mempunyai hubungan dengan kejadian trombosis vena, trombosis

arteri, abortus atau trombositopenia. Namun, mekanisme pasti yang menyebabkan antibodi antifosfolipid mengarah ke trombosis masih belum diketahui.

e. Infeksi

Infeksi-infeksi maternal yang memperlihatkan hubungan yang jelas dengan abortus spontan termasuk sifilis, parvovirus B19, HIV, dan malaria. Brusellosis, suatu penyakit zoonosis yang paling sering menginfeksi manusia melalui produk susu yang tidak dipasteurisasi juga dapat menyebabkan abortus spontan. Suatu penelitian retrospektif terbaru di Saudi Arabia menemukan bahwa hampir separuh (43%) wanita hamil yang didiagnosa menderita brusellosis akut pada awal kehamilannya mengalami abortus spontan pada trimester pertama atau kedua kehamilannya.

f. Faktor Eksogen

1. Gas anestesi

Nitrat oksida dan gas-gas anestesi lain diyakini sebagai faktor resiko untuk terjadinya abortus spontan. Pada suatu tinjauan oleh Tanenbaum dkk, wanita yang bekerja di kamar operasi sebelum dan selama kehamilan mempunyai kecenderungan 1,5 sampai 2 kali untuk mengalami abortus spontan.

2. Air yang tercemar

Beberapa penelitian epidemiologi telah mendapatkan data dari fasilitas-fasilitas air di daerah perkotaan untuk mengetahui paparan

lingkungan. Suatu penelitian prospektif di California menemukan hubungan bermakna antara resiko abortus spontan pada wanita yang terpapar trihalometana dan terhadap salah satu turunannya, bromodikhlorometana. Demikian juga wanita yang tinggal di daerah Santa Clara, daerah dengan kadar bromida pada air permukaan paling tinggi tersebut, memiliki resiko 4 kali lebih tinggi untuk mengalami abortus spontan.

3. Dioxin

Dioxin telah terbukti menyebabkan kanker pada manusia dan binatang, dan menyebabkan anomali reproduksi pada binatang. Beberapa penelitian pada manusia menunjukkan hubungan antara dioxin dan abortus spontan. Pada akhir tahun 1990, dioxin ditemukan di dalam air tanah, air minum, di kota Chapaevsk Rusia. Kadar dioxin dalam air minum pada kota itu merupakan kadar dioxin tertinggi yang ditemukan di Rusia, dan ternyata frekuensi rata-rata abortus spontan pada kota tersebut didapatkan lebih tinggi dari kota-kota yang lain.

4. Pestisida

Resiko abortus spontan telah diteliti pada sejumlah kelompok pekerja yang menggunakan pestisida. Suatu peningkatan prevalensi abortus spontan terlihat pada istri-istri pekerja yang menggunakan pestisida di Italia, India, dan Amerika Serikat, pekerja rumah hijau di Kolombia dan Spanyol, pekerja kebun di Argentina, Petani tebu

di Ukraina, dan wanita yang terlibat di bidang agrikultural di Amerika Serikat dan Finlandia. Suatu peningkatan prevalensi abortus yang terlambat telah diamati juga di antara wanita peternakan di Norwegia, dan pekerja agrikultur atau hortikultural di Kanada.

g. Gaya hidup seperti merokok dan alkoholisme.

Penelitian epidemiologi mengenai merokok tembakau dan abortus spontan menemukan bahwa merokok tembakau dapat sedikit meningkatkan resiko untuk terjadinya abortus spontan. Namun, hubungan antara merokok dan abortus spontan tergantung pada faktor-faktor lain termasuk konsumsi alkohol, perjalanan reproduksi, waktu gestasi untuk abortus spontan, kariotipe fetal, dan status sosioekonomi. Peningkatan angka kejadian abortus spontan pada wanita alkoholik mungkin berhubungan dengan akibat tak langsung dari gangguan terkait alkoholisme.

h. Radiasi

Radiasi ionisasi dikenal menyebabkan gangguan hasil reproduksi, termasuk malformasi kongenital, restriksi pertumbuhan intrauterine, dan kematian embrio. Pada tahun 1990, komisi satu internasional terhadap perlindungan radiasi menyarankan untuk wanita dengan konsepsi tidak terpapar lebih dari 5 msv selama kehamilan. Penelitian-penelitian mengenai kontaminasi radioaktif memperlihatkan akibat Chernobly yang

meningkatkan angka kejadian abortus spontan di Finlandia dan Norwegia.

i. Penyakit-penyakit kronis yang melemahkan

Pada awal kehamilan, penyakit-penyakit kronis yang melemahkan keadaan ibu, misalnya penyakit tuberkulosis atau karsinomatosis jarang menyebabkan abortus; sebaliknya pasien penyakit tersebut sering meninggal dunia tanpa melahirkan. Adanya penyakit kronis (diabetes melitus, hipertensi kronis, penyakit liver/ ginjal kronis) dapat diketahui lebih mendalam melalui anamnesa yang baik. Penting juga diketahui bagaimana perjalanan penyakitnya jika memang pernah menderita infeksi berat, seperti apakah telah diterapi dengan tepat dan adekuat. Untuk eksplorasi kausa, dapat dikerjakan beberapa pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan gula darah, tes fungsi hati dan tes fungsi ginjal untuk menilai apakah ada gangguan fungsi hepar dan ginjal atau diabetes melitus yang kemudian dapat menimbulkan gangguan pada kehamilan seperti persalinan prematur.

j. Faktor Nutrisi

Malnutrisi umum yang sangat berat memiliki kemungkinan paling besar menjadi predisposisi abortus. Meskipun demikian, belum ditemukan bukti yang menyatakan bahwa defisiensi

salah satu/ semua nutrisi dalam makanan merupakan suatu penyebab abortus yang penting.

3. Tanda-tanda keguguran (Artikel Kesehatan)

a. Jantung bayi tidak berdetak

Data ini diketahui melalui tes USG sehingga hasilnya sangat valid. Tanda dari bayi dalam kandungan sudah meninggal adalah tidak adanya detak jantung saat dilakukan pemeriksaan USG.

b. Tanda kehamilan berkurang

Umumnya wanita yang sedang hamil mengalami tanda-tanda kehamilan seperti mual, cepat lelah, dan tidak menstruasi. Jika suatu saat tanda-tanda itu berkurang atau bahkan hilang sama sekali maka calon Ibu perlu waspada dan segera melakukan pemeriksaan ke dokter.

c. Cairan vagina berwarna kecoklatan

Kadang tanpa disadari Ibu hamil mengalami keputihan tetapi cairan yang keluar berwarna coklat, semakin lama cairan tersebut semakin coklat dan akhirnya berubah menjadi kemerahan yang akan semakin tajam seperti darah.

4. Mencegah Keguguran

Berikut adalah beberapa tips yang dapat membantu mencegah keguguran (<http://www.sehatki.com/keguguran-penyebab-tanda-dan-pencegahan.htm>):

- Konsumsi asam folat setiap hari sebanyak 400 mg. Lakukan diet ini satu sampai dua bulan sebelum pembuahan terjadi dan imbangi dengan olahraga teratur.
- Konsumsi makanan sehat dengan gizi seimbang
- Hindari stres
- Jaga berat badan
- Berhenti merokok
- Stop minuman beralkohol dan bersoda
- Kurangi minum kopi
- Jangan mengonsumsi obat terlarang
- Hindari paparan radiasi seperti arsenik, timah, benzena, etilen oksida, dan formaldehida
- Hindari olahraga yang berisiko
- Konsultasikan dengan dokter sebelum mengonsumsi obat-obatan tertentu
- Hindari penyakit menular

5. Pemantauan Pasca Abortus

- Beritahukan bahwa abortus spontan cukup sering terjadi
- Beri keyakinan dan kemungkinan keberhasilan untuk kehamilan berikutnya kecuali jika ada penyakit tertentu.

- Sarankan untuk menunda kehamilan berikut sampai benar-benar pulih.
- Jika abortus akibat kehamilan tidak diinginkan, sarankan untuk segera memakai kontrasepsi (dalam 7 hari) jika tidak ada komplikasi pasca abortus.
- Kenali permasalahan reproduksi ibu, jika perlu lakukan pemeriksaan lebih lanjut. (Buku Saku Obgynacea, Obstetri dan Ginekologi VII.5)

6. Perawatan Pasca Keguguran

Yang sebaiknya anda lakukan dan perhatikan setelah (pasca) keguguran:

- 1.Periksa ke dokter kandungan, sehingga faktor-faktor yang menjadi penyebab terjadinya keguguran yang Anda alami dapat diketahui. Sedapat mungkin dihindari agar tidak terjadi keguguran berulang pada kehamilan berikutnya.
- 2.Perhatikan asupan gizi Anda, khususnya zat-zat gizi yang penting untuk membantu mempersiapkan kehamilan dan membantu proses tumbuh kembang janin kelak. Misalnya, memenuhi kebutuhan asupan asam folat sebanyak 400 mikrogram setiap hari.
- 3.Terapkan gaya hidup sehat, misalnya dengan melakukan olahraga secara teratur, dan memenuhi kebutuhan tubuh Anda untuk istirahat (jangan terlalu lelah).

7.Tindakan Operatif Abortus

Yang termasuk dalam tindakan operatif penanganan abortus menurut Mochtar, 2011 adalah :

- a.Pengeluaran secara digital
- b.Kuretase (Kerokan)

a. Pengeluaran Secara Digital

Tindakan ini dilakukan untuk menolong penderita di tempat-tempat yang tidak ada fasilitas kuretase, sekurang-kurangnya untuk menghentikan perdarahan. Hal ini sering kita lakukan pada keguguran yang sedang berlangsung (Abortus insipien) dan keguguran bersisa (Abortus incompletus).

Pembersihan secara digital hanya dapat dilakukan bila telah ada pembukaan serviks uteri yang dapat dilalui oleh satu jari longgar dan kavum uteri cukup luas. Karena manipulasi ini akan menimbulkan rasa nyeri, maka sebaiknya dilakukan dalam narkosa umum intravena (Ketalar) atau anestesi blok para-servikal.

Caranya adalah dengan dua tangan (bimanual): jari telunjuk tangan kanan dimasukkan ke dalam jalan lahir untuk pengeluaran hasil konsepsi; sedangkan tangan kiri memegang korpus uteri untuk memfiksasi melalui dinding perut. Dengan menggunakan jari, kikislah hasil konsepsi sebanyak mungkin atau sebersih mungkin.

b. Kuretasi (Kerokan)

Kuretase adalah cara membersihkan hasil konsepsi memakai alat kuretase (Sendok kerokan) sebelum melakukan kuretase, penolong harus melakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan letak uterus, keadaan serviks dan besarnya uterus. Gunanya untuk mencegah terjadinya bahaya kecelakaan misalnya perforasi

8. Asuhan Kebidanan yang Diperlukan untuk Abortus

Menurut Sarwono 2011, Asuhan Kebidanan yang Diperlukan adalah:

- Penegakan diagnosis
- Terlambat haid atau amenore kurang dari 20 minggu.
- Pada pemeriksaan fisik : keadaan umum tampak lemah atau kesadaran menurun, tekanan darah normal atau menurun, denyut nadi normal atau cepat dan kecil, suhu badan normal atau meningkat.
- Perdarahan pervaginam, mungkin disertai keluarnya jaringan hasil konsepsi
- Rasa mulas atau kram perut di daerah atas simfisis, sering disertai nyeri pinggang akibat kontraksi uterus
- Pemeriksaan ginekologi :
 - Inspeksi vulva : perdarahan pervaginam ada/ tidak jaringan hasil konsepsi, tercium/tidak berbau busuk.
 - Inspekulo : perdarahan dari cavum uteri, ostium uteri terbuka/ sudah tertutup, ada/tidak jaringan keluar dari ostium, ada atau tidak cairan atau jaringan berbau busuk dari ostium.
 - Colok vagina : porsio masih terbuka atau sudah tertutup, teraba atau tidak jaringan dalam cavum uteri, besar uterus sesuai atau lebih kecil dari usia kehamilan, tidak nyeri saat porsio di goyang, tidak nyeri pada perabaan adneksa, kavum douglashi, tidak menonjol dan tidak nyeri.

Tes kehamilan : positif bila janin masih hidup, bahkan 2-3 minggu setelah abortus.

- Pemeriksaan Doppler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup
- Pemeriksaan kadar fibrinogen darah pada missed abortion

9.Hak dan Wewenang Bidan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 02. 02 / MENKES / 149/ 2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan :

Pasal 18 :

Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam pasal

16:

- a. Memberikan imunisasi
- b. Memberikan suntikan pada penyulit kehamilan dan nifas
- c. Mengeluarkan plasenta secara manual
- d. Bimbingan senam hamil
- e. Pengeluaran sisa jaringan konsepsi
- f. Episiotomi
- g. Penjahitan luka episiotomi dan luka jalan lahir sampai tingkat 2
- h. Amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm
- i. Pemberian infus
- j. Pemberian suntikan intramuskuler uterotonika
- k. Kompresi bimanual
- l. Versi Ekstrasi gemeli pada kelahiran bayi kedua dan seterusnya

- m. Vakum ekstrasi dengan kepala bayi di dasar panggul
- n. Pengendalian anemi
- o. Peningkatan pemeliharaan dan penggunaan air susu ibu
- p. Resusitasi bayi baru lahir dengan asfiksia
- q. Penanganan hipotermi
- r. Pemberian minum dengan sonde/pipet
- s. Pemberian obat – obatan terbatas melalui lembaran, permintaan, obat sesuai dengan formulir IV terlampir
- t. Pemberian surat kelahiran dan kematian

E. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan

A. Pengertian Manajemen

Menurut Helen Varney (1997), manajemen asuhan kebidanan atau sering disebut manajemen asuhan kebidanan adalah suatu metode berfikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan.

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan, dalam rangkaian tahap-tahap yang logis untuk pengambiln suatu keputusan yang berfokus terhadap klien.

Kebidanan diadaptasi dari sebuah konsep yang dikembangkan oleh Helen Varney dalam buku Varney's Midwifery, edisi ketiga tahun 1997,

menggambarkan proses manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah yang berturut secara sistematis dan siklik.

Varney menjelaskan bahwa proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada tahun 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode pengorganisasian pemikiran dan tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses manajemen kebidanan ini terdiri dari tujuh langkah yang berurutan, dan setiap langkah disempurnakan secara berkala. Proses dimulai dari pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ke-tujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail dan ini bias berubah sesuai dengan kebutuhan klien.

B. Langkah dalam manajemen kebidanan menurut Helen Varney (1997)

1. Tahap pengumpulan data dasar (langkah I)

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi (data) yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara: Anamnesis, anamnesis dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, bio-psiko-sosio-spiritual, serta pengetahuan klien.

a. Identitas

Identitas bayi didapat dari anamnesa yang dilakukan oleh bidan terhadap orang tua bayi untuk memperoleh informasi tentang identitas bayi baru lahir, seperti umur bayi, jam kelahiran bayi, jenis kelamin bayi dan anak beberapa.

b. Riwayat Antenatal

- 1).Data ini penting untuk diketahui oleh bidan sebagai data acuan untuk memprediksi apakah terdapat penyulit pada kehamilan saat bayi masih dalam kandungan.
- 2).Kesehatan janin dikaji untuk mengetahui kondisi janin saat ini
- 3).Keluhan trimester 1, 2 dan 3 dikaji untuk mengetahui keluhan yang pernah dirasakan oleh orang tua bayi saat hamil
- 4).Frekuensi ANC selama kehamilan trimester 1, 2 dan 3 dikaji untuk mengetahui seberapa sering orang tua bayi pernah memeriksakan diri saat hamil.
- 5).Pola nutrisi dikaji untuk mengetahui asupan nutrisi pada orang tua bayi
- 6).Perilaku kesehatan dikaji untuk mengetahui apakah orang tua bayi pernah merokok, mengonsumsi alkohol, obat-obatan atau jamu selama hamil

c. Riwayat Proses Persalinan

- 1).Data ini penting untuk diketahui oleh bidan sebagai data acuan untuk memprediksi apakah terdapat penyulit saat terjadinya proses kelahiran bayi.
- 2).Tempat lahir dikaji untuk mengetahui dimanakah bayi dilahirkan
- 3).Ditolong oleh dikaji untuk mengetahui siapakah yang menolong kelahiran bayi.

- 4).Jenis persalinan dikaji untuk mengetahui bagaimana cara bayi dilahirkan.
- 5).Lama persalinan dikaji untuk mengetahui seberapa lama proses persalinan.
- 6).Tanggal lahir dikaji untuk mengetahui kapan bayi dilahirkan dan pukul untuk mengetahui waktu bayi dilahirkan
- 8).BB dikaji untuk mengetahui berapakah berat badan bayi, PB dikaji untuk mengetahui berapakah panjang badan bayi dan nilai apgar digunakan untuk menilai apakah bayi sudah dalam keadaan normal atau tidak.
- 9).Jenis kelamin dikaji untuk mengetahui apa jenis kelamin bayi.
- 10).Cacat bawaan dikaji untuk mengetahui apakah bayi lahir dalam keadaan cacat atau tidak.
- 11).Masa gestasi dikaji untuk mengetahui apakah bayi lahir cukup bulan atau tidak.
- 12).Resusitasi dikaji untuk mengetahui apakah bayi telah dilakukan tindakan resusitasi atau tidak.
- 13) Pemeriksaan penunjang (laboratorium dan cacatan terbaru serat cacatan sebelumnya). Pemeriksaan fisikantara lain:
 - a). Kepala :

Bentuk simetris atau tidak, UUB dan UUK datar atau tidak, keadaan rambutbersih atau tidak, adakah caput succedenum dan cephal hematome.
 - b). Wajah

Terdapat odema atau tidak, kebersihan muka simetris atau tidak dan warna kemerahan atau tidak.

c). Mata

Simetris atau tidak, adakah pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva merah muda atau pucat, sklera putih atau tidak, adakah bulu mata atau tidak, adakah kotoran mata atau tidak.

d). Hidung

Bentuk, lubang hidung, pernafasan cuping hidung, dan pengeluaran

e). Mulut

Bentuk bibir, lidah, palatum, reflek rooting

f). Telinga

Simetris atau tidak, lubang telinga, adakah cairan atau tidak

g). Leher

Bendungan vena jugularis, pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar getah bening, reflek menelan, kepala bebas berputar.

h). Dada

Bentuk dada, pengembangan rongga dada, suara jantung, suara paru-paru

i). Ketiak

Kebersihan, pembesaran kelenjar limfe

j). Perut

Bentuk simetris atau tidak, adakah bising usus, keadaan tali pusat, kembung, adakah benjolan, adakah pembesaran hati

k). Punggung

Fleksibilitas tulang punggung, tonjolan tulang punggung, lipatan bokong.

l). Anus

Adakah lubang anus atau tidak.

m). Genetalia

Adakah labia mayor dan labia minor, adakah klitoris dan orifisium uretra.

n). Ekstermitas

Pergerakan dan jari-jari tangan dan kaki.

o). Neuro

Reflek moro, rooting, glabella, plantar, tonik leher, menghisap.

p). Eliminasi

BAK dan BAB.

2. Interpretasi data dasar (langkah II)

Pada langkah kedua dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut kemudian diinterpretasi sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Baik rumusan diagnosis maupun masalah, keduanya harus ditangani. Meskipun masalah tidak dapat ditiadakan sebagai diagnosis, tetapi tetap membutuhkan penanganan.

3. Identifikasi diagnosis/ masalah potensial dan antisipasi penanganannya (langkah III)

Pada langkah ketiga mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/ masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan

diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis masalah potensial menjadi kenyataan. Langkah ini penting dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis tersebut tidak terjadi. Langkah ini bersifat antisipasi yang rasional/ logis.

4. Tindakan segera atau kolaborasi (langkah IV)

Mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter melakukan konsultasi atau penanganan segera bersama anggota tim kesehatan lain dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan keseimbangan proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen tidak hanya berlangsung selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut dalam dampingan bidan. Misalnya, pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

5. Rencana asuhan menyeluruh (langkah V)

Pada langkah kelima direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen untuk masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya: apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait sosial, ekonomi, kultural, atau psikososial.

6. Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman (langkah VI)

Pada langkah keenam, rencana asuhan menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya walau bidan tidak melakukannya sendiri, namun ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya dengan memastikan bahwa langkah tersebut benar-benar terlaksana)

7. Evaluasi (langkah VII)

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

Pada langkah terakhir, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sebagaimana diidentifikasi didalam diagnosis dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi kasus

Menjelaskan jenis studi kasus yang digunakan adalah studi survey dengan menggunakan metode deskriptif yakni melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. Studi kasus ini dilakukan pada Ny.N umur 35 Tahun dengan post abortus spontan di Klinik Ridho Tahun 2017.

B. Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Klinik Ridho, Jl. H. Anif Gg. Apnaf, Waktu pengambilan kasus dan pemantauan dari 25 Maret – 27 Maret 2017.

C. Subjek Studi Kasus

Pada studi kasus ini dimana penulis mengambil subjek dari Klinik Ridho dimana pada bulan Maret jumlah ibu pemeriksaan kurang lebih 20 ibu hamil diantaranya ada 1 (satu) ibu hamil yang mengalami post abortus spontan. Ibu bersedia menjadi pasien untuk di observasi.

D. Waktu Studi Kasus

Waktu studi kasus adalah waktu yang digunakan penulis untuk pelaksanaan laporan kasus. Pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 25 Maret – 27 Maret 2017 yaitu dimulai dengan pengambilan kasus post abortus spontan sampai dengan pengajuan laporan tugas akhir.

56

E. Instrument Studi Kasus

Instrument penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk mengumpulkan data. Instrument penelitian ini dapat berupa kuesioner (lembar pernyataan, formulir observasi, formulir-formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan data dan sebagainya). Pada kasus ini alat atau instrument yang digunakan untuk mendapatkan data adalah format asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan manajemen 7 langkah varney.

F. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penyusunan studi kasus ini yang digunakan sebagai metode untuk pengumpulan data antara lain:

1. Data Primer

- Pemeriksaan Fisik

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

- a. Inspeksi

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

- b. Palpasi

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

- c. Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Pada kasus ini pemeriksaan auskultasi meliputi: pemeriksaan tekanan darah (TD).

- Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapat keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden) atau berbicara berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan pada Ny.N umur 35 tahun P1A1 dengan post abortus spontan.

- Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang akan diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

2. Data Sekunder

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

Data sekunder diperoleh dari:

a. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi atau pun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian. Pada kasus ibu hamil dengan post abortus spontan diambil dari catatan status pasien di Klinik Ridho.

b. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dan menunjang latar belakang teoritis dari studi penelitian. Pada kasus ini mengambil studi kepustakaan dari buku, laporan penelitian, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2008-2017.

G. Alat-alat dan Bahan yang dibutuhkan

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam teknik pengumpulan data antara lain:

1. Wawancara

Alat dan bahan untuk wawancara:

- Format pengkajian ibu nifas
- Bukutulis
- Bolpoin + Penggaris

2. Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi:

- Tensimeter
- Stetoskop
- Thermometer
- Timbangan berat badan

- Alat pengukur tinggi badan
- Pita pengukur lingkaran lengan atas

Vulva Hygiene :

- Pinset
- Kaps Desinfektan
- Bengkok
- Com kecil berisi betadine
- Desinfektan sesuai dengan kebutuhan
- Pengalas
- Sarung tangan

3. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- Status atau catatan pasien
- Alat tulis
- Rekam medis

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.N UMUR 35 TAHUN
P1A1 DENGAN POST ABORTUS SPONTAN DI KLINIK RIDHO
TAHUN 2017

Tanggal Masuk : 25 Maret 2017 Tanggal pengkajian : 25 Maret 2017

Jam Masuk : 16.00 WIB Jam Pengkajian :

16.10 WIB

Tempat : Klinik Ridho Pengkaji : Yohana

I. PENGUMPULAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu : Ny. N Nama Suami : Tn. R

Umur : 35 tahun Umur : 32 tahun

Agama : Islam Agama : Islam

Suku/bangsa : Jawa/Indonesia Suku/bangsa : Jawa/Indonesia

Pendidikan : SMP Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Jl.H.Anif gg.Apnaf Alamat : Jl.H.Anif

gg.Apnaf

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

1. Alasan Kunjungan : Ibu mengatakan pada pukul 07.45 wib saat di rumah telah keluar darah banyak yang mengumpal serta jaringan yang sudah berbentuk janin.

2. Keluhan Utama : Pada tadi pagi pukul 07.45 wib ibu mengalami perdarahan dan ibu merasa c⁵⁶ n flek-flek yang keluar selama 2 hari ini, serta keluarnya jaringan berbentuk janin.

3. Riwayat menstruasi :

Menarche : 13 thn, siklus 28 hari, teratur/tidak teratur

Lama : 4 hari, Banyak : 3-4 kali ganti doek

Keluhan : Tidak ada

4. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

anak ke	Tgl Lahir/Umur	UK	Jenis persalinan	Tempat persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						bayi	ibu	PB/BB/JK	keadaan	keadaan	laktasi
1	2011	Aterm	Normal	Klinik	Bidan	Tidak ada	Baik	50/2700/LK	Baik	Baik	batuk
2	A	B	OR	TU	S		S	PO	N	TA	N

5. Riwayat Kehamilan sekarang

a. P₁A₁

b. HPHT : 05 Oktober 2016 HPL : 13 Juli 2017

c. UK : 24 Minggu 1 Hari

d. Gerakan janin : Tidak Terasa

e. Imunisasi Toxoid Tetanus : Tidak ada

f. Kecemasan : Ibu merasa cemas, 2 hari yang lalu ibu

mengalami trauma akibat perdarahan yang dialami

ibu, saat ibu terjatuh di kamar mandi rumahnya.

g. Tanda-tanda bahaya : Ibu mengalami nyeri perut bagian bawah
keluarnya darah yang mengumpal beserta jaringan
yang berbentuk janin.

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 : Ada/tidak ada riwayat kembar

8.Riwayat KB : Tidak Ada

9.Riwayat Psikososial : Ibu mengalami trauma dikarenakan ibu terjatuh saat di kamar mandi rumahnya

Status Perkawinan : Sah

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Cemas

Pengambilan keputusan dalam keluarga : Bersama

Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan: Klinik

Tempat rujukan jika ada komplikasi : RumahSakit

Persiapan menjelang persalinan : Tidak Ada

10.Activity daily Living

A.Pola makan dan minum

- Frekuensi : 3 kali/hari

- Jenis : nasi+lauk pauk+sayur

- Porsi : 1 Porsi

- Keluhan/Pantangan : Ibu mengalami mual muntah saat trimester I

B.Pola istirahat

-Tidur siang : 2-3 jam

-Tidur malam : 8 jam

C.Pola eliminasi

-BAK :8 kali/hari, warna : kekuningan

-BAB :1 kali/hari, konsistensi : lembek

D.Personal hygiene

- Mandi :2 kali/hari

- Ganti pakaian/pakaian dalam : 2-3 kali/hari atau pada saat basah

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 : Lemah

2.Tanda-tanda vital :

- Tekanan darah :110/70 mmHg

- Nadi :88 kali/menit

- Suhu : 37,5° C

- Penapasan : 22 kali/menit

3.Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : Sebelum hamil 42kg, Saat Hamil : 43,5 Kg

kenaikan BB selama hamil 1,5 kg

Tinggi badan : 149 cm

LILA : 25 cm

4. Pemeriksaan fisik

a. Postur tubuh : Lordosis

b. Kepala

- Muka : Simetris Cloasma: Tidak ada Oedema :

Tidak ada

- Mata : Simetris Conjunctiva: Pucat Sclera:

Putih

- Hidung : Simetris Polip : Tidak ada

- Mulut/bibir: Bersih, tidak ada caries dan tidak berbau

c. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid

d. Payudara

Bentuk Simetris : Ya

Keadaan puting susu : Menonjol

Areola mammae : Hyperpigmentasi

Colostrum : Ada

- Perut

- Inspeksi : Pembesaran perut sesuai usia kehamilan

tidak ada bekas luka operasi.

- Palpasi : Ada

- Kontraksi Uterus : Baik

a). Leopold I : TFU 1 jari dibawah pusat, terdapat nyeri

tekan diperut bagian bawah, kontraksi uterus baik.

b).Leopold II : Tidak dilakukan

c).Leopold III : Tidak dilakukan

d).Leopold IV : Tidak dilakukan

- Auskultasi : Ada dan teratur

- DJJ : Tidak terdengar

Ekstremitas

Atas : Tidak ada oedema, Tidak ada pucat

Bawah : Tidak ada oedema, Tidak ada pucat, Tidak

adaVarises

a).Genetalia

Anus : Tidak ada dilakukan

b).Pemeriksaan panggul

LingkarPanggul : Tidak dilakukan

Distansia cristarum : Tidak dilakukan

Distansia Spinarum : Tidak dilakukan

Conjugata Bourdeloque : Tidak dilakukan

c).Pemeriksaan dalam : Tidak terdapat sisa-sisa hasil konsepsi

d).Pemeriksaan penunjang :

Tidak ada

II.INTERPRETASI DATA DASAR :

Tanggal : 25 Maret 2017

Pukul : 16.15 WIB

Diagnosa : Ibu Ny.N P₁A₁ usia 35 Tahun dengan post abortus spontan

Data dasar:

DS :Pada tadi pagi pukul 07.45 wib ibu mengalami perdarahan dan ibu merasa cemas akan,flek-flek yang keluar selama 2 hari ini,serta keluarnya jaringan berbentuk janin.

DO :Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Keadaan emosional : Lemas

Tanda-tanda vital

- Tekanan darah : 110/70 mmHg

- Nadi : 88 kali/menit

- Suhu : 37,5° C

- Penapasan : 22 kali/menit

Pengukuran BB dan TB

- Berat badan : Sebelum hamil 42 kg,
kenaikan BB selamahamil 1,5 kg,
Sesudah hamil 43,5 kg

- Tinggi badan : 149 cm

- LILA : 25 cm

- UK : 24 minggu 1 hari

Pemeriksaan fisik

Postur tubuh : Lordosis

Palpasi :

a).Leopold I : TFU 1 jari di atas symphysis, terdapat nyeri tekan diperut bagian bawah, kontraksi uterus baik.

b).Leopold II : Tidak dilakukan

c).Leopold III : Tidak dilakukan

d).Leopold IV : Tidak dilakukan

e).Auskultasi : Ada dan teratur

DJJ : Tidak terdengar

Frekuensi : Tidak ada

Masalah : Ibu cemas dan mengalami perdarahan serta nyeri perut bagian bawah

Kebutuhan : - Memberikan informasi tentang keadaan fisik ibu
- Membersihkan daerah jalan lahir yang masih melekat dan melakukan vulva hygiene.
- Memberikan dorongan moral kepada ibu
- Memberikan obat sulfas ferrosus 600 mg/hari
- Memberikan suntik oksitosin 10 IU 2 cc secara IM
- Memberikan ibu cairan infuse 500 cc di tambah Oksitosin 10 IU 2 cc secara drips dengan kecepatan 10 tts/i.
-Menganjurkan ibu untuk transfuse darah jika ibu mengalami anemia berat.

- Mendokumentasi hasil pemeriksaan

III. ANTISIPASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

Syok dan infeksi

IV. TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi dengan dokter SPoG

V. INTERVENSI

Tanggal : 25 Maret 2017

Pukul : 17.20 wib

Oleh : Yohana

No.	Intervensi	Rasionalisasi
1.	Pantau TTV dan keadaan umum pasien	Agar ibu mengetahui hasil pemeriksaannya dan memastikan ibu tidak mengalami syok
No.	Intervensi	Rasionalisasi
2.	Membersihkan daerah jalan lahir yang masih melekat dan melakukan tindakan vulva hygiene	Untuk memastikan apakah masih terdapat jaringan atau tidak serta agar vagina ibu tetap dalam keadaan bersih.
3.	Memberikan dorongan moral pada ibu	Agar Ibu tidak merasa cemas.
4.	Memberikan ibu tablet sulfas ferrosus 600 mg/hari	Agar ibu terhindar dari anemia
5.	Memberikan ibu oksitosin 10 IU sebanyak 2 cc secara IM	Untuk menghentikan perdarahan pada ibu.
6.	Memberikan ibu cairan infuse 500 cc di tambah Oksitosin 10 IU 2 cc secara drips dengan kecepatan 10 tts/i.	Untuk mencukupi cairan tubuh ibu dan mencegah perdarahan pada ibu.
7.	Menganjurkan ibu untuk transfusi darah	Untuk mencegah ibu dari anemia berat
8.	Kolaborasi dengan dokter SPoG	Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk tindakan dan pemberian obat yang diberikan

VI. IMPLEMENTASI

NO.	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama
1	25 Maret 2017	16.15 wib	<p>Memberitahu ibu hasil pemeriksaan:</p> <p>Keadaan Umum : Lemah</p> <p>TTP : 13-07-2017</p> <p>UK : 24 minggu 1 hari</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>Tekadan darah : 110/70 mmHg</p> <p>Suhu : 37,5</p> <p>Nadi : 88^x/i</p> <p>Pernapasan : 22^x/i</p> <p>Lila : 25 cm</p> <p>Pengukuran BB dan TB</p> <p>- Berat badan : Sebelum hamil 42 kg, kenaikan BB selama hamil 1,5 kg</p> <p>- Tinggi badan: 149 cm</p>	
NO.	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama
			Evaluasi: Ibu sudah mendengarkan Penjelasan bidan mengenai keadaan-Annnya saat ini dan ibu tidak mengalami syok.	
2.	25 Maret 2017	16.20 wib	<p>Membersihkan daerah jalan lahir yang masih melekat dan melakukan tindakan vulva hygiene dengan menggunakan alat seperti :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kapas sublimat atau desinfektan •Pinset •Bengkok •Com kecil berisi betadine •Desinfektan sesuai dengan kebutuhan •Pengalas •Sarung tangan <p>Evaluasi : Ibu sudah mengerti dan bersedia dilakukannya tindakan vulva hygiene.</p>	Yohana

3.	25 Maret 2017	16.30 wib	Memberikan ibu dorongan moral dan semangat agar ibu tidak merasa sedih dan khawatir Evaluasi : ibu merasa lebih tenang dan tidak berani	Yohana
4.	25 maret 2017	16.50 wib	Memberikan ibu tablet sulfas ferrosus 600 mg/hari untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu Evaluasi : untuk menghindari ibu dari anemia.	Yohana
5.	25 maret 2017	17.00 wib	Memberikan ibu suntik oksitosin 10 UI sebanyak 2 cc secara IM untuk menghentikan ibu jika mengalami perdarahan Ev : Ibu telah disuntik oksitosin 10 IU sebanyak 2 cc secara IM	Yohana
6.	25 Maret 2017	17.50 wib	Memberikan ibu cairan infuse 500 cc di tambah Oksitosin 10 IU 2 cc secara drips dengan kecepatan 10 tts/i. Evaluasi : Untuk menambahkan	Yohana
NO.	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama
			cairan tubuh ibu dan mencegah ibu agar tidak mengalami perdarahan.	
6.	25 Maret 2017	18.00 Wib	Menganjurkan ibu agar melakukan transfusi darah jika ibu mengalami anemia berat. Ev : Ibu telah bersedia untuk Melakukan tindakan tersebut.	Yohana
7	25 Maret 2017	18.00 Wib	Melakukan Kolaborasi dengan dokter SpOG untuk melakukan tindakan selanjutnya	Yohana

VII. EVALUASI

Tanggal :25 Maret 2017

Oleh : Yohana

S : - Ibu mengatakan bahwa ia masih merasa sedih akan kehilangan anaknya

- Ibu mengatakan perdarahan masih ada

O : Keadaan Umum : Lemah

TTP: 13-07-2017

Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Suhu/Nadi : 37,5°C/ 88^x/i

Pernapasan : 22^x/i

Lila : 25 cm

Pengukuran BB dan TB

- Berat badan :

Sebelum hamil 42 kg, kenaikan BB selama hamil 1,5 kg

- Tinggi badan: 149 cm

A :

Diagnosa : Ny. N usis 35 Tahun dengan post abortus spontan

Masalah : - Melakukan kontrol ulang keadaan fisik dan perdarahan

ibu

- Memberikan dukungan emosional dan spiritual

- Melakukan cek kontraksi uterus

- Menganjurkan ibu cukup istirahat

- Menganjurkan ibu untuk memenuhi asupan gizi ibu

- Memberikan therapy pada ibu

P :

1. Kontrol ulang keadaan fisik dan perdarahan pada ibu
2. Beri dukungan emosional dan spiritual pada ibu
3. Cek ulang kontraksi uterus dan perdarahan ibu
4. Anjurkan ibu untuk cukup istirahat
5. Anjurkan asupan gizi ibu
6. Berikan Therapy pada ibu

DATA PERKEMBANGAN I

Tanggal/jam : 25 Maret 2017

Pukul : 08 : 00

Wib

S : Ibu mengatakan pengeluaran darah dari vagina tidak terlalu banyak

O : Pemeriksaan umum

KeadaanUmum : Lemah

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmHg

Suhu/Nadi : 36,2°C/ 80^x/i

Pernapasan : 22^x/i

Berat Badan : 43,5 kg

Tinggi Badan : 149 cm

A : Diagnosa : Ny.N usia 35 tahun P₁A₁

Masalah : Tampak pengeluaran darah pervaginam 10 cc
dan kontraksi uterus baik

Kebutuhan : -Beritahu hasil pemeriksaan fisik pada ibu

-Berikan ibu dukungan dan semangat

-Berikan ibu obat tablet sulfas ferrocus 600mg/hari

-Berikan ibu cairan infuse 500 cc di tambah
Oksitosin 10 IU 2 cc secara drips dengan
kecepatan 10 tts/i.

-Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan fisik ibu saat ini

Keadaan Umum : Lemah

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmHg

Suhu/Nadi : 36,2°C/ 80^x/i

Pernapasan : 22^x/i

Ev: Ibu mengetahui bahwa hasil pemeriksaan nya dalam keadaan baik.

2. Memberikan ibu dukungan dan semangat agar ibu tidak merasa sedih akan bayinya.

Ev: Ibu menerima dan tidak merasa sedih atas kehilangan bayinya

3. Memberikan ibu obat tablet sulfas ferrosus 600 mg/hari selama 2 minggu untuk mencegah ibu dari anemia sedang

Ev: ibu sudah mengerti dan berjanji akan meminum obat yang telah diberikan

4. Memberikan ibu cairan infuse 500 cc di tambah Oksitosin 10 UI 2 cc secara drips dengan kecepatan 10 tts/i.

Ev :Ibu sudah terpasang infuse dengan cairan RL 500 cc dengan oksitosin 10 IU secara drips dengan kecepatan 10 tts/i.

5. Menganjurkan ibu agar ibu cukup istirahat

Ev: ibu sudah mengerti dan berjanji akan istirahat yang secukupnya.

DATA PERKEMBANGAN II

Tanggal/jam : 27 Maret 2017

Pukul : 09 :00

wib

S : - Ibu mengatakan bahwa kondisi dalam keadaan baik

O : - Keadaan Umum : baik

Tekanan darah : 120/70 mmHg

Suhu/Nadi : 36⁰C/80^x/i

Pernapasan : 22^x/i

A :

Diagnosa : Ibu Ny.N usia 35 tahun mengatakan bahwa

keadaannya saat ini dalam keadaan baik.

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan :

- Berikan ibu tablet ergometrin 3×1 tablet/hari untuk 3-5 hari.
- Anjurkan ibu untuk istirahat secukupnya
- Anjurkan ibu untuk pemenuhan nutrisi
- Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang

P :

- Informasikan hasil observasi pada ibu

Keadaan Umum : baik

Tekanan darah : 120/70 mmHg

Suhu/Nadi : 36°C/80x/i

Pernapasan : 22x/i

Ev : Ibu telah mengetahui bahwa keadaannya dalam keadaan normal

- Memberikan ibu tablet ergometrin 3×1 tablet/hari untuk 3-5 hari

Ev : Ibu telah menerima dan berjanji akan meminum obat yang telah di berikan

- Menganjurkan ibu untuk istirahat yang secukupnya

Ev : ibu sudah mengetahuinya dan berjanji untuk istirahat yang secukupnya dirumahnya

-Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang jika ada keluhan.

Ev : ibu telah mengerti dan berjanji akan melakukan kunjungan ulang jika ada keluhan

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

B. Pembahasan

Setelah penulis melakukan Asuhan Kebidanan pada Ny.N Umur 35 Tahun P₁A₁ dengan Post Abortus Spontan ditemukan hasil sebagai berikut:

1. Pengkajian Data

Pengkajian dengan pengumpulan data dasar yang merupakan awal dari manajemen kebidanan menurut Helen Varney, dilaksanakan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi kepustakaan dan studi dokumentasi. Pada keluhan utama ibu hamil dengan post abortus spontan dimana perut terasa nyeri bagian bawah, ibu tidak merasakan gerakan janin, serta keluar gumpalan darah serta keluarnya hasil konsepsi berbentuk janin dikarenakan ibu terjatuh di kamar mandi rumahnya. Data objektif pada pemeriksaan keadaan umum ibu lemah, dan pemeriksaan inspekulo terlihat darah cukup banyak berwarna merah segar dan ada sedikit gumpalan (Vivien Woodward, 2013).

Pada pengkajian Ny.N umur 35 tahun dengan post abortus spontan diperoleh data subjektif dengan hasil observasi dalam keadaan normal, keluhan ibu lemah, nyeri perut bagian bawah, ibu tidak merasakan gerakan janin, hasil pemeriksaan dalam dengan kuretasi digital, serta keluar gumpalan darah serta keluarnya hasil konsepsi berbentuk janin dan flek-flek selama 2 hari dan kontraksi uterus dalam keadaan baik. Jadi dalam pengkajian tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktik lapangan.

2. Interpretasi Data

Interpretasi data terdiri dari penentuan diagnosa, menentukan masalah, dan kebutuhan pada Ny.N umur 35 tahun P₁A₁ dengan post abortus spontan.

Interprestasi data terdiri dari diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan yang dikemukakan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa. Masalah pada ibu hamil dengan post abortus spontan yaitu nyeri perut bagian bawah, ibu tidak merasakan gerakan janin, serta keluar gumpalan darah serta hasil konsepsi berupa janin dan flek-flek selama 2 hari. Sedangkan kebutuhan pada ibu hamil dengan abortus spontan yaitu pemberian cairan RL 500 cc dalam 20 tts/i, tindakan vulva hygiene, pemberian oksitosin 10 UI secara IM, pemberian tablet sulfas ferrosus, Pemberian antibiotik amoxcillin 0,2 mg, transfusi darah, dan uterotonika. (Vivien Woodart, 2010).

Pada kasus ini, penulis mendapatkan diagnosa kebidanan pada Ny.N umur 35 tahun P₁A₁ dengan post abortus spontan. Masalah yang ditentukan pada ibu hamil Ny. N adalah keluar gumpalan darah dan flek-flek selama 2 hari serta gerakan janin tidak terasa. Kebutuhan yang diberikan adalah memantau keadaan ibu melakukan vulva hygiene dan memberikan ibu oksitosin 10 UI secara IM, dan cairan infus 500 cc dengan drip oksitosin 10 IU sebanyak 2 cc selama 10 tts/i, obat tablet sulfas ferrosus jika ibu mengalami anemia sedang. Adapun yang mendasari penulis menentukan diagnosa kebidanan tersebut adalah dari diagnosa, pemeriksaan khusus, pemeriksaan fisik, dan pemantauan perdarahan. Jadi pada langkah ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan.

3.Diagnosa Potensial

Diagnosa potensial pada kasus ibu hamil dengan post abortus spontan maka potensial terjadi abortus spontan menurut tinjauan teori (JNPK-KR 2012).

Pada kasus Ny.N umur 35 tahun P₁A₁ dengan post abortus spontan dimana keadaan ibu normal belum masuk ke tahap syok. Jadi pada langkah ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan.

4. Tindakan Segera

Tindakan segera yang dapat dilakukan adalah pemberian oksitosin 10 UI secara IM, pemberian infus cairan RL 500 cc, pemberian tablet sulfas ferrosus, Pemberian antibiotik amoxicillin 0,2 mg, transfusi darah, dan uterotonika.

Pada Ny.N umur 35 tahun dengan post abortus spontan antisipasi/ tindakan segera yang dilakukan adalah pemberian obat Oksitosin 10 UI secara IM, pemberian cairan infus 500 cc dan oksitosin 10 IU sebanyak 2 cc secara drips dalam kecepatan 10 tts/i, pemberian tablet sulfas ferrosus dan kolaborasi dengan dokter SpOG. Jadi pada langkah ini terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan.

5. Perencanaan

Perencanaan yang dapat dilakukan pada ibu hamil Ny.N dengan post abortus spontan adalah menyarankan ibu untuk mengkonsumsi asam folat 400 mg, konsumsi makanan sehat dengan gizi yang seimbang hindari stress, jaga berat badan, berhenti merokok, tidak mengkonsumsi minuman berakohol, bersoda dan kopi, menghindari olahraga yang beresiko, dan menghindari penyakit menular, serta melakukan pemantauan pasca abortus, serta melakukan kolaborasi dengan dokter. (JNPK-KR 2012).

Pada kasus Ny.N umur 35 tahun dengan abortus spontan ini rencana tindakan yang akan diberikan adalah menyarankan ibu untuk mengkonsumsi

makanan sehat yang bergizi, pemberian tablet Fe 1x1, dan melakukan kolaborasi dengan dokter, jadi pada langkah ini terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan.

6. Pelaksanaan Tindakan

Pelaksanaan tindakan yang dapat dilakukan pada ibu dengan post abortus spontan tidak sesuai dengan rencana tindakan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02 / MENKES / 149/ 2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan : Pasal 18 : Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 16: ayat (e) pengeluaran sisa hasil konsepsi

Pelaksanaan tindakan pada ibu hamil Ny.N dengan pemberian oksitosin 10 UI secara IM, pemberian cairan infus 500 cc, pemberian tablet sulfas ferrosus, Pemberian antibiotik amoxcillin 0,2 mg, transfusi darah, dan uterotonika.

Asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu Ny. N dengan post abortus spontan adalah memantau perdarahan ibu, pemberian oksitosin secara IM, pemberian cairan infus 500 cc dan oksitosin 10 IU sebanyak 2 cc secara drips dalam kecepatan 10 tts/i, pemberian obat tablet sulfat ferrosus 600 mg/hari mencegah ibu dari anemia, dan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk tindakan dan pemberian obat yang akan di berikan. Jadi pada langkah ini terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan.

7. Evaluasi

Evaluasi ataupun hasil yang diharapkan dari asuhan kebidanan ibu hamil dengan abortus spontan adalah ibu sudah tidak mengalami perdarahan, tidak syok dan tidak terdapat infeksi (Vivien, 2013).

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 3 hari pada ibu Ny. N dengan Riwayat Abortus Spontan di Klinik Ridho, maka hasil asuhan yang didapat yaitu diagnosa potensial tidak terjadi, keadaan umum membaik, perdarahan berkurang,tidak terdapat anemia,ibu tidak syok dan tidak terdapat infeksi,ibu diperolehkan pulang. Jadi pada langkah ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melakukan “Asuhan Kebidanan Pada Ibu hamil yaitu Ny.N Umur 35 tahun P1A1 dengan post abortus spontan di klinik Ridho , Maka penulis dapat menyimpulkan kasus tersebut sebagai berikut:

1. Pengkajian terhadap ibu hamil dengan post abortus spontan dilakukan dengan pengumpulan data subjektif yaitu keadaan ibu lemah, janin tidak terabadi nyeri perut bagian bawah serta flek-flek selama 2 hari. Hasil pemeriksaan dengan vagina touche tidak terdapat sisa-sisa hasil konsepsi dan kontraksi uterus dalam keadaan baik.
2. Interpretasi data dilakukan dengan pengumpulan data secara teliti dan akurat sehingga didapatkan diagnosa kebidanan ibu hamil Ny.N dengan post abortus spontan. Masalah yang timbul adalah Anemia, Syok dan Infeksi.
3. Didapatkan diagnose potensial yang mungkin terjadi apabila masalah pada ibu Ny.N tidak teratasi berupa Anemia Berat.
4. Tindakan segera yang dilakukan pada ibu hamil dengan abortus spontan dilakukan secara menyeluruh pemantauan perdarahan ibu dan memberikan obat mencegah perdarahan pada ibu.
5. Rencana tindakan pada kasus Ny. N P₁A₁ dengan post abortus spontan adalah memberikan dukungan emosional, pemantauan perdarahan, pemberian cairan infus RL, pemberian oksitosin 10 UI, pemberian antibiotik amoxicillin, dan

pemberian obat sulfat ferrosus 600 mg/hari. Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus yang terdapat di lahan praktek karena rencana tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan teori.

6. Tindakan asuhan kebidanan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat yaitu dengan pemantauan perdarahan, pemberian cairan infus RL, pemberian oksitosin 10 UI, pemberian antibiotik amoxcillin, dan pemberian obat sulfat ferrosus 600 mg/hari.

7. Hasil evaluasi terhadap ibu hamil Ny.N yaitu keadaan ibu membaik, perdarahan berkurang, dan tidak terdapat syok dan infeksi pada ibu.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dengan disusunnya karya tulis ilmiah ini keefektifan proses belajar dapat ditingkatkan. Serta lebih meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengetahuan mahasiswa dalam hal penanganan kasus abortus spontan. Serta kedepan dapat menerapkan dan mengaplikasikan hasil dari studi yang telah didapat padahal kerja. Selain itu diharapkan juga dapat menjadi sumber ilmu dan bacaan yang dapat member informasi terbaru serta menjadi sumber referensi yang dapat digunakan sebagai pelengkap dalam pembuatan karya tulis ilmiah pada semester akhir berikutnya

2. Bagi Penulis

Diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang penatalaksanaan abortus dan dapat digunakan sebagai bahan perbandingan antara teori yang di dapat di bangku kuliah dan dilahan praktek.

3. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan agar lebih meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan, khususnya pada kasus post abortus spontan dan dengan adanya karya tulis ilmiah ini diharapkan di klinik dapat lebih meningkat akan kualitas pelayanan secara komprehensif khususnya dalam menangani ibu hamil dengan abortus.

FORMULIR

SURAT PERSETUJUAN JUDUL LTA

Medan, 28 April 2017

Kepada Yth:

Ketua Program Studi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Anita Veronika, S.SiT, M.KM

di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Yohana Permata Sari Zendrato

Nim : 022014072

Program Studi : D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Mengajukan judul dengan topik : Asuhan Kebidanan Ibu

Klinik/Puskesmas/RS Ruangan : Klinik Ridho

Judul LTA : "Asuhan Kebidanan Pada Ny.N Usia 35 Tahun P₁A₁ Dengan Post

Abortus Spontan di Klinik Ridho Tahun 2017"

Hormat saya

(Yohana Permata Sari)

Disetujui oleh,

Dosen Pembimbing

(Bernadetta Ambarita, S.ST., M.Kes)

Diketahui oleh,

Koordinator LTA

(Flora Naibaho, S.ST., M.Kes)

LEMBAR INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nurasyah

Umur : 35 Tahun

Alamat : Jl.H.Anif Gg.Apna

Dengan ini menyatakan setuju dan bersedia dijadikan pasien studi kasus Laporan Tugas Akhir dari mulai pemeriksaan sampai kunjungan Ibu Hamil oleh mahasiswi Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth.

Medan, 25 Maret 2017

Mahasiswi Prodi D-III Kebidanan



(Yohana Permata Sari Zendrato)

Klien



(Nurasyha)

Mengetahui,

Dosen Pembimbing LTA



(Bernadetta Ambarita, SST., M.Kes)

Bidan Lahan Praktek



(Masdiar Am.Kes)

SURAT REKOMENDASI

Yang bertanda tangan di bawah ini saya sebagai bidan di lahan praktek PKK mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan di BPM/RS/PKM/RB :

Nama : Masdior, Am. Keb

Alamat : Jl. Masjid Taufik

Menyatakan bahwa mahasiswa di bawah ini :

Nama : Yohana Permata Sari Zendraty

NIM : 022014072

Tingkat : III (Tiga)

Dinyatakan telah kompeten dalam melakukan asuhan ibu nifas pada Ny. S Mulai pengkajian sampai kunjungan ulang.

Demikian surat rekomendasi ini dibuat dan bisa dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, 28 Maret 2017

Bidan Lahan Praktek


(.....)

DAFTAR TILIK DILATASI ABORTUS

No	Tindakan/Kegiatan	Nilai
1.	PERSIAPAN Kaji Ulang Indikasi	
2	Lakukan Konseling dan Persetujuan tindakan medis	
3	Siapkan alat <ul style="list-style-type: none"> - Tenakulum - Spekulum cocor bebek - Spekulum Sims/L - Klem Ovum/Foerster - Cunam Tampon - Set Sendok Kuret - Set dilatator serviks - Sendok Uteri 	
4	Siapkan Pasien dan pencegahan infeksi sebelum Tindakan	
5	Berikan dukungan emosional	
6	Beri petidin 1-2 mg/kgBB IM atau IV sebelum memulai prosedur.	
7	Suntikkan 10 unit oksitosin IM atau 0,2 mg ergometrin IM sebelum tindakan agar uterus berkontraksi dan mengurangi risiko perforasi.	
8	TINDAKAN Lakukan pemeriksaan bimanual untuk menentukan bukan serviks, besar, arah, konsistensi uterus, dan kondisi forniks.	
9	Lakukan tindakan septik/antiseptik pada vvagina dan serviks.	
10	Periksa apakah ada robekan serviks atau hasil konsepsi dikanalis servikalis. Jika ada, keluarkan dengan forsep ovum	
11	Jepit porsio dengan tenakulum atau forsep ovum. Bila menggunakan tenakulum, jepit serviks pada pukul 11 dan 1. Catatan : Pada abortus inkomplit, forsep ovum lebih dianjurkan karena tidak merobek serviks.	
12	Jika menggunakan tenakulum, suntikkan lignokain 0,5% 1 mL pada bibir depan atau belakang serviks.	
13	Jika diperlukan dilatasi (dilatasi hanya diperlukan pada missed abortion atau jika sisa hasil konsepsi tertahan di kavum uteri untuk beberapa hari), mulai dengan dilator terkecil sampai kanalis servikalis cukup untuk dilalui	

No	Tindakan/Kegiatan	Nilai
	oleh sendok kuret (biasanya 10-12 mm).	
14	Hati-hati jangan sampai merobek serviks atau membuat perforasi uterus karena uterus hamil sangat lunak dan mudah perforasi.	
15	Lakukan pemeriksaan kedalaman dan lengkung uterus dengan penara kavum uteri.	
16	Masukkan sendok kuret melalui kanalis servikalis	
17	Lakukan kerokan dinding uterus secara sistematis hingga bersih (terasa seperti mengenai bagian tersebut)	
18	Lakukan pemeriksaan bimanual untuk menilai besar dan konsistensi uterus.	
	Hasil evakuasi diperiksa dulu dan apabila perlu, dikirim ke laboratorium patologi anatomik	
19	Perawatan Pasca Tindakan Berikan paracetamol 500 mg per oral bila perlu.	
20	Secepatnya mobilisasi dan realimentasi	
21	Berikan antibiotika profilaksis, termasuk tetanus profilaksis bila tersedia	
22	Boleh pulang 1-2 jam pasca tindakan jika tidak terdapat tanda-tanda komplikasi	

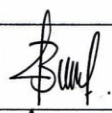
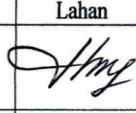
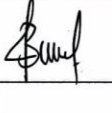
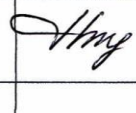
DAFTAR HADIR OBSERVASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Yohana Permata Sori Zendraty

NIM : 012014072

Nama Klinik : Klinik Ridho

Judul LTA : "Asuhan Kebidanan Pada Ny. W RA, dengan Post Abortus Spontan "

NO	Tanggal	Kegiatan	Tanda tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Pembimbing Klinik di Lahan
1.	26 Maret 2017	"Pemantauan Perdarahan Pada Ibu"		
2.	27 Maret 2017	"Memantau keadaan fisik ibu"		

Medan, 2017




Ka. Klinik








DAFTAR KONSULTASI PENYELESAIAN TUGAS AKHIR

NO	HARI/TANGGAL	DOSEN	PEMBAHASAN	PARAF DOSEN
1.	21 April 2017	Bernadetta A, SST, MKes	Konsultasi judul UTA "Asuhan Kebidanan pada Ny. M. 5 usia 0 hari dengan Pemeriksaan Fisik pada bayi selama 6 jam"	<i>[Signature]</i>
2.	27 April 2017	Bernadetta A, SST, MKes	Perbaikan Judul UTA "Asuhan Kebidanan pada Ny. N umur 35 tahun P1A1 usia kehamilan 24 minggu 1 hari dengan Abortus" Perbaikan Judul UTA dan Acc. Judul	<i>[Signature]</i>
3.	29 April 2017	Bernadetta A, SST MKes	"Asuhan Kebidanan pada Ny. N umur 35 tahun, P1A1, usia kehamilan 24 minggu 1 hari dengan Abortus komplitus dilahirkan Babo" Konsultasi Bab I	<i>[Signature]</i>
4.	8 Mei 2017	Bernadetta A, SST MKes	"Mencari data penunjang sesuai kasus "Abortus komplitus" Konsultasi Bab II dan subbab Bab I	<i>[Signature]</i>
5.	8 Mei 2017	Bernadetta A, SST MKes	"Mencari rujukan teori yang sesuai dengan referensi" Konsultasi Bab II dan konsultasi Bab II	<i>[Signature]</i>
6.	9 Mei 2017	Bernadetta A, SST MKes	"Pembahasan Bab II (Spur), penulisan kata baku? "Memaparkan rujukan kasus sesuai tindakan di Ulini" Perbaikan Bab II dan konsultasi Bab II	<i>[Signature]</i>
7.	10 Mei 2017	Bernadetta A, SST MKes	"Melakukan pemberian pilus dan kunjungan yang ada" "Membuat Bab II sesuai dengan kuesioner Ulini"	<i>[Signature]</i>






DAFTAR KONSULTASI PENYELESAIAN TUGAS AKHIR

NO	HARI/TANGGAL	DOSEN	PEMBAHASAN	PARAF DOSEN
8	12 Mei 2017	Bernadetta A, ST, M. Kes	Perbaikan Bab 6 dan konsultasi "Hilangkapri" lanjutan antara lain dan setelah dan membuat kesimpulan dan saran sesuai kasus yang ada.	
9	13 Mei 2017	Bernadetta A, ST, M. Kes	Perbaikan Bab 6 dan "Hilangkapri" laporan, Membuat kembali kesimpulan dan Mumpukan pengetahuan.	
10.	13 Mei 2017	Bernadetta A, ST, M. Kes	Acc laporan.	

2. Konsultasi Perbaikan / Penelitian

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1.	Jumat, 19 Mei 2017	Bernadetta A, SST, HKes	"Konsultasi perbaikan judul Laporan Tugas Akhir"	
2	Jumat, 19 Mei 2017	Roktawance S, SST, HKes	"Konsultasi perbaikan bab 1 - V laporan tugas akhir"	
3.	Selasa, 23 Mei 2017	Flora Naibaho, SST, HKes	"Konsultasi perbaikan judul dan pendisiran serta tanda baca bab 1 - V laporan tugas akhir" dan menambahkan konklusi dan wawancara"	
4.	Jumat, 26 Mei 2017	Flora Naibaho, SST, HKes	"Konsultasi perbaikan tanda baca dan perbaikan wawancara bidan yang terbaru"	
5.	Jumat 26 Mei 2017	Roktawance, SST, HKes	"Konsultasi perbaikan pendisiran dan tanda baca bab 1 - V"	

2. Konsultasi Perbaikan / Penelitian

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dose
6.	Jumat, 26 Mei 2017.	R. Oktaviana S. SST, H. Kes.	"Konsultasi memperbaiki tulisan rata kanan rata kiri bab III"	
7.	Jumat, 26 Mei 2017	R. Oktaviana, S. SST, H. Kes.		
8.	Sabtu, 27 Mei 2017	Flora Nabaho, SST, H. Kes	Lengkapi dokumen sesuai panduan Ace Nisi	
9	Jumat, 19 Mei 2017	Bernadetta A. SST, H. Kes	"Konsultasi perbaikan bab I - V"	
10.	Jumat 26 Mei 2017	Bernadetta A. SST, H. Kes	"Konsultasi perbaikan bab IV & V"	