

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.J USIA 26 TAHUN G1P0A0 USIA
KEHAMILAN 14 MINGGU DENGAN *ABORTUS IMMINENS*
DIRUMAH SAKIT SANTA ELISABETH LUBUK BAJA
BATAM TAHUN 2017**

STUDI KASUS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir
Pendidikan D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**



Disusun Oleh :

**KLARA ZIDOMI
022015034**

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.J USIA 26 TAHUN G1P0A0 USIA
KEHAMILAN 14 MINGGU DENGAN *ABORTUS IMMINENS*
DIRUMAH SAKIT SANTA ELISABETH LUBUK BAJA
BATAM TAHUN 2017

Studi Kasus

Diajukan Oleh

Klara Zidomi
NIM : 022015034

Telah Dipерiksa Dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada
Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Oleh :

Pembimbing : Anita Veronika, S.SiT., M.KM

Tanggal : 19 Mei 2018

Tanda Tangan: 

Mengetahui

Ketua Program Studi D3 Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan



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



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

Tanda Pengesahan

Nama : Klara Zidomi
NIM : 022015034
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ny.J Usia 26 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan
14 Minggu Dengan *Abortus Imminens* Dirumah Sakit Santa Elisabeth
Lubuk Baja Batam Tahun 2017

Telah Disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
pada Selasa, 22 Mei 2018 dan dinyatakan **LULUS**

TIM PENGUJI:

Penguji 1 : Risda Mariana Manik, S.ST., M.K.M

Penguji 2 : R. Oktaviance S, S.ST., M.Kes

Penguji 3 : Anita Veronika, S.SiT., M.KM

TANDA TANGAN



CURICULUM VITAE



Nama : Klara Zidomi
Tempat/Tanggal Lahir : Pulau Marit, 08 Juni 1997
Nim : 022015034
Agama : Kristen Katolik
Nama Ayah : Martinus Zidomi
Nama Ibu : Yasmani Hondro
Anak Ke : 1 dari 4 bersaudara
Pekerjaan : Mahasiswi
Status : Belum Kawin
Suku/Bangsa : Nias/Indonesia
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Hilijato SB. Marit Kecamatan Pulau-Pulau Batu Utara
Kabupaten Nias Selatan
Pendidikan :
1. SDN 071129 Marit : 2003-2009
2. SMPN 1 Pulau-Pulau Batu : 2009-2012
3. SMAN 1 Pulau-Pulau Batu : 2012-2015
4. D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Angkatan 2015

LEMBAR PERSEMBAHAN

Ayah..Ibu...

****Saat lelahku tiba....**

Aku teringat kalimat sederhana yaitu “kuat”

Kalimat yang selalu kalian ucapkan ketika aku

Menyerah, bahkan sakit.

Sekarang aku merasa sangat berharga dan istimewa

Karena aku lahir dari rahim seorang malaikat

yang sangat mencintai Yaitu ibu dan hidup dari jerih payah

seorang ayah yang sangat menyayangiku



Sejauh ini...masih belum ada sesuatu yang berharga yang bisa

kuberikan untuk membalas semuanya tetapi

aku memberikan sebuah janji kecil yaitu “suatu saat aku akan menjagamu”

Ayah...Ibu...maaf karena aku pernah menyakiti hatimu

Dengan sikapku yang kekanak-kanakan (suka, marah, cengeng, dan pernah membuatmu menangis)...itu aku yang dulu



**Dibalik itu, aku mau mengucapkan sejatah kalimat juga yaitu terima kasih
buat Ayah dan Ibu telah mendampingiku saat pertama aku membuka mata
lalu menangis karena aku telah hadir didunia ini...lalu merawat,
membimbingku, membekalkanku sampai aku tiba disini.Ayah....Ibu..Engkau
adalah kiriman Tuhan...hadih besar dari Tuhan yang diberikan untukku
dan Anugrah teindah dalam hidupku...Ijinkan aku mengatakan “Ayah..Ibu
aku sangat mencintaimu”**

**MOTTO :segala perkara dapat kutanggung didalam Dia yang memberi
kekuatan kepadaku.**

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi kasus LTA yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny.J Usia 26 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 14 Minggu Dengan Abortus Imminens Dirumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam Tahun 2017”** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

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

Medan, 16 Mei 2018

Yang membuat pernyataan

Materai

6000

(Klara Zidomi)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.J USIA 26 TAHUN G1P0A0 USIA
KEHAMILAN 14 MINGGU DENGAN ABORTUS IMMINENS
DIRUMAH SAKIT SANTA ELISABETH LUBUK BAJA
BATAM TAHUN 2017¹**

Klara Zidomi², Anita Veronika³

INTISARI

Latar Belakang : Di dunia, terjadi 208 juta kehamilan dengan 41 juta mengarah ke aborsi dan 11 juta mengarah ke abortus spontan. Di negara berkembang, 90% abortus terjadi secara tidak aman, sehingga berkontribusi 11%-13% terhadap kematian maternal. Menurut WHO, diperkirakan 4,2 juta abortus dilakukan setiap tahun di ASEAN dengan perincian 1,3 juta dilakukan di Vietnam dan Singapura, 750.000–1,5 juta dilakukan di Indonesia, 155.000–750.000 dilakukan di Filipina dan 300.000–900.000 dilakukan di Thailand. Laporan dari *Australian Consortium For Indonesian Studies*, bahwa hasil penelitian yang dilakukan di 10 kota besar dan 6 kabupaten di Indonesia menunjukkan terjadi 43 kasus aborsi per 100 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Tujuan : Penulis diharapkan terampil dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan *abortus imminentis* melalui pendekatan manajemen Varney.

Metode : Laporan ini merupakan laporan studi survei dengan metode deskriptif, lokasi study kasus ini di Rumah Sakit Elisabeth Lubuk Baja Batam. Subjek studi kasus yang diambil penulis yaitu ibu hamil dengan *Abortus Imminens* yang dilakukan pada tanggal 07 Desember 2017. Teknik pengumpulan data melalui pengumpulan data subjektif dan objektif.

Hasil : Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada Ny.J dengan *Abortus Imminens* selama 4 hari, dengan cara mengajukan ibu untuk bedrest total, melakukan pemasangan infus, memasang kateter, dan pemberian terapi sesuai dengan anjuran dokter SpOG dan dilakukan USG oleh dokter SpOG didapatkan hasil janinnya dalam keadaan baik dan ibu dianjurkan rawat inap. setelah 4 hari, ibu didapatkan keadaan normal, jumlah flek darah sudah berkurang dan tidak ada nyeri perut yang dirasakan ibu, ibu sudah bisa turun dari tempat tidur dan masalah sebagian teratasi. Ibu diharapkan tidak melakukan aktivitas yang berat, hindari berhubungan seks, makan makanan yang sehat, hindari asap rokok, alkohol, kopi dan ibu menjaga pola istirahat dengan baik. *Abortus Imminens* dapat dicegah

Kata Kunci : Abortus Imminens
Referensi : 6 (2009-2017)

¹ Judul Penulisan Studi Kasus

² Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³ Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MIDWIFERY CARE TO NY. J AGE 26 YEARS G1 P0 A0 AGE PREGNANCY
14 WEEK WITH IMMINENS ABORTION IN SANTA ELISABETH
LUBUK BAJA BATAMHOSPITAL
IN 2017¹**

Klara Zidomi², Anita Veronika³

ABSTRAC

The Background : In this world, happened 208 million pregnancy with 41 million leads to abortion and 11 million to a spontaneous abortion. In developing countries, 90% of abortions occur uncomfortably, so contributing 11%-13% of maternal deaths. According to WHO, estimate 4.2 million abortions done faithfully year in asean with details 1,3 million done in Vietnam and Singapura, 750.000-1,5 million done in Indonesian, 155.000-750.000 done in Filiphina and 300.000-900.000 done in Thailand. Report from Australia Consortium For Indonesian Studies, that the result of research which is conducted 10 big city and 6 districts in Indonesian show happened 43 cases for abortion per 100 live birth (Ministry Of Health RI, 2015).

Destination : The author is expected to be skilled in providing midwifery care in pregnant women with abortus imminens through the Varney management approach

The Method : This report is a survey study report with descriptive method, the location of this case study at Elisabeth Lubuk Baja Batam Hospital. Subjects of case studies taken by the authors are pregnant women with abortus imminens conducted on 07 December to December 2017. Techniques of collecting data through the collection of subjective and objective data.

Result : After being given special treatment and therapy, the bleeding experienced by Ny.J is partially resolved

Conclusion :

Keyword :Imminens Abortion

Reference : 6 (2009-2017)

¹The title of the writing of scientific

²Student obstetri STIKesSantaElisabethMedan

³Lecturer STIKesSantaElisabethMedan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Pada Ny.J Usia 26 Tahun G1 P0 A0 Usia Kehamilan 14 Minggu Dengan *Abortus Imminens* Dirumah Sakit SantaElisabeth Lubuk Baja BatamTahun 2017”.laporan tugas akhir ini dibuat sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan program studi D3 kebidanan.

Penulis menyadari masih banyak kesalahan baik 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 mengalami kesulitan dan hambatan, karena keterbatasan kemampuan dan ilmu akan tetapi berkat bantuan dan bimbingan yang sangat berarti dari berbagai pihak, baik dalam bentuk moral, material, maupun spiritual, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan baik. Untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tulus dan ikhlas kepada :

1. Mestiana Br. Karo,S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan D3 Kebidanan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

2. Anita Veronika S.SiT., M.KM selaku Ketua Program Studi D3 Kebidanan sekaligus selaku dosen pembimbing penulis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan. Terkhusus untuk Beliau yang telah banyak member kesempatan dan meluangkan waktu, pikiran, serta petunjuk dalam membimbing, melengkapi, dan memotivasi penulis dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
3. Ermawaty Arisandy, S.ST., M.Kes selaku dosen pembimbing akademik penulis yang telah banyak memberikan dukungan, semangat serta motivasi selama menjalani perkuliahan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
4. Risda Mariana Manik dan R. Oktaviance Selaku dosen penguji yang telah banyak memberi waktu, saran, dan masukan kepada penulis suntuk penyelesaian penulisan laporan tugas akhir ini.
5. Seluruh Staff dan dosen pengajar program studi D3 Kebidanan dan pegawai yang telah memberikan ilmu, nasehat, dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
6. Ucapan terimakasih kepada klien atas nama Ny.J karena telah bersedia menjadi pasien penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan tugas akhir ini.
7. Sembah sujud untuk yang terkasih dan tersayang saya ucapkan terimakasih yang terdalam dengan rasa hormat kepada orangtua saya, Martinus Zidomi tersayang Ibunda tercinta Yasmani Hondo, serta Abang saya Reski Sentosa dan Adek saya Yesinta Zidomi, Sylvester Yoman Zidomi, dan Marvel Gracia Zidomi yang telah memberikan motivasi, dukungan moril, material, dan

senantiasa mendoakan sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini.

8. Kepada Sr. M. Flaviana FSE dan Ibu Ida selaku ibu asrama dan seluruh karyawan diasrama yang telah memberikan motivasi dan doa bagi penulis selama tinggal di Asrama STIKes Santa Elisabeth Medan.
9. Kepada pamanku Paulus Hondro yang menjadi wali orangtua penulis, yang selalu memberi semangat, motivasi serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini.
10. Seluruh teman-teman mahasiswa Prodi D3 Kebidanan angkatan XV, dan yang telah yang telah memberikan semangat, motivasi, dan membantu penulis dalam berdiskusi dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini.

Akhir kata penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak, semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dan harapan penulis semoga laporan tugas akhir memberi manfaat bagi kita semua.

Medan, 16 Mei 2018
Penulis,

(Klara Zidomi)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE	iv
LEMBAR PERSEMBAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
INTISARI	vii
ABSTRAK	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LatarBelakang	1
B. TujuanPenulisan	4
1. TujuanUmum	4
2. TujuanKhusus	4
C. MafaatPenulisan	5
1. ManfaatTeoritis	5
2. ManfaatPraktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Kehamilan	7
1.Pengertia Kehamilan	7
2.Perubahan Anatomi dan Fisiologi Pada Ibu Hamil	8
a. SistemReproduksi	9
b. SistemIntegumen	12
c. SistemMusculoskeletal	13
d. SistemEndokrin	13
e. SistemRespirasi	15
f. Sistem Gastrointestinal	16
g. SistemKardiovaskular	18
h. SistemPerkemihan	20
i. Sistem Neurologi	21
3.Pertumbuhan dan Perkembangan Janin	22
4.Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil	36
5.Komplikasi Pada Kehamilan	38

6. Kebutuhan Pada Ibu Hamil	42
B. Pengertian Abortus Imminens	43
1. Pengertian Abortus	43
2. Klasifikasi	45
3. Faktor Resiko	48
4. Etiologi	50
5. Tanda dan Gejala	54
6. Diagnosis Klinis	54
7. Penatalaksanaan	55
C. Asuhan kebidanan	56
BAB III METODE STUDI KASUS	63
A. Jenis Studi	63
B. Lokasi Studi Kasus	63
C. Subyek Studi Kasus	63
D. Waktu Studi Kasus	63
E. Teknik Pengumpulan	63
F. Alat-alat yang Dibutuhkan	66
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	68
A. Tinjauan Kasus	68
B. Pembahasan	83
BAB V PENUTUP	88
A. Kesimpulan	88
B. Saran	89

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

1. Surat persetujuan judul LTA
2. Surat permohonan ijin praktek Rumah Sakit
3. ADL
4. Leaflet
5. Data mentah
6. Lembar Konsultasi
- dll

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan terdapat 210 kematian wanita tiap 100.000 kelahiran hidup akibat komplikasi kehamilan dan persalinan ditahun 2013 disebabkan oleh abortus. Di Asia Tenggara (ASEAN) sebanyak 232.000 ibu meninggal karena komplikasi diantaranya yang disebabkan oleh abortus dan komplikasi lain diantaranya 15% Anemia 13 % Hipertensi dalam kehamilan 9% persalinan obstruktif dan infeksi 12% serta perdarahan 31% (Azhar, 2016).

Abortus merupakan berakhirnya atau pengeluaran hasil konsepsi oleh akibat-akibat tertentu pada atau sebelum kehamilan berusia 20 minggu atau berat badan janin kurang dari 500 gram atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup diluar kandungan. Abortus dini terjadi pada kehamilan sebelum 12 minggu umur kehamilan, sedangkan abortus tahap akhir (*late abortion*) terjadi antara 12–20 minggu umur kehamilan (Purwaningrum, 2017).

Menurut data *World Health Organisation* (WHO) tahun 2008 presentase kemungkinan terjadinya abortus cukup tinggi, sekitar 15-40% (*abortus incomplete* 15-25%, *abortus imminens* 8-16,2%, *abortus complete* 4-13,5%) (Pitriani, 2013).

Riwayat abortus pada penderita abortus nampaknya juga merupakan predisposisi terjadinya abortus berulang. Kejadiannya sekitar 3–5 %. Data dari beberapa studi menunjukkan bahwa setelah 1 kali abortus spontan, pasangan punya risiko 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2

kali, risikonya akan meningkat 25%. Beberapa studi meramalkan bahwa risiko abortus setelah 3 kali abortus berurutan adalah 30 – 45% (Pitriani, 2013).

Di dunia, terjadi 208 juta kehamilan dengan 41 juta mengarah ke aborsi dan 11 juta mengarah ke abortus spontan. Di negara berkembang, 90% abortus terjadi secara tidak aman, sehingga berkontribusi 11%-13% terhadap kematian maternal (Kemenkes RI, 2015). Menurut WHO, diperkirakan 4,2 juta abortus dilakukan setiap tahun di ASEAN dengan perincian 1,3 juta dilakukan di Vietnam dan Singapura, 750.000–1,5 juta dilakukan di Indonesia, 155.000–750.000 dilakukan di Filipina dan 300.000–900.000 dilakukan di Thailand. Laporan dari *Australian Consortium For Indonesian Studies*, bahwa hasil penelitian yang dilakukan di 10 kota besar dan 6 kabupaten di Indonesia menunjukkan terjadi 43 kasus aborsi per 100 kelahiran hidup (Purwaningrum, 2017).

Riskesdas tahun 2010 menunjukkan presentase keguguran di Indonesia sebesar 4% pada kelompok perempuan pernah kawin usia 10–59 tahun. Presentase kejadian abortus spontan di Indonesia berdasarkan kelompok umur yaitu 3,8% pada kelompok umur 15–19 tahun, 5,8 % pada kelompok umur 20-24 tahun, 5,8% pada kelompok umur 25-29 tahun dan 5,7% pada kelompok umur 30-34 tahun (Kemenkes RI, 2015). Besarnya kemungkinan keguguran yang terjadi pada wanita usia subur adalah 10%–25% (Purwaningrum, 2017).

Hasil analisis SDKI menunjukkan bahwa tren angka kematian maternal menunjukkan penurunan dari SDKI 1997 sampai dengan SDKI 2007. Rasio kematian maternal pada tahun 1997 adalah 390 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Analisis yang tidak dipublikasi menunjukkan penurunan yang kecil menjadi

334 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada periode 1993-1997. Rasio kematian maternal menurun menjadi 307 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada SDKI 2002-2003 dan 228 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada SDKI 2007 (Fitri, 2017).

Namun, angka ini meningkat pada SDKI 2012 menjadi 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan target yang ditetapkan dalam MDGs adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 dimana angka tersebut masih jauh dari target yang ditetapkan. Penyebab terbesar langsung kematian ibu di Indonesia sampai saat ini masih didominasi oleh perdarahan yaitu 42%, Eklampsia/Preeklampsia 13%, Abortus 11%, Infeksi 10%, Partus lama/persalinan macet 9% dan sebab lainnya 15% (Fitri, 2017).

Berdasarkan data diatas angka kejadian kehamilan dengan Abortus Imminens cukup tinggi namun jika tidak segera ditangani atau dilakukan pencegahan dapat berkelanjutan ke hal yang lebih membahayakan ibu dan janin. Sesuai dengan kompetensi dan Visi-Misi STIKes Santa Elisabet D3 Kebidanan adalah menghasilkan tenaga bidan yang unggul dalam pencegahan kegawatdaruratan maternal dan neonatal berdasarkan daya kasih Kristus yang menyembuhkan sebagai tanda kehadiran Allah di Indonesia tahun 2022, sehingga penulis tertarik mengambil studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Ny.J Usia 26 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 14 Minggu Dengan Abortus Imminens Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam Tahun 2017”, diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa program studi D3 Kebidanan Stikes Santa Elisabeth Medan mendapat pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada Ny.J G1P0A0 Usia kehamilan 14 minggu dengan Abortus Imminens di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam tahun 2017 dengan menggunakan pendekatan manajemen menurut Varney.

2. Tujuan Khusus

- a) Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.J G1P0A0 Usia kehamilan 14 minggu dengan Abortus Imminens di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam tahun 2017
- b) Penulis mampu melakukan interpretasi data dasar, masalah dan kebutuhan pada Ny.J G1P0A0 Usia kehamilan 14 minggu dengan Abortus Imminens di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam tahun 2017
- c) Penulis mampu menganalisa diagnosa/masalah potensial atau resiko yang terjadi pada Ny.J G1P0A0 Usia kehamilan 14 minggu dengan Abortus Imminens di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam tahun 2017
- d) Penulis mampu melakukan tindakan segera/kolaborasi pada Ny.J G1P0A0 Usia kehamilan 14 minggu dengan Abortus Imminens di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam tahun 2017
- e) Penulis mampu melakukan perencanaan tindakan pada Ny.J G1P0A0 Usia kehamilan 14 minggu dengan Abortus Imminens di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam tahun 2017

- f) Penulis mampu melakukan implementasi tindakan pada Ny.J G1P0A0 Usia kehamilan 14 minggu dengan Abortus Imminens di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam tahun 2017
- g) Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny.J G1P0A0 Usia kehamilan 14 minggu dengan Abortus Imminens di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam tahun 2017

C. Manfaat

1. Teoritis

Hasil kasus dapat digunakan sebagai bahan informasi bagi perkembangan ilmu kebidanan, khususnya dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Abortus Imminens.

2. Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan mampu meningkatkan mutu pelayanan dalam penanganan *abortus imminens* sesuai dengan manajemen kebidanan sehingga akan memberikan dampak menurunkan angka kematian ibu dan janin.

b. Bagi Penulis

- a. Mendapatkan pengalaman menerapkan manajemen kebidanan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu dengan Abortus Imminens, sehingga nantinya pada saat bekerja dilapangan dapat dilakukan secara sistematis yang pada akhirnya meningkatkan mutu pelayanan yang akan memberikan dampak menurunkan angka kematian ibu.

- b. Belajar menerapkan langsung pada masyarakat di lapangan perkembangan ilmu pengetahuan yang di peroleh di dalam kelas.

c. Bagi Masyarakat

Dapat menambah pengetahuan klien khususnya dan masyarakat umumnya dalam penanganan Abortus Imminens, serta dapat mengenali tanda-tanda bahaya dan resiko pada ibu hamil.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang memberikan perubahan pada ibu maupun lingkungannya. Dengan adanya kehamilan maka seluruh sistem genetalia wanita mengalami perubahan yang mendasar untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim selama proses kehamilan berlangsung. Kehamilan merupakan suatu peristiwa yang penting dalam kehidupan seorang wanita dan keluarga pada umumnya, walaupun perubahan besar yang akan terjadi sangat mempengaruhi semua orang terutama wanita, (Hutahaean, 2013).

Ada beberapa tanda-tanda kehamilan yang dapat diperhatikan, yaitu sebagai berikut.

1. Tanda presuntif/dugaan
 - a. Amenorea.
 - b. Morning sickness
 - c. Sering BAK
 - d. Payudara membesar, tegang
 - e. Fatigue
 - f. Perubahan kulit.
2. Tanda mungkin hamil
 - a. Pembesaran abdomen (12 minggu)

- b. Tanda piscaek, yaitu pertumbuhan rahim tidak sama kesemua arah, tetapi terjadi pertumbuhan yang cepat di daerah implantasi plasenta sehingga bentuk rahim tidak simetris (usia 4-6 minggu).
- c. Tanda Hegar, yaitu perubahan pada isthmus uteri yang menyebabkan isthmus uteri menjadi lebih panjang dan lunak (usia 6 minggu).
- d. Tanda Goodle, yaitu perlukan pada leher rahim akibat peningkatan vaskularisasi (usia 8 minggu).
- e. Tanda chadwick, yaitu warna merah tua atau kebiruan pada vagina akibat peningkatan vaskularisasi (usia 6-8 minggu)
- f. Kontraksi Braxton hicks, kontraksi uterus yang datangnya sewaktu-waktu, tidak beraturan dan tidak mempunyai irama tertentu (akhir trimester pertama).
- g. Tes kehamilan positif (usia 7-10 hari setelah konsepsi)

3.Tanda pasti hamil

- a. Adanya denyut jantung janin
- b. Adanya pergerakan janin (usia 19 minggu)
- c. Visualisasi fetus dalam USG (usia 5-6 minggu)

2. Perubahan Anatomi Dan Fisiologi Pada Kehamilan

Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil sebagian besar sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan terus berlanjut selama kehamilan. Kebanyakan perubahan ini merupakan respons terhadap janin. Semua perubahan akan kembali seperti keadaan sebelum hamil setelah proses persalinan dan menyusui selesai (Prawirohardjo, 2016).

a. Sistem reproduksi

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti semula dalam beberapa minggu setelah persalinan (Prawirohardjo, 2016).

Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot, sementara produksi miosit yang baru sangat terbatas. Bersamaan dengan hal itu terjadi akumulasi jaringan ikat dan elastik, terutama pada lapisan otot luar. Kerja sama tersebut akan meningkatkan kekuatan dinding uterus. Daerah korpus pada bulan-bulan pertama akan menebal, tetapi seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menipis. Pada akhir kehamilan ketebalannya hanya berkisar 1,5 cm bahkan berkurang (Prawirohardjo, 2016).

Pembesaran uterus pada perabaan tinggi fundus uteri ibu hamil, dapat ditafsirkan sebagai berikut:

- a. Tidak hamil/normal sebesar telur ayam (± 30 gr)
- b. 8 minggu : telur bebek
- c. 12 minggu : telur angsa
- d. 16 minggu : pertengahan simfisis ke pusat
- e. 20 minggu : pinggir bawah pusat
- f. 24 minggu : pinggir atas simfisis
- g. 28 minggu : sepertiga pusat ke xiphoid

- h. 32 minggu : pertengahan pusat ke xiphoid
- i. 36-42 minggu : 3 jari dibawah xiphoid

2) Serviks

- a. Serviks terdapat tanda-tanda chadwick, goodle dan mucus plug
- b. Serviks uteri megalami hipervaskularisasi dan pelunakan (tanda hegar)
- c. Lendir serviks meningkat seperti gejala keputihan

3) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah relatif minimal (Prawirohardjo, 2016).

4) Vagina dan perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang di kenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel polos (Prawirohardjo, 2016).

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina. Papilla mukosa juga mengalami hipertrofi (Prawirohardjo, 2016).

Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal. pH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2016).

5) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut colostrum dapat keluar. Colostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin di tekan oleh *prolactin inhibiting hormone*. Setelah persalinan kadar progesteron dan ekstrogen akan menurun sehingga pengaruh inhibisi progesteron terhadap laktalbumin akan hilang (Prawirohardjo, 2016).

Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar *Montgomery*, yaitu kelenjar sebasea dari areola akan membesar dan cenderung untuk menonjol keluar. Jika payudara makin membesar, striae seperti yang terlihat pada perut akan muncul. Jika payudara sebelum kehamilan tidak mempunyai hubungan banyaknya air susu yang akan dihasilkan (Prawirohardjo, 2016).

b. Sistem Integumen

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada multipara selain *striae* kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari *striae* sebelumnya (Prawirohardjo, 2016).

Pada banyak perempuan kulit di garis pertengah perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum*. Selain itu, pada areola dan daerah ginjal juga kan terlihat atau sangat jauh berkurang setelah persalinan. Kontrasepsi oral juga bisa menyebabkan terjadinya hiperpigmentasi yang sama (Prawirohardjo, 2016).

Perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah epidermal dan dermal yang penyebab pastinya belum diketahui. Adanya peningkatan kadar serum *melanocyte stimulating hormone* pada akhir bulan kedua masih sangat diragukan sebagai penyebabnya. Estrogen dan Progesteron diketahui mempunyai peran dalam melanogenesis dan diduga bisa menjadi faktor pendorongnya (Prawirohardjo, 2016).

c. Sistem Muskuloskeletal

1. Pembesaran payudara dan rotasi anterior panggul memungkinkan untuk terjadinya lordosis.

2. Ibu sering mengalami nyeri di bagian punggung dan pinggang karena mempertahankan posisi stabil, beban meningkatkan pada otot punggung dan kolumna vertebrae.

3. Adaptasi muskuloskeletal

a. Pengaruh hormonal

- 1) Relaksasi persendian karena pengaruh hormon relaksin.
- 2) Mobilitas dan pliabilitas (pelunakan) meningkat pada sendi sakroiliaka.

b. Pengaruh mekanik

- 1) Peningkatan berat badan karena pembesaran uterus
- 2) perubahan postur
- 3) Relaksasi dan hipermobilitasi sendi pada masa hamil kembali stabil dan ukuran sama dengan sebelum hamil kecuali pada kaki (Hutahaen, 2013)

d. Sistem Endokrin

1. Kelenjar tiroid

- a) pembesaran kelenjar tiroid merupakan akibat hiperplasia jaringan glandular dan peningkatan vaskularitas.
- b) konsumsi oksigen (O_2) dan peningkatan basal metabolic rate (BMR) merupakan akibat aktivitas metabolisme janin.

2. Kelenjar paratiroid

- a) Kehamilan menginduksi hiperparatiroidisme sekunder ringan, suatu refleks peningkatan kebutuhan kalsium (Ca) dan vitamin D.

b) Saat kebutuhan rangka janin mencapai puncak (pertengahan kedua kehamilan kadar parathormon plasama meningkat, kadar meningkat antara minggu ke-15 dan ke-35 gestasi.

3. Pakreas

a. Janin butuh glukosa sebagai bahan bakar pertumbuhan, tidak hanya menghasilkan simpanan glukosa ibu tetapi juga menurunkan kemampuan ibu menyintesis glukosa dengan menyedot habis asam amino ibu.

b. Kadar glukosa ibu menurun, insulin ibu tidak dapat menembus plasenta untuk sampai ke janin. Akibatnya, pada awal kehamilan pankreas meningkatkan produksi insulinnya.

c. Seiring peningkatan usia kehamilan, plasenta bertumbuh dan secara progresif memproduksi hormon dalam jumlah yang lebih besar (misalnya: human placental lactogen-HPL, estrogen dan progesteron). Peningkatan produksi kortisol oleh kelenjar adrenal juga terjadi.

d. Estrogen, progesteron, dan kortisol secara kolektif menurunkan kemampuan ibu untuk menggunakan insulin. Hal ini merupakan mekanisme protektif yang menjamin suplai glukosa untuk mencukupi kebutuhan unit feto-placental. Akibatnya, tubuh ibu hamil membutuhkan lebih banyak insulin.

4. Proklatin hipofisis

a. Pada kehamilan, proklatin serum mulai meningkat secara progresif pada trimester I sampai aterm.

b. Secara umum diyakini bahwa walaupun semua unsur hormonal (estrogen, progesteron, tiroid, insulin, dan kortisol bebas) yang diperlukan untuk

pertumbuhan payudara dan produksi susu terdapat dalam kadar yang meningkat selama kehamilan, kadar estrogen yang tinggi menghambat pengikatan proklatin pada jaringan payudara, sehingga menghambat efek proklatin pada epitel target.

c. Progesteron menyebabkan lemak di simpan dalam jaringan subcutan di abdomen, punggung, dan paha atas. Lemak berfungsi sebagai cadangan energi, baik pada masa hamil maupun menyusui.

d. Beberapa hormon lain yang memengaruhi nutrisi sebagai berikut:

1) Aldosteron mempertahankan natrium

2) Tiroksin mengatur metabolisme

3) Paratiroid mengontrol metabolisme kalsium (Ca) dan magnesium (Mg).

4) *Human placental lactogen* (HPL) berperan sebagai hormon pertumbuhan kelenjar susu di dalam payudara dan berbagai perubahan metabolik yang mengiringinya.

5) *human chorionic gonadotropin* (Hcg) menginduksi mual dan muntah pada beberapa wanita selama awal kehamilan (Hutahaean, 2013).

e. Sistem Respirasi

Kebutuhan oksigen meningkat 15-20%, diafragma terdorong ke atas, hiperventilasi, pernapasan dangkal (20-24x/i) mengakibatkan penurunan komplikasi dada, volume residu dan kapasitas paru serta terjadi peningkatan volume tidal. Oleh karena itu, sistem respirasi selama kehamilan dapat mengakibatkan peningkatan inspirasi dan ekspirasi dalam pernafasan yang secara langsung juga memengaruhi suplai oksigen (O₂) dan karbon dioksida (CO₂) pada janin (Hutahaean, 2013).

1. Jika inspirasi meningkat, maka jumlah kebutuhan oksigen (O₂) akan meningkat (oksigen diarteri meningkat), sehingga suplai oksigen yang sampai kefetus meningkat.

2. Jika eksiparasi meningkat, maka output karbon dioksida (CO₂) meningkat, sehingga karbon dioksida dalam darah maternal menurun yang selanjutnya akan memudahkan transfer karbon dioksida dari fetus kepada maternal.

f. Sistem Gastrointestinal

Selama masa hamil, nafsu akan meningkat, sekresi usus berkurang, fungsi hati berubah, dan absorpsi nutrien meningkat. Aktivitas peristaltik (motilitas) menurun, akibatnya bising usus menghilang, sehingga menyebabkan konstipasi mual, serta muntah. Aliran darah ke panggul dan tekanan vena meningkat, sehingga menyebabkan hemmoroid terbentuk pada akhir kehamilan (Hutahaean, 2013).

1. Mulut

a) Gusi hiperemesis, berongga, dan membengkak. Gusi cenderung udah mudah berdarah karena kadar estrogen yang meningkat menyebabkan peningkatan vaskularitas selektif dan poliferasi jaringan ikat).

b) Tidak ada peningkatan sekresi saliva, akan tetapi ibu mengeluhkan ptialisme (kelebihan saliva) diduga karena ibu secara tidak sadar jarang menelan saat merasa mual (Hutahaean, 2013).

2. Gigi

- a) Kebutuhan kalsium dan fluor lebih tinggi sekitar 0,4 g dari pada kebutuhan saat ibu tidak hamil. Defisiensi diet yang berat dapat (Hutahaean, 2013).
- b) mengurangi simpanan unsur-unsur di dalam tulang, tetapi tidak menarik kalsium dari gigi (Hutahaean, 2013).

3. Nafsu makan

Pada trimester I sering terjadi penurunan nafsu makan akibat nausea/vomitus yang merupakan akibat perubahan pada saluran cerna dan peningkatan kadar HCG dalam darah.

4. Esofagus, lambung dan usus halus

- a. Herniasi bagian atas lambung terjadi setelah bulan ke 7 dan 8 kehamilan akibat pergeseran lambung ke atas. Kondisi ini sering terjadi pada ibu multipara, obesitas, atau lebih tua.
- b. Peningkatan produksi estrogen menyebabkan penurunan sekresi HCL, oleh karena itu pertumbuhan dan perkembangan tukak peptik yang sudah ada tidak umum selama masa hamil.
- c. Peningkatan produksi progesteron menyebabkan tonus dan motilitas otot menurun, sehingga terjadi regurgitasi esofagus, peningkatan waktu pengosongan lambung, peristaltik balik. Dengan demikian ibu tidak mampu mencerna yang asam atau mengalami nyeri ulu hati.

5. Kandung empedu dan hati

- a. Kandung empedu sering distensi penurunan tonus otot selama masa hamil. Peningkatan waktu pengosongan dan pengentalan empedu biasa terjadi (Hutahaean, 2013).
- b. Hipercolesterolemia rahim terjadi akibat peningkatan kadar progesteron, dapat menyebabkan pembentukan batu empedu selama masa hamil (Hutahaean, 2013).
- g. Sistem Kardiovaskular

Hipertrofi atau dilatasi ringan jantung mungkin disebabkan oleh peningkatan volume darah dan curah jantung. Oleh karena diafragma terdorong keatas, jantung terangkat keatas lalu berotasi ke depan dan ke kiri. Peningkatan ini juga menimbulkan perubahan hasil auskultasi yang umum terjadi selama masa hamil. Perubahan pada auskultasi mengiri perubahan ukuran dan posisi jantung (Hutahaean, 2013).

1. Tekanan darah

Tekanan darah arteri (arteri brakialis) di pengarahi oleh usia, posisi ibu, kecemasan ibu, dan saat ukuran manset saat pengukuran tekanan darah. Posisi ibu mempengaruhi hasil karena posisi uterus menghambat aliran balik darah vena, dengan demikian curah jantung dan tekanan darah menurun. Tekanan darah brakialis memiliki nilai tertinggi saat wanita duduk dan terendah saat wanita berbaring (posisi recumbent lateral kiri), sedangkan pada posisi telentang berada pada nilai normal. Selama pertengahan masa hamil, tekanan siastolik dan diastolik menurun 5-10 mmHg, kemungkinan hal ini disebabkan vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal. Edema pada ekstermitas bawah dan varices terjadi akibat

obstruksi vena iliaka dan vena cava inferior oleh uterus. Hal ini juga menyebabkan tekanan vena meningkat (Hutahaean, 2013).

2. Volume dan komposisi darah

Volume darah meningkat sekitar 1.500 ml (dengan penambahan berat badan 8,5-9 kg) peningkatan terdiri atas 1.000 ml plasma dan 450 ml sel darah merah. Terjadi sekitar minggu ke 10 sampai dengan minggu ke 12. Peningkatan volume darah ini merupakan mekanisme protektif yang penting untuk:

- a. Sistem vaskular yang mengalami hipertrofi akibat pembesaran uterus
- b. Hidrasi jaringan janin dan ibu yang adekuat saat ibu berdiri atau telentang
- c. Mengganti darah yang hilang selama persalinan.

Vasodilatasi perifer mempertahankan tekanan darah tetap normal walaupun volume darah meningkat. Produksi sel darah merah meningkat (normal 4-5,5 juta/mm³). Walaupun begitu, nilai normal Hb (12-16 g/dl) dan nilai normal Hb (37-47 %) menurun secara mencolok yang disebut dengan anemia fisiologis. Bila nilai Hb menurun sampai 10 g/dl atau lebih, atau nilai Hb menurun sampai 35% atau lebih, dalam hal ini ibu hamil dalam keadaan anemia (Hutahaean, 2013).

3. Curah jantung

Curah jantung meningkat 30-50 % pada minggu ke 32 kehamilan, kemudian menurun sampai sekitar 20% pada minggu ke 40. Peningkatan curah jantung ini terutama disebabkan oleh peningkatan volume sekuncup (stroke volume) dan merupakan respons terhadap peningkatan kebutuhan O₂ jaringan (nilai 5-5,5 l/mnt). Curah jantung tahap lanjut lebih meningkat saat ibu hamil

dalam posisi racumbent lateral dari pada posisi telentang. Posisi telentang, uterus yang besar dan berat seringkali menghambat aliran balik vena. Setiap kali terdapat pengerahan tenaga, curah jantung meningkat (Hutahaean, 2013).

4. Waktu sirkulasi dan koagulasi

Waktu sirkulasi sedikit menurun pada minggu ke 32 kehamilan. Kecendurungan koagulasi lebih besar selama masa hamil akibat peningkatan berbagai faktor pembekuan. Aktivitas fibrinolisis (pemecahan/pelarut bekuan darah) mengalami depresi selama masa hamil sehingga ibu hamil cenderung rentan terhadap trombosis. Penurunan kadar fibrinogen/ditemukan protein +1 dalam urine adalah normal (Hutahaean, 2013).

h. Sistem Perkemihan

Ginjal berfungsi mempertahankan keseimbangan elektrolit dan asam-basa, mengatur volume cairan ekstrasel, mengeluarkan sampah metabolisme, dan menyimpan nutrien yang sangat penting (Hutahaean, 2013).

1. Perubahan anatomi ginjal

Perubahan struktur ginjal merupakan akibat aktivitas hormonal (estrogen dan progesteron), tekanan yang timbul akibat pembesaran uterus, dan peningkatan volume darah. Sejak minggu ke 10 kehamilan, oleh karena ureter terkompresi antara uterus dan PAP, pelvis ginjal dan ureter berdilatasi. Perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume yang sangat besar dan juga memperlambat laju aliran urine. Iritabilitas kandung kemih, nokturia, dan sering berkemih dan urgensi (tanpa disuria) (Hutahaean, 2013).

2. Perubahan fungsi ginjal

Pada kehamilan normal, fungsi ginjal cukup banyak berubah, yaitu laju filtrasi glomelurus dan aliran plasma ginjal meningkat pada awal kehamilan. Fungsi ginjal ini berubah akibat adanya hormon kehamilan, peningkatan volume darah, postur ibu, aktivitas fisik dan asupan makanan. Ginjal berfungsi paling efisien pada posisi recumbent lateral dan paling tidak efisien pada posisi telentang. Pada posisi telentang, berat uterus akan menekan vena cava dan aorta, sehingga curah jantung menurun, tekanan darah ibu dan frekuensi jantung anak menurun (sindrom hipotensi) begitu pula volume darah ke ginjal (Hutahaean, 2013).

3. Keseimbangan cairan dan elektrolit

Dalam keadaan normal, 500-900 mEq natrium dipertahankan selama masa hamil untuk memenuhi kebutuhan janin. Dapat terjadi hipovelami berat dan penurunan perfusi plasenta akibat diet dan restriksi Na berlebihan. Terkadang terjadi edema fisiologis pada tungkau yang tidak memerlukan pengobatan. Pada ibu hamil, reabsorpsi gula terganggu sehingga terjadi glikosuria (Hutahaean, 2013).

i. Sistem Neurologi

1. Kompresi saraf panggul atau stasis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori ditungkai bawah.
2. Lordosis dorsolumbar dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf.
3. Akroestasia (rasa baal dan gatal di tangan) timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, terkait dengan tarikan pada segmen pleksus brakialis.

4. Nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul saat ibu cemas, atau juga gangguan penglihatan seperti kesalahan reflaksi, sinusitis atau migrain (Hutahaean, 2013).

3. Pertumbuhan Dan Perkembangan Janin Setiap Minggu

1. Perkembangan pada TM I

Minggu ke-1

Minggu ini sebenarnya masih periode menstruasi, bahkan pembuahan pun belum terjadi. Hal tersebut dikarenakan tanggal perkiraan kelahiran sikecil dihitung berdasarkan hari pertama haid terakhir. Proses pembentukan antara sperma dan telur yang memberikan informasi kepada tubuh bahwa telah ada calon janin dalam rahim. Saat ini janin sudah memiliki segala bekal genetik, sebuah kombinasi unik berupa 46 jenis kromosom manusia. Selama masa ini, yang dibutuhkan hanyalah nutrisi (melalui ibu) dan oksigen.

Sel-sel yang berada di dalam rahim, berbentuk ssperti lingkaran sinar yang mengelilingi matahari. Sel ini akan bertemu dengan sel-sel sperma dan memulai proses pembuahan.

Lima juta sel sperma sekaligus berenang menuju akhir mereka yaitu menuju sel telur yang tersembunyi pada saluran sel telur. Walaupun sel sperma ini sangat banyak, tetapi pada akhirnya hanya 1 sel saja yang bisa menembus indung telur.

Pasa saat ini kepala sel sperma telah hampir masuk. Kita dapat melihat bagian tengah dan belakang sel sperma yang tidak henti-hentinya berusaha secara tekun menerobos dinding indung telur. Pembelahan terjadi pada akhir minggu

pertama. Sel telur yang telah dibuahi membelah menjadi dua pada 30 jam setelahnya. Sambil terus membelah, sel telur bergerak di dalam tuba fallopi menuju uterus. Sel telur menjadi morula setelah membelah menjadi 32. Sel-sel mulai berkembang dan berbagai kira-kira dua kali sehari sehingga pada hari yang ke 12 jumlahnya telah bertambah dan membantu blatokist menempel pada endometrium.

Minggu ke-2

Sampai usia kehamilan 2 minggu, ibu hamil kemungkinan belum menyadari jika dirinya sedang mengandung. Sel telur yang telah membelah menjadi ratusan akan menempel pada dinding rahim yang disebut blatokist. Ukurannya sangat kecil, berdiameter 0,1-0,2 mm.

Minggu ke-3

Embrio diperkirakan berukuran 1,5-2,5 mm. Pembentukan mata mulai terjadi. Cikal bakal mata janin juga sudah terbentuk.

Minggu ke-4

Kini, janin berbentuk embrio. Embrio memproduksi hormon kehamilan yaitu hormone chorionic gonadotropin (HCG), sehingga apabila ibu hamil melakukan tes kehamilan, dengan adanya HCG, maka akan didapat hasilnya positif.

Janin mulai membentuk struktur manusia. Saat ini telah terjadi pembentukan otak, tulang belakang, jantung, dan aorta (arteri besar yang membawa darah kejantung).

Minggu ke-5

Pada minggu ke-5 sudah terbentuk 3 lapisan yaitu ektoderm, mesoderm, dan endoderm. Ektoderm adalah lapisan paling atas yang akan membentuk sistem saraf pada janin yang seterusnya membentuk otak, tulang belakang, kulit, serta rambut. Lapisan mesoderm berada pada lapisan tengah yang akan membentuk organ jantung, buah pinggang, tulang dan organ reproduktif. Lapisan endoderm yaitu lapisan yang paling dalam yang akan membentuk usus, hati, pankreas dan kandung kemih.

Minggu ke-6

Ukuran embrio rata-rata 2-4 mm yang diukur dari puncak kepala hingga bokong. Tuba saraf sepanjang janin telah menutup. Meski kita belum bisa mendengar, jantung janin janin mulai berdetak pada minggu ini. Sistem pencernaan dan pernapasan mulai dibentuk, pucuk-pucuk kecil yang akan berkembang menjadi lengan kaki pun mulai tampak.

Minggu ke-7

Akhir minggu ke tujuh panjangnya sekitar 5-13 mm dan beratnya 0,8 gram, kira-kira sebesar biji kacang hijau. Pucuk lengan mulai membelah menjadi bagian bahu dan tangan yang mungil. Jantung telah dibagi menjadi bilik kanan dan bilik kiri, begitu pula dengan saluran udara yang terdapat di dalam paru-paru.

Minggu ke-8

Panjang kira-kira 14-20 mm. Banyak perubahan yang terjadi pada janin. Ujung hidung dan kelopak mata mulai berkembang, begitu pula telinga. Bronchi, saluran yang menghubungkan paru-paru dengan tenggorokan, mulai bercabang.

Lengan semakin membesar dan sudah memiliki siku semua ini terjadi hanya dalam 8 minggu setelah pembuahan.

Pada minggu kedelapan ini juga sudah mulai terbentuk lubang hidung, bibir, mulut serta lidah. Matanya juga sudah kelihatan berada dibawah membran kulit yang tipis. Anggota tangan serta kaki juga terbentuk walaupun belum sempurna.

Minggu ke-9

Telinga bagian luar mulai terbentuk, kaki dan tangan terus berkembang sampai jari kaki dan tangan mulai tampak. Ia mulai bergerak walau kemungkinan ibu tidak merasakannya. Dengan doppler, kita bisa mendengar detak jantungnya. Minggu ini, panjangnya sekitar 22-30 mm dan beratnya sekitar 4 gram.

Minggu ke-10

Semua organ penting yang telah berbentuk mulai bekerja sama. Pertumbuhan otak meningkat dengan cepat, hampir 250.000 sel saraf baru diproduksi setiap menitnya. Ia mulai tampak seperti manusia kecil dengan panjang 32-43 mm dan berat 7 gram.

Minggu ke-11

Panjang tubuhnya mencapai sekitar 65 cm. Baik rambut, kuku jari tangan dan kakinya mulai tumbuh. Sesekali di usia ini janin sudah menguap. Gerakan demi gerakan kaki dan tangan, termasuk gerakan menggeliat, meluruskan tubuh dan menundukkan kepala, sudah bisa dirasakan ibu. Janin kini sudah bisa mengubah posisinya dengan berputar, memanjang, bergelung, atau malah

jumpalitan yang kerap terasa menyakitkan sekaligus memberi sensasi kebahagiaan tersendiri tersendiri bagi ibu

Minggu ke-12

Bentuk wajah bayi lengkap, ada dagu dan hidung kecil. Jari-jari tangan dan kaki yang mungil terpisah penuh. Usus bayi telah berada di dalam rongga perut. Akibat meningkatnya volume darah ibu, detak jantung janin bisa jadi meningkat. Panjangnya sekitar 63 mm dan beratnya 14 gram. Mulai proses penyempurnaan seluruh organ tubuh. Bayi membesar beberapa millimeter setiap hari. Jari kaki dan tangan mulai terbentuk termasuk telinga dan kelopak mata.

Minggu ke-13

Pada akhir trimester pertama, plasenta berkembang untuk menyediakan oksigen, nutrisi, dan pembuangan sampah janin. Kelopak mata janin merapat untuk melindung mata yang sedang berkembang. Janin mencapai panjang 76 mm dan beratnya 19 gram. Badannya juga semakin membesar untuk mengejar pembesaran kepala.

2. Perkembangan pada TM II

Minggu ke-14

Tiga bulan setelah pembuahan, panjang janin mencapai 80-110 mm dan beratnya 25 gr. Telinganya menempati posisi normal di sisi kiri dan kanan kepala. Demikian pula dengan matanya, mengarah keposisi sebenarnya. Lehernya semakin panjang dan kuat. Sementara dagu sudah tidak menyentuh dada. Lanugo, rambut halus yang tumbuh di seluruh tubuh dan melindungi kulit mulai tumbuh pada minggu ini. Kelenjar prostat janin laki-laki berkembang dan ovarium turun

dari rongga perut menuju panggul, sehingga jenis kelamin sudah dapat dibedakan. Detak jantung janin mulai menguat tetapi kulit janin belum tebal karena belum ada lapisan lemak.

Minggu ke-15

Kehamilan di minggu ke-15 semakin terlihat karena kulit dan otot-otot terutama otot di sekitar perut akan melar yang di sebabkan oleh peregangan luar biasa akibat pembesaran uterus. Oleh karena itu, demi kenyataan ibu maupun janin, makan dianjurkan untuk mulai mengenakan baju hamil. Garis-garis regangan yang disebut *striae* umumnya muncul di daerah perut, payudara, bokong, dan panggul. Penggunaan losion khusus untuk menyamarkan garis-garis tersebut diperbolehkan akan tetapi tetap tidak dapat menghilangkannya. Namun dianjurkan untuk tidak menggunakan krim jenis steroid semisal hidrokortison, karena dikhawatirkan akan terserap ke dalam sistem peredaran darah ibu sehingga dapat mengacaukan kerja hormonal.

Tulang dan sumsum tulang belakang, di dalam sistem kerangka terus berkembang. Jika jenis kelamin janin tersebut perempuan, maka ovarium mulai menghasilkan jutaan sel telur pada minggu ini. Kulit janin masih sangat tipis sehingga pembuluh darahnya kelihatan. Akhir minggu itu, beratnya 49 gram dan panjang 113 mm. Terlihat janin sudah mampu menggenggam tangannya dan menghisap ibu jari. Kelopak matanya masih tertutup.

Minggu ke-16

Kini taksiran panjangnya mencapai 116 mm dengan berat kira-kira 80 gram. Refleks gerak bisa dirasakan ibu, walaupun masih amat sederhana yang

biasanya kedutan dan terkadang tidak disadari oleh ibu. Rambut halus di atas bibir bagian atas dan alis mata juga tampak melengkapi lanugo yang memenuhi seluruh tubuhnya. Bahkan, jari-jemari kaki dan tangannya di lengkapi dengan sebentuk kuku. Tungkai kaki di awal pembentukannya muncul lebih panjang daripada lengan. Oleh karenanya kebutuhan akan kalsium semakin banyak untuk disimpan dalam tulang janin seiring seiring dengan perkembangan rangka tersebut.

Minggu ke-17

Bentuk uterus terlihat oval, bukan bulat. Sebagai akibatnya uterus terdorong dari rongga panggul mengarah ke rongga perut sehingga uterus ibu terdorong hampir mencapai daerah hati, sehingga kerap ibu hamil di minggu ini, terkadang merasa seperti tertusuk-tusuk pada ulu hatinya. Pembesaran uterus di minggu ini membuat ligamen-ligamen meregang, terutama bila ada gerakan mendadak. Rasa nyeri atau tidak nyama ini disebut nyeri ligamen rotundum. Oleh karena itu amat disarankan menjaga sikap tubuh dan tidak melakukan gerakan-gerakan mendadak atau yang menimbulkan peregangan. Pada beberapa ibu multipara, gerakan bayi mulai bisa dirasakan di minggu ini walaupun masih samar dan tidak selalu bisa dirasakan setiap saat sepanjang hari, sedangkan pada ibu nulipara, gerakan yang sama umumnya baru mulai bisa dirasakan pada minggu ke-20.

Dengan panjang 120 mm dan berat 100 gr, janin masih sangat kecil. Lapisan lemak cokelat mulai berkembang, untuk menjaga kestabilan suhu tubuh janin setelah lahir serta metabolisme tubuh. Lemak yang juga sering disebut jaringan adiposa mulai terbentuk dibawah kulit bayi. Saat dilahirkan, berat lemak

mencapai tiga perempat dari total berat badannya. Rambut, kening, dan bulu mata janin mulai tumbuh dan garis kulit pada ujung jari mulai terbentuk. Sidik jari mulai terbentuk.

Minggu ke-18

Pertumbuhan rahim ke depan akan mengubah keseimbangan tubuh ibu. Sementara peningkatan mobilitas persendian ikut memengaruhi perubahan postur tubuh sekaligus menyebabkan keluhan nyeri punggung. Keluhan ini makin bertambah bila kenaikan berat badan tidak terkendali. Mulai usia ini hubungan interaktif antara ibu dan janinnya semakin erat. Tak mengeherankan setiap kali si ibu gembira, sedih, lapar atau merasakan hal lain, janin pun merasakan hal yang sama. Mulailah bersenandung sebab janin juga bisa mendengar. Iapun bisa terkejut bila mendengar suara keras. Mata janinpun berkembang. Ia akan mengetahui adanya cahaya jika kita menempelkan senter yang menyala di perut ibu hamil. Panjang janin sudah mencapai 14 cm dan beratnya 140 gram. Janin sudah bisa melihat cahaya yang masuk melalui dinding rahim ibu. Hormon estrogen dan progesteron semakin meningkat.

Minggu ke-19

Pada minggu ini panjang janin diperkirakan 13-15 cm dengan taksiran berat 226 gram. Otak janin telah mencapai jutaan saraf motorinya karenanya ia mampu membuat gerakan sadar seperti menghisap jempol. Dengan demikian pada minggu ini perkembangan sistem saraf janin semakin sempurna, selain karena jumlahnya yang telah mencapai jutaan, cairan serebrospinalis juga mulai diproduksi. Jika ada lubang yang tersebat atau aliran cairan tersebut terhalang

oleh suatu penyebab, kemungkinan besar terjadi hidrosefalus/penumpukan cairan di otak. Jumlah cairan yang terakumulasi biasanya sekitar 500-1.500 ml, namun bisa juga mencapai 5 liter. Penumpukan ini jelasberdampak fatal mengingat betapa banyak jumlah jaringan otak janin yang tertekan oleh cairan tersebut

Minggu ke-20

Setelah perjalanan telah dilalui. Kini, beratnya mencapai 260 gram dan panjangnya 14-16 cm. Kulit yang menutupi tubuh janin mulai bisa dibedakan menjadi beberapa lapisan, dibawah lapisan verniks, kulit janin mulai membuat lapisan dermis, epidermis, dan subkutaneous. Lapisan epidermis terletak dipermukaan dan lapisan dermis terletak di lapisan dalam. Epidermis selanjutnya akan membentuk pola-pola tertentu pada ujung jari, telapak tangan maupun telapak kaki, Sementara itu, lapisan dermis mengandung pembuluh-pembuluh darah kecil, saraf, dan sejumlah besar lemak. Jaringan kuku mulai tumbuh pada minggu ini. Pigmen kulit mulai terlihat. Selain itu juga terjadi proses penyempurnaan paru-paru dan sistem pernapasan. Seiring perkembangannya yang pesat, kebutuhan darah janin pun semakin meningkat. Ibu harus mencukupi kebutuhan asupan zat besi, baik lewat konsumsi makanan bergizi seimbang maupun suplemen yang dianjurkan dokter agar anemia tak mengancam kehamilan.

Minggu ke-21

Pada minggu ini berbagai sistem organ tubuh mengalami pematangan fungsi dan perkembangan. Usus janin telah cukup berkembang sehingga ia sudah mampu menyerap atau menelan gula dari cairan lalu dilanjutkan melalui sistem

pencernaan menuju usus besar. Gerakan janin semakin lembut karena beratnya sudah 340 gram dan panjangnya 20 cm.

Minggu ke-22

Pada minggu ini panjang janin sekitar 19 cm, dengan berat badan 400 gram. Ciri khas usia kehamilan ini adalah adanya substansi putih mirip pasta yang menutupi seluruh tubuh janin disebut verniks caseosa. Fungsinya untuk melindungi kulit janin terhadap cairan ketuban maupun kelak saat berada di jalan lahir. Kelopak mata mulai menjalankan fungsinya untuk melindungi mata dengan gerakan manutup dan membuka.

Minggu ke-23

Walaupun lemak semakin bertumpuk di dalam tubuh janin tetapi masih belum sebanyak saat sudah lahir, sehingga kulitnya masih kendur dan tampak keriput. Ini karena produksi sel kulit lebih banyak dibandingkan lemak. Panjang minggu ini janin 20 cm dengan beratnya hampir 450 gram. Tangan dan kaki janin telah terbentuk sempurna, jari juga sudah terbentuk sempurna. Wajah dan tubuhnya secara keseluruhan sudah mirip dengan penampilannya sewaktu dilahirkan nanti.

Minggu ke-24

Pada minggu ini panjang janin mencapai 24 cm, dengan berat badan janin 600 gram. Janin makin terlihat berisi dengan berat tersebut. Uterus terletak sekitar 5 cm di atas pusar atau sekitar 24 cm cm diatas simpisis pubis/tulang kemaluan. Kelopak-kelopak matanya semakin sempurna dilengkapi dengan bulu mata. Pendengarannya berfungsi penuh.

Minggu ke-25

Janin sudah dapat mengalami cegukan, ini tandanya ia sedang latihan bernapas. Ia menghirup dan mengeluarkan air ketuban. Jika air ketuban yang tertelan terlalu banyak, ia akan cegukan. Tulang janin semakin mengeras dan janin menjadi semakin kuat. Pembuluh darah diparu-paru janin sudah semakin berkembang.

Minggu ke-26

Janin sudah bisa mengedipkan matanya, selain itu retina matanya juga sudah mulai terbentuk. Aktivitas otaknya yang berkaitan dengan pendengaran dan penglihatan sudah berfungsi, ibu mulai dapat memperdengarkan lagu yang ringan.

Minggu ke-27

Minggu pertama trimester ketiga, paru-paru, hati dan sistem kekebalan tubuh masih harus dimatangkan. Namun jika ia dilahirkan, memiliki peluang 85% untuk bertahan. Indra perasa mulai terbentuk. Janin juga sudah pandai menghisap ibu jari dan menelan air ketuban yang mengelilinginya. Berat umum janin usia ini sudah mencapai 870-890 gram dengan panjang badan 36-38 cm.

3. Perkembangan pada TM III

Minggu ke-28

Puncak rahim berada kira-kira 8 cm diatas umbilicus dengan panjang badan 36 cm. Gerakan janin makin kuat dengan intensitasnya yang makin sering, sementara denyut jantungnya pun semakin mudah didengar. Tubuhnya masih terlihat kurus meski mencapai beratnya sekitar 1.100 gram.

Minggu ke-29

Kelenjar adrenalin janin mulai menghasilkan hormon seperti androgen dan estrogen. Hormon ini akan menstimulasi hormon proklatin didalam tubuh ibu untuk menghasilkan kolostrum (air susu yg pertama kali keluar saat menyusui). Postur janin sebagai seorang manusia sudah semakin sempurna, berat badannya 1.100-1.200 gram dengan panjang 37-39 cm.

Minggu ke-30

Lemak dan berat badan janin terus bertambah sehingga bobot janin sekarang sekitar 1.500 gram dan panjangnya 39 cm. Puncak uterus (fundus uteri) berada sekitar 10 cm diatas umbilikus.

Minggu ke-31

Pada minggu ini panjang janin sekitar 41-43 cm dengan berat sekitar 1.550-1.560 gram. Plasenta masih memberikan nutrisi yang dibutuhkan janin. Aliran darah plasenta memungkinkan janin menghasilkan urine. Ia berkemih hampir sebanyak 500 ml sehari di dalam air ketuban.

Minggu ke -32

Jari tangan dan kai telah tumbuh sempurna, begitu pula dengan bulu mata, alis dan rambut di kepala janin yang semakin jelas. Lanugo yang menutupi tubuh janin mulai rontok tetapi sebagian masih ada dibahu dan punggung saat dilahirkan. Rambutnya pun semakin banyak dan panjang. Janin sudah mulai bisa bermimpi. Dengan berat 1.800 gram dan panjang 43 cm.

Minggu ke-33

Berat badan janin 1.800-1.900 gram, dengan panjang badan sekitar 43-45 cm. Pada minggu ini ibu harus diwaspada terjadinya solusio plasenta lepas dari dinding uterus.

Minggu ke-34

Berat bayi hampir 2.000-2.010 gram,taksiran panjang sekitar 45-46 cm. Idealnya, di minggu ini dilakukan tes untuk menilai kondisi kesehatan si bayi secara umum. Penggunaan USG bisa dimanfaatkan untuk pemeriksaan ini, terutama evaluasi terhadap otak, jantung dan organ lain. Sedangkan pemeriksaan lain yang biasa dilakukan adalah tes non-stres dan profil biofisik.

Minggu ke-35

Secara fisik bayi berukuran sekitar 45-47 cm,berat 2.300-2.350 gram. Mulai minggu ini bayi umumnya sudah matang fungsi paru-parunya. Ini sangat penting karena kematangan paru-paru sangat menentukan life viabilitas atau kemampuan si bayi untuk bertahan hidup. Kematangan fungsi paru-paru ini sendiri akan dilakukan lewat pengambilan cairan amnion untuk menilai lesitin spingomyelin atau selaput tipis yang menyelubungi paru-paru.

Minggu ke-36

Berat bayi harusnya mencapai 2.400-2.450 gram, panjang 47-48 cm. Pemeriksaan rutin diperketat jadi seminggu sekali.

Minggu ke-37

Dengan panjang 48-49 cm, berat 2.700-2.800 gram. Di usia ini bayi dikatakan aterm atau siap lahir karena seluruh fungsi organ-organ tubuhnya bisa

matang untuk bekerja sendiri. Kepala bayi biasanya masuk ke jalan lahir dengan posisi siap lahir. Kendati sebagian kecil di antaranya dengan posisi sungsang. Di minggu ini biasanya dilakukan pula pemeriksaan dalam untuk mengevaluasi kondisi kepala bayi, perlunakan jalan lahir guna mengetahui sudah mencapai pembukaan berapa.

Minggu ke-38

Berat bayi sekitar 3.100 gram, panjang 50 cm. Rasa cemas menantikan saat melahirkan yang mendebarkan bisa membuat ibu mengalami puncak gangguan emosional. Ibu dapat melakukan relaksasi dengan melatih pernapasan sebagai bekal menjelang persalinan. Meski biasanya akan ditunggu sampai usia kehamilan 40 minggu, bayi rata-rata akan lahir di usia kehamilan 38 minggu.

Minggu ke-39

Pada minggu ini panjang badan bisa mencapai 51 cm, dengan berat badan janin mencapai berat sekitar 3.250 gram. Di minggu ini pula dokter atau bidan yang menangani biasanya sudah bisa menjaga agar kehamilan jangan sampai postmatur atau lewat waktu. Bila terjadi hal demikian, plasenta tidak mampu lagi menjalani fungsinya untuk menyerap suplai makanan dari ibu ke janin, hingga bisa terjadi kekurangan janin.

Minggu ke-40

Panjangnya mencapai kisaran 52 cm, berat sekitar 3300 gram. Betul-betul cukup bulan dan siap dilahirkan. Jika laki-laki, testisnya sudah turun ke skrotum. Pada wanita, labia majora (bibir kemaluan bagian luar) sudah berkembang baik dan menutupi labia minora (bibir kemaluan bagian dalam) (Hutahaean, 2013).

4. Perubahan Psikologi Kehamilan

1. Trimester I

Perubahan psikologis yang sering terjadi pada ibu hamil trimester pertama adalah sebagai berikut:

- a. Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan ibu adalah menghadapi kenyataan bahwa ia sedang hamil, dan ini merupakan tugas psikologis yang paling penting.
- b. Sebagian ibu merasa sedih dan ambivalen tentang kehamilannya. Hampir 80%, ibu kecewa, menolak, gelisah, depresi, dan murung terutama terjadi pada ibu yang belum menikah atau yang tidak merencanakan kehamilan.
- c. Kebingungan secara normal akan berakhir setelah ibu mampu menerima kehamilannya. Perasaan ini biasanya terjadi pada akhir trimester pertama.
- d. Perasaan yang tidak nyaman disebabkan oleh adanya rasa mual dan muntah, rasa lelah, perubahan selera makan, serta emosional yang mungkin mencerminkan konflik dan depresi.
- e. Penambahan berat badan merupakan bagian dari masalah psikologis ketika seorang ibu ingin menyembunyikan kehamilannya layaknya seperti remaja yang belum menikah.
- f. Perubahan keinginan hubungan seksual menurun (libido menurun), hal ini dipengaruhi oleh kelelahan, mual, depresi, dan kekhawatiran.

2. Trimester II

Perubahan psikologis pada ibu hamil trimester kedua adalah sebagai berikut.

- a. Trimester dua sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan yang baik, yakni periode ketika ibu merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang biasanya dialami pada trimester I.
 - b. Trimester dua juga merupakan fase ketika ibu menelusur ke dalam dan paling banyak mengalami kemunduran. Trimester dua ini dibagi menjadi dua fase, yaitu *pra-quickeening* dan *pasca-quickeening*. *Quickeening* mendatangkan sejumlah perubahan seperti penerimaan kehamilan, meningkatnya hubungan sosial dengan ibu hamil lainnya, serta ketertarikannya pada peran baru.
 - c. Kebanyakan ibu hamil akan merasa lebih erotis selama trimester dua, kurang lebih 80% ibu mengalami kemajuan yang nyata dalam hubungan seksual mereka dibanding pada trimester I, hal ini banyak dipengaruhi oleh karena hilangnya rasa kebingungan dan keraguan yang trimester I.
3. Trimester III
- a. Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penantian. Ibu menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, ibu menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya, dan ada perasaan tidak menyenangkan ketika bayinya tidak kunjung lahir pada waktunya.
 - b. Ibu merasa khawatir karena di masa ini terjadi perubahan peran (persiapan ibu untuk menjadi orang tua). Selain khawatir karena perubahan peran, ibu juga di khawatirkan dengan kesehatan bayinya. Ibu khawatir jika bayinya lahir cacat (tidak normal). Akan tetapi, kesibukan dalam mempersiapkan kelahirannya bayinya dapat mengurangi rasa ini.

- c. Hasrat seksual tidak seperti pada trimester sebelumnya. Hal ini di pengaruhi oleh perubahan bentuk perut yang semakin membesar dan adanya perasaan khawatir terjadi sesuatu terhadap dirinya.
- d. Ibu akan kembali merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilannya. Ibu akan merasa canggung, jelek, berantakan dan memerlukan dukungan yang sangat besar dari pasangannya.

5. Komplikasi Pada Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis. Namun dalam perjalannya ada faktor-faktor yang dapat membuat ibu mengalami komplikasi selama perjalanan kehamilan tersebut. Pada uraian berikut akan dijelaskan komplikasi-komplikasi yang biasa ditemui pada ibu hamil.

- a. Trimester I
 - 1) Anemia kehamilan.

Anemia kehamilan adalah jika kadar hemoglobin dibawah 11 g/dl pada trimester pertama dan ketiga atau jika kadar hemoglobin lebih kecil 10,5 g/dl pada trimester kedua.

Anemia difisiensi besi adalah penurunan jumlah hemoglobin (Hb) dalam sel darah merah ibu hamil akibat kekurangan zat besi. Akibat kekurangan zat besi ini ibu akan merasa pusing, cepat lelah, lemas, susah bernapas, dan pucat pada konjungtiva, muka serta ujung-ujung kuku.

- a) Anemia megaloblastik

Anemia megaloblastik adalah anemia yang terjadi karena kekurangan asam folat. Selain untuk pembentukan sel darah merah, asam folat juga

mempunyai peranan yang sangat penting untuk ibu hamil, yaitu untuk pertumbuhan dan replikasi sel, mencegah terjadinya perubahan pada DNA yang dapat menyebabkan kanker, dan membantu perkembangan janin.

b) Anemia hipoplastik

Anemia hipoplastik adalah anemia yang terjadi akibat sumsum tulang kurang mampu membuat sel-sel darah baru.

c) Anemia hemolitik

Anemia hemolitik adalah anemia yang terjadi akibat sel darah merah lebih cepat hancur dari pembentukannya.

2) Hiperemesis Gravidarum

Adalah gravidarum adalah morning sickness dengan muntah terus-menerus yang berlangsung sampai usia kehamilan 4 bulan, asupan nutrisi kurang yang dapat menyebabkan gangguan suasana kehidupan sehari-hari. Hiperemesis gravidarum pada tingkat ringan, sebaiknya memeriksakan diri jika ditemukan gejala muntah berlebihan, keadaan lemas dan lemah.

3) Abortus (keguguran kandungan)

Keguguran adalah terhentinya kehamilan sebelum janin mampu hidup di luar kandungan pada usia kurang dari 28 minggu, karena sebagian besar keguguran tidak di ketahui dan terjadi secara spontan. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan abortus adalah sebagai berikut.

- a. Faktor telur (ovum) yang kurang baik
- b. Faktor spermatozoa yang kurang sempurna

- c. Ketidaksuburan lapisan dalam rahim (endometrium) yang disebabkan oleh kekurangan gizi, kehamilan dengan jarak pendek, terdapat penyakit dalam rahim.
- d. Faktor penyakit sistemik pada ibu seperti penyakit jantung, paru, ginjal, tekanan darah tinggi, hati, dan penyakit kelenjar dengan gangguan hormon pada ibu.

4) Kehamilan dengan degenerasi penyakit trofoblas

Penyakit ini sering disebut dengan penyakit mola hidatidosa. penyakit trofoblas adalah penyimpangan kehamilan dengan terjadinya degenerasi hidrofik dari jonjot koreon.

5) Kehamilan servikal

Kehamilan servikal ini jarang terjadi. Kehamilan servikal ini biasanya ditandai dengan perdarahan pervaginam tanpa disertai rasa nyeri, terjadi abortus spontan sangat besar.

6) Kehamilan ovarium

Tuba pada sisi kehamilan harus normal, kantung janin harus terletak di ovarium, dan jaringan ovarium yang nyata harus di temukan dalam dinding kantung janin.

b. Trimester II

Penyulit yang terjadi trimester II secara garis besar dibagi 2 kelompok yaitu:

Kehamilan dengan hipertensi :

1. Hipertensi essensial

2. Hipertensi kronik
3. Hipertensi karena kehamilan (PER, PEB, Eklampsi).

Kehamilan dengan perdarahan antepartum :

1. Solutio plasenta
 2. Plasenta previa
 3. Plasenta akreta
 4. Vasa pravia (Lisnawati, 2013).
- c. Trimester III
1. Persalinan prematuritas

Adalah persalinan yang terjadi diantara umur kehamilan 29-36 minggu, dengan berat badan lahir kurang dari 2,5 kg. Persalinan prematuritas merupakan masalah besar karena berat janin kurang dari 2,5 kg dan umur kurang dari 36 minggu.

2. Kehamilan ganda
3. Kehamilan dengan perdarahan
 - a. Solutio plasenta
 - b. Plasenta previa
 - c. Perdarahan karena pecahnya vasa previa
 - d. pecahnya sinus marginalis
4. Kehamilan dengan ketuban pecah dini
5. Kehamilan dengan kematian janin dalam rahim
6. Kehamilan lewat waktu persalinan (senotinus)
7. Kehamilan dengan preeklampsia dengan eklampsi

6. Kebutuhan Pada Ibu Hamil

a. Trimester I

1. Perubahan fisik ibu pada trimester pertama
2. Perubahan emosional ibu pada trimester pertama
3. Seksualitas
4. Ketidaknyamanan ringan pada kehamilan trimester pertama
5. Tanda bahaya yang terjadi pada kehamilan trimester pertama
6. Nutrisi ibu hamil trimester pertama
7. Penggunaan obat-obatan
8. Kebiasaan sehari-hari

b. Trimester II

1. Perubahan fisik pada trimester ke II
2. Perubahan emosional pada trimester ke II
3. Seksualitas
4. Ketidaknyamanan ringan kehamilan.
5. Tanda bahaya
6. Nutrisi
7. General higiene
8. Istrahat, tidur, dan latihan
9. Penggunaan obat
10. Perubahan kelahiran janin.

c. Trimester III

1. Perubahan fisik yang terjadi pada trimester ketiga

2. Perubahan emosional yang terjadi pada trimester ketiga dan periode postpartum
3. Ketidaknyamanan ringan kehamilan
5. Tanda bahaya
6. Nutrisi ibu hamil trimester III
7. Kebersihan umum
8. Penggunaan obat
9. Pertumbuhan janin
10. Persiapan menyusui
11. Sistem pendukung
12. Persiapan kelahiran janin
13. Persiapan kelahiran janin
14. Persiapan untuk janin baru lahir
15. Rencana keluarga

B. *Abortus Imminens*

1. Pengertian

Keguguran atau abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup didunia luar, tanpa mempersoalkan sebabnya. Menurut WHO, aborsi berarti keluarnya janin dengan berat badan janin <500 gram atau usia kehamilan <22 minggu (Martaadisoebroto, 2017).

Abortus imminens (threatened abortion) atau keguguran mengancam adalah keadaan dimana perdarahan berasal dari intrauterine yang timbul sebelum umur kehamilan lengkap 20 minggu, dengan atau tanpa kolik uterus, tanpa penegluaran hasil konsepsi, dalam kondisi seperti ini kehamilan masih bisa

dipertahankan atau berlanjut. Gejalanya ditandai dengan perdarahan bercak hingga sedang, serviks masih tertutup (karena pada saat pemeriksaan dalam belum ada pembukaan), uterus sesuai dengan masa gestasi, kram perut bawah nyeri memilin karena kontraksi tidak ada atau sedikit sekali, tidak ditemukan kelainan pada serviks (Maryunani, 2013).

Abortus imminens dimana ibu mengalami sedikit perdarahan yang keluar pervaginam saat keguguran iminens, namun tidak terjadi nyeri abdomen yang hebat. Uterus membesar dan serviks tertutup. Kehamilan dapat berlanjut (Chamberlain dan Morgan, 2013).

Bila seorang wanita yang sedang hamil <20 minggu mengeluarkan darah pervaginam. Perdarahan dapat berlanjut selama beberapa hari atau berulang, dapat pula disertai sedikit nyeri perut bawah atau nyeri punggung bawah, seperti saat menstruasi. Sekitar 50% abortus iminens akan menjadi abortus komplit atau inkomplit, 50% akan melanjutkan kehamilannya. Resiko keguguran berkurang bila janin sudah memperlihatkan aktivitas jantung pada pemeriksaan ultrasonografi (USG), tetapi beberapa kepustakaan menyebutkan adanya risiko persalinan preterm atau gangguan pertumbuhan dalam rahim (intrauterine growth restriction) pada kasus seperti ini (Chamberlain dan Morgan, 2013).

Perdarahan yang sedikit pada kehamilan muda mungkin juga disebabkan oleh hal lain, misalnya placental sign, yakni perdarahan dari pembuluh-pembuluh darah sekitar plasenta. Gejala ini selalu dijumpai pada kera Macacus rhesus yang sedang hamil. Erosi porsio lebih mudah berdarah pada kehamilan. demikian juga pilop serviks, ulserasi vagina, karsinoma serviks, kehamilan ektopik dan kelainan

fortoblas harus dibedakan dari abortus iminens karena dapat pula menyebabkan perdarahan pervaginam. pemeriksaan spekulum dapat membedakan polip, ulserasi vagina, karsinoma serviks, sedangkan kelainan lain didiagnosis dengan pemeriksaan ultrasonografi (Chamberlain dan Morgan, 2013).

2.Klasifikasi Abortus

Menurut waktu, abortus dapat dikelompokan sebagai:

- a. Abortus dini bila terjadi pada trimester pertama (kurang dari 12 minggu)
- b. Abortus lanjut bila terjadi antara 12-24 minggu (trimester kedua).

Sementara itu, menurut kejadiannya, abortus dikelompokan sebagai:

- 1) Abortus spontan (*spontaneous abortion, miscarriage, pregnancy loss*) keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis maupun mekanis.
 - a) Abortus iminens (keguguran mengancam/threatened abortion) terjadi pada usia kehamilan <20 minggu, perdarahan biasanya tidak banyak, baru mulai mengancam dan masih ada harapan untuk mempertahankan kehamilan. Ostium uteri tertutup dan ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan (Martaadisoerata,2017).Ibu mengalami sedikit perdarahan yang keluar pervagina saat keguguran immin, namun tidak terjadi nyeri abdomen yang hebat. Uterus membesar dan serviks tertutup. Kehamilan dapat berlanjut (Chamberlain dan Morgan, 2013).
 - b) Abortus insipiens (keguguran berlangsung/inevitable abortion) abortus sedang berlangsung dan tidak dapat dicegah lagi. Ostium uteri terbuka, ketuban teraba dan berlangsung hanya beberapa jam (Martaadisoerata,2017).

- c) Keguguran disebut insipien jika os serviksnya terbuka. Dapat kehilangan banyak darah dan nyeri kram abdomen bagian bawah terjadi bersama dengan kontraksi uterus. Beberapa produk konsepsi dan bekuan dapat dikeluarkan, namun desidua sering kali tertahan dan selanjutnya keguguran tersebut dinamakan inkomplik (Chamberlain dan Morgan, 2013).
- d) Abortus inkomplitus (keguguran tidak lengkap/incomplete abortion) sebagian hasil konsepsi telah dilahirkan tetapi sebagian, biasanya jaringan plasenta, masih tertinggal didalam rahim. Ostium uteri terbuka dan jaringan dapat teraba (Martaadisoerata, 2017).
- e) Abortus complitus (keguguran lengkap.complete abortion) seluruh hasil konsepsi telah dilahirkan lengkap.Ostium uteri tertutup dan ukuran uterus lebih kecil dari usia kehamilan atau Ostium uteri terbuka dan kavum uteri kosong (Martaadisoerata, 2017).Os serviks terbuka dan uterus mengeluarkan seluruh isinya. Keguguran tersebut kemungkinan besar terjadi setelah kehamilan 14 minggu dibandingkan usia kehamilan yang lebih muda, ketika keguguran tersebut terjadi, seringkali inkomplik (Chamberlain dan Morgan, 2013).
- f) Missed abortion atau Silent miscarriage atau disebut janin telah mati sebelum minggu ke-20 tetapi tertahan di dalam rahim selama beberapa minggu setelah janin mati. Batasan ini berbeda dengan batasan ultrasonografi yakni ditemukan kehamilan yang nonviable tanpa gejala perdarahan (Martaadisoerata, 2017).Embrio mati dan akhirnya diserap, namun uterusnya tidak mengeluarkan desidua dan kantong ketuban. Ibu kadang kala merasakan berat tumpul pada panggul, kehamilan memperlihatkan tanda kemunduran, dan uterusnya

berhenti membesar. Darah yang bertahan diuterus keluar sebagai rabas cokelat dan encer. Saat ini, diagnosis kondisi seperti ini lebih sering ditegakkan dengan menggunakan USG pada usia kehamilan yang sangat awal (Chamberlain dan Morgan, 2013).

- g) Abortus habitualis (keguguran berulang) abortus terjadi 3 kali berturut-turut atau lebih pada seorang (Martaadisoebrita, 2017).
- h) Keguguran septik. Keguguran ini terjadi setelah naiknya organisme dari vagina ke dalam uterus, sering kali terjadi setelah keguguran inkomplit atau abortus yang diinduksi dalam kondisi yang tidak steril. Selain perdarahan hebat dan nyeri, ibu biasanya mengalami demam dan tanda syok endotoksi. Organisme yang paling umum adalah *Escherichia coli* dan *Streptococcus facecalis* (Chamberlain dan Morgan, 2013).

2) Abortus buatan (Abortus provocatus, aborsi disengaja, digugurkan) yang dapat dikelompokan lebih lanjut menjadi:

- a) Abortus buatan menurut ilmu (*abortus provocatus artificial* atau *abortus therapeuticus*) abortus sesuai indikasi untuk kepentingan ibu, misalnya penyakit jantung, hipertensi maligna, atau karsinoma serviks. Keputusan pelaksanaan aborsi ditentukan oleh tim ahli yang terdiri atas dokter ahli kebidanan, dan penyakit dalam.
- b) Abortus buatan kriminal (*abortus provocation criminalis*) pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah. dilarang oleh hukum atau dilakukan oleh pihak yang tidak berwenang. kecurigaan terhadap abortus provokatus

kriminal harus dipertimbangkan bila terdapat febrilis. Aspek hukum tindakan abortus buatan harus diperhatikan.

1. Infeksi
2. Infertilitas sekunder
3. Kematian

3.Faktor Resiko

Ada beberapa faktor yang merupakan penyebab terjadinya abortus yaitu faktor paritas 25 %, umur 12 – 26 % dan riwayat abortus 30 – 45 % yang mempunyai pengaruh besar. Resiko abortus semakin tinggi dengan bertambahnya paritas, semakin bertambahnya umur ibu dan ayah. Ada juga faktor lain yang berpengaruh yaitu riwayat abortus merupakan predisposisi terjadinya abortus berulang. Kemungkinan terjadinya abortus berulang pada seorang wanita yang mengalami abortus tiga kali atau lebih adalah 83,6 %. Penelitian Suarni tahun 2006 di Makasar juga mengatakan selain faktor umur dan paritas kadar Hb ibu juga menjadi penyebab tingginya angka abortus pada ibu (Fajria, 2013).

Selain itu ada beberapa faktor yang berhubungan dengan terjadinya *abortus*, salah satunya adalah terjadinya abortus pada usia ibu hamil yang terlalu muda, karena wanita hamil pada usia yang terlalu muda (<20 tahun) dari segi biologis perkembangan alat-alat reproduksinya belum sepenuhnya optimal. Dari segi fisikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril, emosional dan dari segi medis sering mendapat gangguan (Hutapea, 2017).

Faktor lain yang berhubungan dengan kejadian terjadinya abortus adalah jarak kehamilan karena yang terlalu dekat dapat memberikan indikasi kurang

siapnya rahim untuk terjadi *implantasi* bagi *embrio*. Persalinan yang rapat akan meningkatkan resiko kesehatan wanita hamil bila ditunjang dengan sosial ekonomi yang buruk. Dengan kehamilan dan menyusui akan menurunkan derajat kesehatan yang akan meningkatkan resiko terjadinya abortus (Hutapea, 2017).

Disamping membutuhkan waktu untuk pulih secara fisik perlu waktu untuk pulih secara emosional. Resiko tinggi pada jarak kehamilan <2 tahun dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana sehingga tidak menimbulkan kehamilan yang tidak direncanakan, sebagian dari resiko tinggi adalah kehamilan yang tidak direncanakan (Hutapea, 2013).

Faktor yang juga berhubungan dengan kejadian abortus adalah pekerjaan dan setatus gizi pada ibu hamil karena jenis pekerjaan seorang wanita hamil dapat mempengaruhi kehamilannya baik ibu dan janin yang dikandungnya. pekerjaan ibu yang dilakukan sehari-hari tanpa diimbangi dengan istirahat yang cukup akan mempengaruhi kesehatan pertumbuhan dan perkembangan janin(Hutapea, 2017).

Bentuk rahim yang kurang sempurna, mioma, gaya hidup yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, mengkonsumsi minuman beralkohol, minum kopi, pengguna ganja dan kokain, minum obat-obatan yang dapat membahayakan kandungan, stress atau ketakutan, hubungan seks dengan orgasme sewaktu hamil dan kelelahan karena sering bepergian dan mengendarai.Faktor lingkungan juga bisa menyebabkan abortus seperti seperti trauma fisik, terkena pengaruh radiasi, polusi, pestisida, dan berada dalam medan magnet di atas batas normal (Darmawati, 2017).

Selain faktor lingkungan, gaya hidup yang tidak sehat seperti minum kopi juga berakibat terhadap abortus. Wanita yang minum kopi selama hamil beresiko terhadap abortus dan melahirkan bayi yang meninggal. Semakin banyak minum kopi semakin meningkatkan resiko kejadian abortus. Wanita yang minum kopi tigagelas sehari mempunyai resiko 3% abortus dan kematian bayi, sedangkan wanita yang minum kopi rata-rata atau lebih dari delapan gelas sehari mempunyai resiko 75 % abortus spontan dan beresiko 2.7 kali terhadap kematian janin. Selain kopi, wanita yang menggunakan ganja juga beresiko terhadap abortus. Penelitian yang dilakukan oleh Baines mengatakan bahwa embrio yang terpapar zat tetra hydro cannabinol (THC) yang berada dalam ganja akan mengalami kegagalan dalam berimplantasi sehingga mengakibatkan keguguran (Darmawati, 2017).

4. Etiologi

Penyebab abortus merupakan gabungan dari beberapa faktor. Umumnya abortus didahului oleh kematian janin. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan terjadinya abortus antara lain. Menurut buku Djamhoer, 2017 :

a. Faktor janin

Kelainan yang paling sering dijumpai adalah gangguan pertumbuhan zigot adalah gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin atau plasenta. Kelainan tersebut biasanya menyebabkan abortus pada trimester pertama, berupa:

1) Kelainan telur

Telur kosong (*blighted ovum*), kerusakan embrio, kelainan kromosom (monosomi, trisomi atau poliploidi), merupakan sekitar 50% penyebab abortus.

- a) Trauma embrio pasca sampling vili korionik, amniosentesis.
 - b) Kelainan pembentukan plasenta hipoplasia trofoblas.
- b. faktor maternal, berupa :
1. Infeksi
- beresiko pada janin yang sedang berkembang, terutama pada akhir trimester pertama atau awal trimester kedua. penyebab kematian janin tidak diketahui secara pasti akibat infeksi janin atau oleh toksin yang dihasilkan mikroorganisme penyebab infeksi. Penyakit-penyakit yang dapat menyebabkan abortus antara lain *Virus rubella*, *sitomegavirus*, *herpes simpleks*, *varicella zoster*, *vaccinia*, *campak*, *hepatitis*, *polio ensefalomielitis*. Bakteri *salmonella thypi* Parasit *toxoplasma gondii*, *plasmodium*
2. Penyakit vaskular hipertensi, penyakit jantung.
 3. Kelainan endokrin abortus spontan dapat terjadi bila produksi progesteron, tidak mencukupi, terjadi disfungsi tiroid atau defisiensi insulin.
 4. Imunologi ketidakcocokan (inkompatibilitas) sistem HLA (human leukocyte antigen), SLE (*systemic lupus erythematosus*, lupus eritematosus sistemik).
 5. Trauma jarang terjadi, umumnya segera setelah trauma, misalnya trauma akibat pembedahan:
 - a. Pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum graviditatum sebelum minggu ke-8.
 - b. Pembedahan intraabdominal dan pembedahan uterus pada saat hamil.
 6. Kelainan uterus hipoplasia uterus, mioma (terutama mioma submukosa), serviks inkompeten atau *retroflexio uteri gravidi incarcerata*.

7. Psikosomatik pengaruh faktor ini masih dipertanyakan.

c. Faktor Eksternal berupa:

1. Radiasi dosis 1-10 rad dapat merusak janin berusia 9 minggu, dosis lebih tinggi dapat menyebabkan keguguran.
2. Obat-obatan antagonis asam folat, antikoagulan,dll. Sebaiknya tidak menggunakan obat-obatan ketika usia kehamilan <16 minggu kecuali obat terbukti tidak membahayakan janin atau indikasi penyakit ibu yang parah.
3. Zat kimia lain bahan yang mengandung arsesn, benzena, dll.
4. Sosioekonomi, pendidikan, konsumsi kafein, dan bekerja ketika sedang hamil tidak terbukti merupakan risiko abortus.

Menurut buku Chamberlain dan Morgan, 2013 penyebab abortus adalah :

a) Abnormalitas embrionik

Abnormalitas kromosom biasa terjadi, meningkatkan akibat perubahan nukleus dari salah satu gamet atau mutasi spontan didalam oosit yang telah dibuahi. Pada saat fertilisasi, pembelahan dan penggabungan kembali materi genetik mungkin terjadi tidak sempurna. Perubahan tersebut biasanya tidak berulang, dan orang tua harus diberi tahu tentang hal ini.

b) Penolakan imunologis

Janin secara genetik asing bagi ibu, namun sebagian besar janin tidak mengalami penolakan. Pada banyak kasus, antibodi penghalang menghambat penolakan embrio yang diperantarai sel (cell-mediated), distimulasi oleh antigen dari trofoblas. Antibodi antifosfolipid berkaitan dengan keguguran dini yang berulang serta insufisiensi bantalan plasenta kemudian. Antibodi ini dapat bekerja

ketika terjadi trombosis plasenta atau vaskulopati desidua. Terapi dengan aspirin, heparin, atau kombinasi memberikan harapan kehamilan yang berhasil.

c) Abnormalitas uterus

Uterus dibentuk selama perkembangan embrionik berasal dari dua tuba yang menyatu untuk membuat sebuah rongga bersama. Kadang-kadang kala berbagai derajat non-aborsi pada septum garis tengah terjadi, memisahkan satu bagian atau 2 bagian ruang yang dibagi oleh septum kebawah bagian pertengahan. Suplai darah ke struktur median ini biasanya kurang dan implantasi embrio di sini dapat diikuti dengan keguguran.

d) Inkompotensi serviks

Serviks dapat memiliki kelemahan yang dikaitkan dengan keguguran spontan pada pertengahan trimester (13-27 minggu). Hal ini dapat terjadi baik kongenital atau didapat setelah peregangan yang berlebihan pada saat pembukaan dan kuretasi atau kelahiran sebelumnya. Ketuban yang disokong akan menonjol kedalam saluran serviks melalui os internalnya dan pecah dini, yang menyebabkan proses keguguran. Diagnosis inkompotensi dapat ditegakan sebelum kehamilan melalui histerogram (pemeriksaan radiologis rongga uterus) atau dalam kehamilan melalui USG. Cerclage serviks biasanya dilakukan dalam kehamilan setelah adanya riwayat keguguran pertengahan trimester, terutama jika ketuban pecah sebelum adanya kontraksi uterus terjadi.

e) Penyakit pada ibu

Penyakit pada ibu dicurigai menjadi penyebab utama keguguran di Inggris, namun hipertensi dan penyakit ginjal masih terkait dengan angka keguguran yang

lebih tinggi pada akhir kehamilan. Infeksi pada ibu dapat mempengaruhi janin, terutama rubela, toksoplasmosis, Penyakit inklusi sitomegalik dan listeriosis. Kekurangan asam folat dikaitkan dengan janin yang mengalami abnormalitas sistem saraf utama, beberapa diantaranya dapat mengalami keguguran.

f) Ketidakseimbangan endokrin

Diabetes dan hiperfungsi tiroid dikaitkan dengan peningkatan risiko keguguran spontan. Jika teridentifikasi, kedua kondisi tersebut biasanya dapat terkontrol dan risikonya berkurang. Abnormalitas rasio LH terhadap FSH pada siklus tertentu dapat menyebabkan keguguran (Chamberlain dan Morgan, 2013).

5. Tanda dan Gejala

Ibu yang keguguran biasanya ditandai dengan perdarahan per vagina dan dapat mengalami sedikitnya nyeri di bagian abdomen bawah. Pada keguguran iminen perdarahannya sedikit sedangkan keguguran insipen terjadi perdarahan yang lebih banyak. Nyeri keguguran yang disertai dengan kontraksi uterus dapat dibedakan dengan dismenore. Derajat syok biasanya berkaitan dengan banyaknya kehilangan darah dari tubuh dan derajat pembukaan serviks (Chamberlain dan Morgan, 2013).

6. Diagnosis Klinis

- a. Anamnesis : perdarahan dari jalan lahir (biasanya sedikit) dan nyeri perut tidak ada atau ringan
- b. Pemeriksaan dalam terdapat fluksus, ostium uteri tertutup, dan ukuran uterus sesuai usia kehamilan.
- c. Pemeriksaan penunjang : USG dapat menunjukkan bahwa hasil konsepsi

- 1) Masih utuh dan terdapat tanda kehidupan janin/embrio
- 2) Meragukan
- 3) Tidak baik dan janin/embrio sudah mati atau tidak (Martaadisoebrita, 2017).

Untuk mendiagnosa *abortus imminens*, dapat dijumpai tanda dan gejala seperti adanya perdarahan sedikit/bercak, kadang disertai rasa mulas/kontraksi (seperti saat *menstruasi*), pada pemeriksaan dalam belum terdapat adanya pembukaan *serviks*, padapemeriksaan palpasi teraba tinggi fundus uteri masih sesuai usia kehamilan dan hasil tes kehamilan masih positif (Hutapea, 2017).

7. Penatalaksanaan

- a. Bila hasil konsepsi masih utuh dan terdapat tanda-tanda kehidupan janin
 - 1) Ibu diminta tirah baring dan tidak melakukan aktivitas seksual sampai gejala perdarahan hilang atau selama 3x24 jam
 - 2) Pemberian preparat progesteron masih diperdebatkan karena dapat menyebabkan relaksasi otot polos, termasuk otot uterus. Beberapa penelitian menunjukan efek buruk progesteron, yakni meningkatkan risiko abortus inkomplit, sehingga hanya diberikan bila terdapat gangguan fase luteal; dosisnya 5-10 mg.
- b. Bila hasil USG meragukan, USG diulang kembali 1-2 minggu kemudian
- c. Bila hasil USG tidak baik, segera lakukan evakuasi (Martaadisoebrita, 2017).

Penanganan pada kasus *abortus imminen* adalah istirahat baring (tirah baring) untuk melancarkan aliran darah ke uterus dan mengurangi perangsangan mekanis pada rahim ibu. Lakukan pemeriksaan tanda tanda vital, kolaborasi

dalam pemberian *sedative* (untuk mengurangi rasa sakit dan cemas ibu), berikan diet tinggi protein dan tambahan vitamin C, bersihkan vulva minimal dua kali sehari untuk mencegah infeksi, berikan terapi *hormoneprogesterone intramuscular* atau dengan berbagai zat *progestasional sintetik peroral* atau secara *intramuscular* (Hutapea, 2017).

Menurut buku *Obgynacea* (Obstetri dan Ginekologi)

1. Bedrest (tirah baring) total
2. Hindari aktivitas fisik berlebihan, hindari coitus
3. Jika perdarahan berhenti, lakukan ANC seperti biasa
4. Jika perdarahan terus berlangsung
 - a. Nilai kondisi janin (Plano Test atau USG)
 - b. Cari kemungkinan penyebab lain (misalnya gemeli atau mioma).

Tidak perlu terapi hormonal (estrogen atau progesteron) atau tokolik (salbutamol atau indometasin) karena obat-obatan ini tidak dapat mencegah abortus (Kurniawati dan Mirzanie,2009).

C.ASUHAN KEBIDANAN

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney adalah sebagai berikut :

1. Langkah I (pertama) : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

1. Riwayat kesehatan
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
3. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya,

4. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan 5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

2. Langkah II (kedua) : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa “kemungkinan wanita hamil”, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita pada

trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar diagnosa” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut.

3. Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan ragaikan masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh seorang wanita dengan pemuaian uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaian uterus yang berlebihan tersebut (misalnya pelihidramnion, besar dari masa kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar). Kemudian ia harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri karena pemuaian uterus yang berlebihan.

Pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya distosia bahu dan juga kebutuhan untuk resusitasi. Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan

wanita menderita infeksi saluran kencing yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya peningkatan partus prematur atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap simptomatik terhadap bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

4. Langkah IV (keempat) : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanyaselama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distocia bahu, atau nilai APGAR yang rendah). Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre-eklampsia, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medic yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawat klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

5. Langkah V (kelima) : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

Dengan perkataan lain, asuhannya terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan

rencana tersebut. Oleh karena itu, langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kehidupan membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang atau tidak akan dilakukan oleh klien.

Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

6. Langkah VI (keenam) : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diurakan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya : memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana).

Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

7. Langkah VII (ketujuh) : Evaluasi

Pada langkah ke VII ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar.

Medan STIKes Santa Elisabeth

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis studi kasus

Jenis studi kasus yang digunakan yaitu dengan metode deskriptif kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. Studi kasus ini dilakukan pada Ny.J G1P0A0 usia kehamilan 14 minggu dengan *Abortus Imminens* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam 3-18 Desember Tahun 2017.

B. Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam di Ruangan Poli Klinik dokter SpOG.

C. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus ini penulis mengambil subjek yaitu Ny.JG1P0A0 usia kehamilan 14 minggu dengan *Abortus Imminens* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam tahun 2017.

D. Waktu studi kasus

Waktu studi kasus adalah waktu yang digunakan penulis untuk pelaksanaan laporan kasus. Pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 3-18 Desember 2017.

E. Teknik Pengumpulan Data

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

1. Data Primer

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana penulis mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penulis (Responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis pada Ny.J G1P0A0usia kehamilan 14 minggu dengan *Abortus Imminens*

b. Pemeriksaan Fisik

Menurut (Handoko, 2008) pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dengan cara:

1) 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, pada pemeriksaan fisik tampak turgor kulit kering, mata cekung dan lidah kering.

2) Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan fundus uterus dan kontraksi uterus (Nursalam, 2007) Pada kasus ini pemeriksaan palpasi meliputi nadi

3) Perkusi

Perkusi adalah suatu pemeriksaan dengan jalan mengetuk bagian tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh kiri kanan dengan tujuan menghasilkan suara, perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran dan konsistensi jaringan. Pada kasus Abortus Imminens tidak dilakukan pemeriksaan reflek patela kanan-kiri

4) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Pada kasus ibu hamil dengan abortus imminens pemeriksaan auskultasi meliputi pemeriksaan tekanan darah (TD).

c. Pemeriksaan Penunjang

Hasil USG oleh dokter Sp.OG yaitu: tampak bagian-bagian janin dan terdengar DJJ 148x/i teratur.

2. Data Sekunder

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

Data sekunder diperoleh dari:

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 kehamilan dengan *Abortus Imminens* tidak

diambil dari catatan status pasien di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam sebelumnya tetapi diambil saat terjadinya kasus.

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 2009–2018.

F. Alat-Alat dan Bahan yang dibutuhkan

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

1. Wawancara

Alat dan bahan untuk wawancara meliputi:

- a. Format pengkajian ibu hamil
- b. Buku tulis
- c. Bolpoin + Penggaris

2. Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

- a. Tensimeter
- b. Stetoskop
- c. Thermometer
- d. Timbangan berat badan
- e. Alat pengukur tinggi badan
- f. Pita pengukur lingkar lengan atas

- g. Jam tangan dengan penunjuk detik
- h. Metline
- i. Bengkok
- j. Bak instrumen
- k. Kapas kering + kapas alcohol
- l. Set infuse dan cairan infuse RL
- m. Sput 3 cc

3. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- a. Status atau catatan pasien
- b. Alat tulis
- c. Rekam medis

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A.Tinjauan Kasus

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.J USIA 26 TAHUN G1P0A0 USIA KEHAMILAN 14 MINGGU DENGAN ABORTUS IMMINENS DIRUMAH SAKIT SANTA ELISABETH LUBUK BAJA BATAM TAHUN 2017

Tanggal Masuk : 07– 12 – 2017 Tgl pengkajian :07– 12 - 2017

Jam Masuk : 12.00 Wib Jam Pengkajian : 12.05 Wib

Tempat : RSE Batam Pengkaji : Klara Zidomi

No. Register : -

I. PENGUMPULAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu : Ny. J Nama Suami : Tn. Y

Umur : 26 tahun Umur : 28 tahun

Agama : Budhha Agama : Buddha

Suku/bangsa : Tionghoang Suku/bangsa : Tionghoang

Pendidikan : S1 Pendidikan : S1

Pekerjaan : Karyawan Swasta Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Garden Masyeta A/10 Alamat :Garden Masyeta A/10

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

1. Alasan kunjungan :Ingin memeriksakan kehamilannya

2. Keluhan utama : Ibu mengatakan mengeluarkan darah berupa flek-flek berwarna merah segar sejak tadi siang dan tidak disertai nyeri perut bagian bawah sekitar jam 11.00 wib

3. Riwayat menstruasi :

Menarche : 13 thn, siklus 28 hari, teratur

Lama : 4-5 hari, Banyak : 2 – 3 kali ganti doek

Keluhan : Tidak ada

4. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Anak ke	Tgl Lahir /Umr	U K	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Peno long	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Ba yi	I b u	PB/B B/JK	Keadaan	Keadaan	Ia kt asi
1	H	A	M	I	L			I	N	I	

5. Riwayat kehamilan sekarang

a. G1P0A0

b. HPHT : 03 – 09 - 2017 HPL : 10 – 06 - 2018

c. UK : 14 minggu

d. Gerakan janin :- sehari, pergerakan janin pertama kali bulan, minggu

e. Imunisasi Toxoid Tetanus : sebanyak ...kali, yaitu :-

f. Kecemasan : Ada

g. Tanda-tanda bahaya : Keluar darah vagina

h. Tanda-tanda persalinan : Tidak ada

5. 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

6. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Mellitus : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Lain-lain : Tidak riwayat kembar

7. Riwayat KB : Tidak ada

8. Riwayat psikososial

Status perkawinan : Sah

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang

Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami

Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : RS

Tempat rujukan jika ada komplikasi ; Rumah sakit

Persiapan menjelang persalinan : Tidak ada

9. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum :

Frekuensi : 3 kali sehari

Jenis : Nasi + ikan + sayur + buah porsi : 1 porsi

Minuman : Air putih, Jus buah, Susu

Keluhan/pantangan : Tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : ± 1 jam

Tidur malam : ± 6–7 jam

c. Pola eliminasi

BAK : ± 10 kali/hari, warna : Putih Jernih

BAB : ± 1-2 kali/hari, konsistensi : Lembek

d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

Ganti pakaian/pakaian dalam : 2 kali/hari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : ibu bekerja sebagai karyawan swasta

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 : cemas

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 36,0°C

Respirasi : 20 kali/menit

3. Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : 60 kg, kenaikan BB selama hamil : 1 kg

Tinggi badan : 155 cm

Lila : 26 cm

4. Pemeriksaan fisik

a. Postur tubuh : Lordosis

b. Kepala

Muka : Simetris, cloasma : Tidak ada, oedema : Tidak ada

Mata : Simetris, Conjungtiva: Tidak Pucat, Sclera : Tidak ikhterik

Hidung : Simetris, polip : Tidak ada

Mulut/bibir : Simetris, Tidak ada karang gigi

c. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid

d. Payudara

Bentuk simetris : Ya

Keadaan putting susu : Menonjol

Areola mamae : Hiperpigmantasi

Colostrum : Tidak ada

e. Perut

. Inspeksi : Abdomen berbentuk balottemen

. Palpasi :

- a) Leopold I : teraba ballotement
- b) Leopold II : tidak dilakukan
- c) Leopold III : tidak dilakukan
- d) Leopold IV : tidak dilakukan
- e) TBJ : gr
- f) TFU : 3 jari diatas simpisis
- g) Kontraksi
 - . Auskultasi : Di lakukan
 - . DJJ : 148 x/_i
- h) Ekstremitas : simetris

Atas : jari jari lengkap, tidak ada oedema, kuku tidak pucat.

Bawah : jari jari lengkap, tidak ada odema dan tidak ada varices

- i) Genitalia : Tampak flek darah merah segar di pembalut
- Anus : Tidak ada Heamoroid

5. Pemeriksaan Panggul

- Lingkar Panggul : Tidak dilakukan
- Distosia Cristarum : Tidak dilakukan
- Distosia Spinarum : Tidak dilakukan
- Conjungata Bourdeloque : Tidak dilakukan

6. Pemeriksaan dalam : Tidak dilakukan

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG:

Hasil USG oleh dokter Sp.OG yaitu: Tampak bagian bagian janin pada hasil USG dan terdengar DJJ janin 148x/i teratur

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN :

Diagnosa : Ny.J Usia 26 tahun, G1P0A0 usia kehamilan 14 minggu dengan

Abortus Imminens

DS : Ibu mengatakan ini kehamilan pertama

DO : -

Dx II DS : Ibu mengatakan HPHT tanggal 03-09-2017

DO : 14 minggu

Dx III DS : Ibu mengatakan mengeluarkan darah berupa flek berwarna merah segar sejak tadi siang dan tidak disertai nyeri perut bagian bawah jam 11.00

DO : Tampak flek darah merah segar pada pembalut

Masalah :
1. keluar flek darah dari vagina
2. cemas

Kebutuhan:

1. Informasi tentang tanda bahaya pada TM I
2. Informasi tentang nutrisi
3. Informasi tentang bedrest total
4. Pasang infus Ring-As 20 tts/i
5. Berikan terapy sesuai anjuran dokter
6. Informasi tentang cairan dan nutrisi

III. ANTISIPASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

pada ibu :

- Abortus Insipiens

IV. TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi dengan dokter Sp.OG

V. INTERVENSI

Tanggal : 7 – 12 – 2017 pukul : 12.50 oleh : bidan

No	Intervensi	Rasionalisasi
1	Informasikan kepada ibu tentang keadaan ibu dan janin saat ini	Agar ibu mengetahui hasil kondisinya saat ini.
2	Anjurkan Ibu tirah baring/ bedrest total	Untuk mencegah perdarahan
3	Lakukan pemasangan infus Ring-As 20 tts/i sesuai instruksi dokter Sp.OG	Untuk mempertahankan cairan pada ibu
4	Lakukan pemasangan kateter sesuai instruksi dokter Sp.OG	Untuk mempermudah ibu untuk kekamar mandi karna ibu sedang tirah baring
5	Lakukan kolaborasi dengan dokter Sp.OG dalam memberikan terapi	Untuk membantu pemulihan ibu
6	Anjurkan ibu untuk rawat inapsesuai instruksi dokter Sp.OG	Untuk memantau keadaan ibu dan janin serta ibu dapat menerima pengobatan yang kontinu

VI. IMPLEMENTASI.

Tanggal :7- 12- 2017 pukul : 12.05 oleh : bidan

NO	Jam	Tindakan	Paraf
1	12.05	Memberitahu kepada ibu bahwa keadaan ibu dan janin saat ini dalam keadaan baik dan memberitahu ibu Vital sign : TD : 120/80 mmHg N : 82 x/menit S : 36 °C RR : 20 x/menit Keadaan janin : baik Frekuensi DJJ : 148 x/i teratur Ev : ibu sudah mengetahui kondisinya saat ini	
2	12.10	Menganjurkan ibu untuk tirah baring untuk mencegah perdarahan berkelanjutan tanpa turun dari tempat tidur Evaluasi : Ibu sudah mengetahui sudah mengerti dan akan melakukannya	
3	12.25	Memasang infus sesuai instruksi dokter Sp.OG yaitu infus Ring-As 20 tts/i ditangan sebelah kanan, infus	

		terpasang dengan baik dan lancar Evaluasi : infus sudah terpasang dengan baik dan lancar	
4	12.40	Melakukan pemasangan kateter no.18sesuai instruksi dokter Sp.OG Evaluasi : Kateter sudah terpasang dengan baik pada orivisium uretra	
5	12.55	Melakukan kolaborasi dengan dokter Sp.OG dalam memberikan terapi Ultragestan 1 amp/iv Evaluasi: obat sudah disuntikan pada ibu secara iv	
6	13.05	Menganjurkan ibu untuk di observasi diruangan VKsesuai instruksi dokter Sp.OG dan selanjutnya dilakukan rawat inap di Ruangan St. Elisabeth Evaluasi: ibu mengatakan setuju dan ibu sudah diantar diruangan VK	

VII. EVALUASI

Tanggal: 7-12- 2017

Jam: 13.00 WIB

S : Ibu mengatakan sudah mengerti tentang yang disampaikan oleh bidan

O : Ibu tampak antusias dan menganggukan kepala saat mendengar penjelasan bidan mengenai keadaanya

A : Diagnosa: Ny.J Usia 26 tahun, G1P0A0 usia kehamilan 14 minggu dengan *Abortus Imminens*.

Masalah : Belum teratasi

P : - Pantau keadaan ibu di ruangan VK

-Pantau TTV

-Pantau perdarahan

-Pantau adanya nyeri atau kram pada perut bagian bawah

-Pindahkan ibu diruangan Elisabeth apabila ibu mulai membaiksesuai instruksi dokter Sp.OG

DATA PERKEMBANGAN I

Pada tanggal :8Desember 2017 Pukul : 08.00 WIB oleh : Klara Zidomi

S : Ibu mengatakan tidak ada nyeri pada bagian perut bawah

O : Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Tanda – tanda vital :

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

Suhu : 36,5⁰C

Nadi : 80x/i

Pernapasan : 20x/i

Ibu tampak beristirahat ditempat tidur

Infus terpasang :Ring As 20 tts/i flash ke 3

Tampak flek darah pada pembalut masih ada

Pemeriksaan Penunjang :

1. Hb : 12,9 mg/dl

2. Trombosit : 234

3. Leukosit : 11,5

A : Diagnosa : Ny.J Usia 26 tahun, G1P0A0 usia kehamilan 14 minggu dengan *Abortus Imminens*

Masalah : sebagian teratas

Kebutuhan :

1. Pantau KU dan TTV

2. Nutrisi dan cairan

3. Terapi sesuai anjuran dokter
4. Pantau perdarahan
5. Pantau adanya kontraksi

P : 1. Mengajurkan ibu untuk tirah baring/bedrest total

Ev : Ibu tampak beristirahat ditempat tidur

2. Memberikan obat sesuai dengan anjuran dokter dan ada obat yang sudah ditambah oleh dokter

1. Ultrapgesan 1 amp/ 1x1 (24 jam)
2. Duvadilan 5 Amp /drip 20 tts/i
3. Vit A 1x1/24 jam
4. Ranitidin 1 amp 3x1/8 jam

Ev : Obat sudah diberikan kepada ibu

3. Memantau cairan infus Ring As 20 tts/i

Ev : infus berjalan dengan baik dan lancar

4. Melakukan kolaborasi dengan dokter

Ev : sudah dilakukan dan dokter bersedia

5. Melakukan pemantauan ku dan ttv ibu

Ev : Ku : baik

TTV : TD : 110/80 mmHg

T : 36, °C

P : 80 x/i

RR : 20 x/i

6. Melakukan pemantauan adanya kontraksi atau nyeri perut bagian

bawah

Ev : Ibu mengatakan tidak ada kontraksi atau nyeri

DATA PERKEMBANGAN II

Pada tanggal : 9 Desember 2017 Pukul : 09. 00 WIB oleh : Klara Zidomi

S : Ibu mengatakan tidak ada nyeri pada perut bagian bawah

O : Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Tanda – tanda vital :

Suhu : 36, ⁰C

Nadi : 84x/i

Pernapasan : 22x/i

Pernapasan : 22x/i

Ibu tampak beristirahat ditempat tidur

Infus terpasang :Ring As 20 tts/i flash ke 6

Tampak perdarahan pada vagina sudah mulai berkurang

A : Diagnosa : Ny.J Usia 26 tahun, G₁P₀A₀ usia kehamilan 14

minggudengan Abortus Imminens

Masalah : sebagian teratas

Kebutuhan :

1. Pantau KU dan TTV
 2. Nutrisi dan cairan
 3. Terapi sesuai anjuran dokter
 4. Pantau perdarahan

5. Pantau kontraksi

P : 1. Mengajurkan ibu untuk tirah baring/bedrest total

Ev : Ibu tampak beristirahat ditempat tidur

2. Memberikan obat sesuai dengan anjuran dokter

1. Ultrapgestan 1 amp/ 1x1 (24 jam)

2. Duvadilan 1 amp/drip 20 tts/i

3. Vit A 1x1/24 jam

4. Ranitidin 1 amp 3x1/8 jam

Ev : Obat sudah diberikan kepada ibu

3. Memantau cairan infus Ring As 20 tts/i

Ev : infus berjalan dengan baik dan lancar

4. Melakukan kolaborasi dengan dokter

Ev : sudah dilakukan dan dokter bersedia

5. Melakukan pemantauan ku dan ttv ibu

Ev : Ku : baik

TTV : TD : 110/80 mmHg

T : 36, °C

P : 84 x/i

RR : 22 x/i

6. Mengajurkan ibu untuk melakukan USG

Ev : hasil USG menunjukan bahwa tampak bagian bagian janin dan terdengar DJJ 140x/i

7. Melakukan pemantauan adanya kontraksi atau nyeri perut bagian

bawah

Ev : Ibu mengatakan tidak ada kontraksi atau nyeri

DATA PERKEMBANGAN III

Pada tanggal : 10 Desember 2017

pukul : 09.00 WIB

S : Ibu mengatakan tidak ada nyeri atau kontraksi pada perut bagian bawah

O : Keadaan umum : Baik
Kesadaran : Compos mentis

Tanda – tanda vital :

Tekanan Darah : 120/80 mmHg

Suhu : 36, 3⁰C

Nadi : 80x/i

Pernapasan : 20x/i

Tampak flek sedikit di pembalut

A : Diagnosa : Ny.J Usia 26 tahun, G1P0A0 usia kehamilan 14 minggu
dengan *Abortus Imminens*

Masalah : sudah teratasi

Kebutuhan :

1. Informasi tentang nutrisi dan cairan
2. Informasi istirahat dan tidur
3. Informasi tentang tanda bahaya pada TM I

P : 1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaanya yaitu

Tekanan Darah : 120/80 mmHg

Suhu : 36, 3⁰C

Nadi : 80x/i

Pernapasan : 20x/i

Ev : Ibu sudah diberitahu tentang hasil pemeriksaanya, semua dalam batas normal

2. Meng-up infus dan kateter

Ev : Infus dan kateter sudah ter-up

3. Menganjurkan ibu untuk menjaga pola makanan dan minuman dimana ibu harus banyak mengonsumsi sayuran berwarna hijau, makanan yang mengandung protein seperti tahu, tempe, telur, ikan, daging, susu, mengonsumsi buah-buahan sebagai sumber vitamin, minum air putih ± 10 gelas perhari dan minum susu pagi dan malam

Ev : Ibu mengatakan sudah mengerti tentang makan dan minum

4. Menganjurkan ibu untuk istirahat dimana pada malam hari ± 7-8 jam dan siang ± 1-2 jam, hindari aktivitas yang berlebihan

Ev : Ibu mengatakan sudah mengerti dan akan melaksanakannya

5. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya pada TM I yaitu : Anemia, perdarahan

Ev : Ibu mengatakan sudah mengerti tentang tanda bahaya pada TM I

6. Menganjurkan ibu untuk menghindari hubungan seksual karna akan menimbulkan kontraksi.

Ev : Ibu mengatakan sudah mengerti

7. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang

Ev : Ibu mengatakan akan datang berkunjung

4.2 Pembahasan

1. Identifikasi Masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

Berdasarkan kasus pada Ny.J usia 26 tahun G1P0A0 usia kehamilan 14 minggu dengan *Abortus Imminens*, masalah yang timbul yaitu ibu mengatakan mengeluarkan darah berupa flek berwarna merah segar sejak tadi siang dan tidak disertai nyeri perut bagian bawah dan ibu merasa kecemasan terhadap keadaan yang dialami, Untuk mengatasi masalah tersebut ibu membutuhkan asuhan melalui asuhan kebidanan yang diterapkan dalam manajemen menurut Varney.

2. Pembahasan Masalah

Pembahasan merupakan pembagian dari laporan tugas akhir yang akan membahas tentang hambatan dan keadaan selama melakukan asuhan kebidanan pada Ny.J dengan *Abortus Imminens*. Kendala yang menyangkut kesenjangan tersebut dapat dilakukan pemecahan masalah, adapun pemecahan masalah dilakukan dengan melaksanakan asuhan kebidanan sebagai salah satu cara yang dilakukan oleh bidan dalam menangani masalah kebidanan sehingga diuraikan pembahasan dengan menggunakan 7 langkah varney yang dirumuskan sebagai berikut.

1. Pengkajian

Pada kasus Ny.J dengan *abortus imminens* dilakukan pengumpulan data subyektif dan didapat keluhan ibu mengatakan mengeluarkan darah berupa flek berwarna merah segar sejak tadi siang dan tidak disertai nyeri perut bagian bawah dari data obyektif yang dilakukan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum ibu cemas, ttv normal,tampak flek darah segar di pembalut.

Dari pengkajian ini menyatakan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Dalam hal ini (Manuaba, 2007) memaparkan keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil dengan *abortus imminens* yaitumengeluarkan darah berupa flek berwarna merah segar sejak tadi siang dan tidak disertai nyeri perut bagian bawah. Sehingga penulis dapat melanjutkan asuhan kebidanan selanjutnya sesuai dengan kondisi ibu dengan *abortus imminens*.

2. Interpretasi Data

Diagnose kebidanan pada Ny.J G1P0A0 umur 26tahun hamil 14 dengan *abortus imminens* dan ditemukan masalah bahwa ibu cemas terhadap kehamilannya saat ini. Hal ini didasari karena pada pengkajian ibu mengatakan mengeluarkan darah berupa flek berwarna merah segar sejak tadi siang dan tidak disertai nyeri perut bagian bawahuntuk itu dilakukan penatalaksanaan sesuai kebutuhan dari masalah tersebut yakni memberitahu ibu bahwa keadaan ibu dan janin baik.

Pada teori kebutuhan ibu *abortus imminens* di anjurkan untuk bedrest total dan dilakukan pemantauan darah yang keluar sedangkan ditempat kejadian penanganan *abortus imminens* dipasang infus, kateter, dan adanya pemberian terapi yaitu obat Ultragestan yang mengandung hormon progesteron diteori obat

ini tidak bisa diberi karena obat ini tidak dapat mencegah abortus. Jadi pada langkah ini terjadi kesenjangan antara teori dan praktik lapangan.

3. Diagnosa potensial

Diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil mengawasi pasien bidan mengidentifikasi diagnosis dan masalah potensial berdasarkan diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi atau diagnosis dan masalah actual (Elisabeth, 2015)

Masalah potensial yang dapat terjadi selama kehamilan dengan kasus abortus *imminens* antara lain: potensial terjadi *abortus insipiens*. Dikatakan potensial terjadi abortus inspiens apabila keluar darah berstolsel, ada pembukaan serviks dan ada nyeri pada perut bagian bawah. Diagnosa masalah potensial yang terjadi pada *abortus imminens* adalah keluar flek darah merah segar, pada pemeriksaan USG tampak bagian-bagian janin, dan terdengar djj. Namun, pada Ny.J tidak terjadi *abortus imminens* karena mendapatkan penanganan yang intensif. Pada tahap ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan karena sejak ibu sudah didiagnosa mengalami *abortus imminens*, tenaga kesehatan telah menegakkan diagnosa masalah yang mungkin terjadi pada ibu dan berupaya untuk mengantisipasi masalah ibu tidak terjadi.

4. Antisipasi/Tindakan segera mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan untuk di konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

Tindakan kolaborasi dilakukan pada penderita yang mengalami abortus imminens berupa pemberian cairan intravena yaitu infus Ring As 20 tetes/menituntuk mengganti cairan yang keluar akibat darah yang keluar ditambah dengan pemberian terapi ibu, memantau kondisi janin dengan USG dan kolaborasi dalam pemberian terapi.

Berdasarkan kasus Ny.Jdiperlukan tindakan segera yaitu kolaborasi dengan dokter.Pada langkah ini, penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi atau masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi kepada klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling, penyuluhan dan apakah pasien perlu dirujuk karena masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain (Elisabeth, 2015)

Untuk mencapai rencana penanganan terhadap abortus imminens perlu dilaksanakan dengan jalan memberikan asuhan kebidanan yaitu, beritahu ibu hasil keadaannya dan janinnya, anjurkan Ibu tirah baring/bedrest total, lakukan pemasangan infus Ring-As 20 tts/i sesuai instruksi dokter, lakukan pemasangan kateter sesuai instruksi dokter, berikan terapi sesuai anjuran dokter.

maka disini terjadi kesenjangan antara teori dan praktik dilapangan, karna sesuai teori ibu hanya dianjurkan untuk bedrest total dan tidak perlu penanganan khusus, tetapi di lapangan ada penanganan khusus karna rumah sakit memiliki prosedur sendiri.

6.Penatalaksanaan

Pada tahap ini akan dilaksanakan berdasarkan tahap perencanaan yang telah disusun oleh penulis dalam teori *abortus imminens* yang penangannya yaitu : Memberitahu kepada ibu bahwa keadaan ibu dan janin saat ini dalam keadaan baik yaitu ttv tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 82 x/menit, suhu 36 °C, pernafasan 20x/i, keadaan janin baik, frekuensi DJJ 148 x/i teratur, menganjurkan ibu untuk tirah baring untuk mencegah perdarahan berkelanjutan tanpa turun dari tempat tidur, memasang infus sesuai instruksi dokter Ring-As 20 tts/i ditangan sebelah kanan, infus terpasang dengan baik dan lancar, melakukan pemasangan kateter no.18 sesuai instruksi dokter, memberi terapi sesuai dengan anjuran dokter yaitu ultragestan 1 amp/iv

7.Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang dilakukan oleh bidan.mengevaluasikan kegiatan yang dilakukan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencakan kembali tindakan yang belum terlaksana.

Pada kasus Ny J hamil dengan *Abortus imminens*, ibu sudah tahu hasil pemeriksaan dan kondisinya dan janinnya, ibu sudah tahu penyebab, tanda dan gejala penanganan.Ny.J sudah bisa pulang kerumah dan dilanjutkan dengan tirah baring dirumah. Pada tahap ini evaluasi dilakukan sesuai dengan teori, sehingga disini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis membahas asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Abortus Imminens di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam. Maka penulis mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Penulis dapat melakukan pengkajian terhadap Ny.J di Rumah Sakit Santa Elisabeth Lubuk Baja Batam berdasarkan data subjektif dan objektif. Dimana data subjektif yaitu : Ny.J usia 26 tahun, jenis kelamin perempuan dan Ny.J mengatakan mengeluarkan darah berupa flek berwarna merah segar sejak tadi siang dan tidak disertai nyeri perut bagian bawah jam 11.00
2. Penulis dapat melakukan interpretasi data dengan menentukan diagnosa kebidanan terhadap Ny. J yaitu Ny.J Usia 26 tahun, G1P0A0 usia kehamilan 14 minggu dengan *Abortus Imminens* didapat dari data subjektif dan objektif dari hasil pengkajian.
3. Penulis ditemukan diagnosa potensial dalam asuhan kebidanan pada Ny.J dengan *abortus imminens* yaitu *abortus Insipiens*.
4. Penulis dilakukan tindakan segera dalam asuhan kebidanan pada Ny.J dengan *abortus imminens* yaitu kolaborasi dengan dokter
5. Penulis telah memberikan rencana asuhan kebidanan pada Ny.J G1P0A0 Usia kehamilan 14 minggu dengan *Abortus Imminens*

6. Penulis telah melaksanakan asuhan sesuai dengan yang telah direncanakan dalam memberikan asuhan kebidanan pada Ny.J G1P0A0 Usia kehamilan 14 minggu dengan *Abortus Imminens* yaitu menganjurkan ibu untuk tirah baring untuk mencegah perdarahan berkelanjutan tanpa turun dari tempat tidur, memasang infus sesuai instruksi dokter Ring-As 20 tts/i ditangan sebelah kanan, melakukan pemasangan kateter no.18 sesuai instruksi dokter, memberi terapi sesuai dengan anjuran dokter yaitu ultragestan 1 amp/iv
7. Penulis telah mengevaluasi asuhan kebidanan pada Ny.J G1P0A0 Usia kehamilan 14 minggu dengan *Abortus Imminens*. Ny.J sudah bisa pulang dan ibu dianjurkan untuk tirah baring dirumah serta ibu dianjurkan untuk menghindari hubungan seks dengan suami.

B. Saran

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

Agar lebih meningkatkan mutu pendidikan dalam proses pembelajaran baik teori maupun praktik. Agar mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang teori-teori kehamilan fisiologis dan patologis.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan Rumah Sakit dan petugas kesehatan lainnya dapat lebih meningkatkan pelayanan dalam menangani *abortus imminens*, baik dari segi sarana prasarana maupun tenaga kesehatan yang ada di institusi kesehatan.

3. Bagi klien

Diharapkan kepada klien untuk lebih meningkatkan kesadaran akan pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan kepada bidan atau tenaga kesehatan

STIKes Santa Elisabeth
Medan

DAFTAR PUSTAKA

- Azhar, Darul. 2016. *Hubungan Antara Umur Dan Paritas Dengan Kejadian Abortus Pada Ibu*. Vol 1, No.1. Diakses pada tanggal 22 Mei 2018
- Darmawati. 2017. *Mengenali Abortus Dan Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Abortus*. Jurnal Unsyiah.vol II no.2. Diakses pada tanggal 22 Mei 2017.
- Fitri, Nuri. 2017. *Hubungan Usia Dan Jarak Kehamilan Dengan Kejadian Abortus*. Vol.1, No.1,Juli 2017. Diakses Pada Tanggal 22 Mei 2018.
- Hutahaean, Serri. 2013. *Perawatan Antenatal*. Jakarta: Salemba Medika
- Hutapea, Marta. 2017. *Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Abortus* vol. 1 no. 1 april 2017. Diakses pada tanggal 22 Mei 2018
- Kurniawati dan Mirzanie. 2009. *Obgynacea Obstetri dan Ginekologi*. Yogyakarta: TOSCA enterprise.
- Lili, Fajria.2013. *Analisis Faktor Resiko Kejadian Abortus*. Ners Jurnal Keperawatan. Volume 9, No 2, Oktober 2013 : 140-153. Diakses pada tanggal 22 Mei 2018
- Lisnawati, liris. 2013. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: CV.Trans Info Media
- Martaadisoerata, Djamhoer 2017. *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Maryunani dan Eka. 2014. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta:Trans Info Media
- Pitriani. 2013. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Abortus Inkomplit*. Diakses pada tanggal 22 Mei 2018
- Prawirohardjo, 2016. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka
- Purwaningrum, Elisa. 2017. *Faktor Risiko Kejadian Abortus Spontan*. Diakses pada tanggal 22 Mei 2018.