

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA Ny. A USIA 25 TAHUN
G₅P₁A₃ USIA KEHAMILAN 14 MINGGU 3 HARI DENGAN
ABORTUS HABITUALIS DI PUSKESMAS
PANCUR BATU TAHUN 2018**

STUDI KASUS

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



Disusun Oleh :

FRANSISCA PRILLY ICAHYA S.

022015021

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

LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. A USIA 25 TAHUN
G₅P₁A₃ USIA KEHAMILAN 14 MINGGU 3 HARI DENGAN
ABORTUS HABITUALIS DI PUSKESMAS
PANCUR BATU TAHUN 2018**

Studi Kasus

Diajukan Oleh

**Fransisca Prily Icahya S
NIM : 022015021**

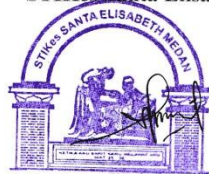
**Telah diperiksa dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada
Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth**

Oleh :

**Pembimbing : Flora Naibaho, S.ST, M.Kes
Tanggal : 19 Mei 2018**

Tanda tangan :

**Mengetahui
Ketua Progran Studi D3 Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan**



(Anita Veronika, S.SiT, M.KM)

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir



PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Pengesahan

Nama : Fransisca Prilly Icahya S
NIM : 022015021
Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. A Usia 25 Tahun G₅P₁A₃ Usia Kehamilan 14 Minggu 3 Hari Dengan Abortus Habitualis Di Puskesmas Pancur Batu Tahun 2018

Telah Disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan pada Rabu, 23 Mei 2018 dan dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI :

Penguji I : Oktafiana Manurung, S.ST, M.Kes

Penguji II : Desriati Sinaga, S.ST, M.Keb

Penguji III : Flora Naibaho, S.ST, M.Kes

TANDA TANGAN









Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Kebidanan
Anita Veronika, S.SiT., M.KM



Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan
Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep

CURICULUM VITAE



Nama : Fransisca Prilly Icahya S
Tempat/ Tanggal lahir : Duri, 27 April 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Karang Anyer 1 No.25 Duri-Riau
Kec. Mandau Kab. Bengkalis
Suku/Bangsa : Batak/Indonesia
Jumlah Saudara : Anak ke-2 dari 4 bersaudara
Pekerjaan : Mahasiswa
Status : Lajang
Pendidikan
1. Tahun 2002-2003 : TK Santo Yoseph Duri
2. Tahun 2003-2009 : SD N 13 Air Jamban
3. Tahun 2009-2012 : SMP N 4 Mandau
4. Tahun 2012-2015 : SMA N 8 Mandau
5. Tahun 2015-Sekarang : Prodi D-3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth
Medan Angkatan 2015

LEMBAR PERSEMBAHAN

Dulu,

Tidak pernah terfikirkan akan jadi seperti ini, menjadi seorang tenaga kesehatan yang menjadi sumber pengharapan bagi setiap ibu ibu didunia bagi setiap orang sakit dan setiap orang yang membutuhkan, Tapi untuk ini semua ,Terimakasih Tuhan Yesus.

Doa dan harapanku semoga aku mampu menjalankan tugas ku dengan baik menjadi sumber harapan dan berkat yang membawa kebahagiaan melalui pelayananku kepada semua orang yang membutuhkanku.

Ucapan terimakasih terdalam kuucapkan kepada kedua orang tua ku papa dan bunda yang sangat ku sayangi untuk kak grace , yona dan adek wawa yang sangat kukasihi yang selalu mendoakanku menjadi penyemangatku menjadi motivator terbaik dalam hidup ku yang tidak pernah lelah menasehatiku hingga aku sampai ditahap ini.

Tak lupa pula kuucapkan terimakasih untuk mama di surga yang sangat kucintai dan sangat kurindukan. yang menjadi salah satu alasan terbesarku untuk tetap bertahan dan terus berjuang dalam pendidikanku . aku yakin mama bangga dan bahagia disana

Motto : Matius 21 : 22

Dan apa saja yang kamu

Minta dala doa dengan

Penuh Kepercayaan

Kamu akan menerimanya



LEMBAR PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul, “**Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. A Usia 25 Tahun G5P1A3 Usia Kehamilan 14 Minggu 3 Hari dengan Abortus Habitualis di Puskesmas Pancur Batu Tahun 2018**” ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

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

Medan, 17 Mei 2018

Yang Membuat Pernyataan

(Fransisca Prilly Icahya)

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. A USIA 25 TAHUN
G5P1A3 USIA KEHAMILAN 14 MINGGU 3 HARI DENGAN
ABORTUS HABITUALIS DI PUSKESMAS PANCUR
BATU TAHUN 2018¹**

Fransisca Prilly Icahya², Flora Naibaho, S.ST., M.Kes³

INTISARI

Latar Belakang : Menurut World Health Organization (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

Tujuan : Untuk melakukan Pengkajian Asuhan Kebidanan Pada Ny. A dengan Abortus Habitualis dengan menggunakan pendekatan Manajemen Asuhan Kebidanan Helen Varney.

Metode : Metode pengumpulan data yang digunakan adalah metode deskriptif yaitu melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. Studi kasus ini dilakukan pada Ny. A usia 25 tahun G5P1A3 dengan Abortus Habitualis Di Puskesmas Pancur Batu Tahun 2018.

Hasil dan Kesimpulan : Hasil asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. A G5P1A3 dengan Abortus Habitualis diberikan sesuai dengan teori untuk penanganan awal ibu hamil dengan Abortus. Pemeriksaan fisik ekspresi wajah lemas, tampak keluar gumpalan darah dari kemaluan Sehingga dilakukan pemantauan kepada Ny. A, masalah ini sudah teratasi sebagian dan ibu segera di rujuk kerumah sakit untuk penanganan selanjutnya.

Kata Kunci: Abortus Habitualis

Referensi: 8 Buku (2009-2017), 3 Jurnal

¹Judul Penulisan Studi Kasus

²Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MIDWIFERY CARE OF PREGNANT WOMAN ON MRS. A AGE 25 YEARS OLD
G₅P₁A₃ AGE OF PREGNANCY 14 WEEKS 3 DAYS WITH HABITUALIS
ABORTION AT PUSKESMAS PANCURBATU
YEAR 2018¹**

Fransisca Prilly Icahya², Flora Naibaho, S.ST., M.Kes³

ABSTRACT

Background: According to the World Health Organization (WHO) an estimated 4.2 million abortions are annually conducted in ASEAN with details of 1.3 million done in Vietnam and Singapore, 750,000-1.5 million performed in Indonesia, 155,000-750,000 performed in the Philippines and 300,000-900,000 performed in Thailand. A report from the Australian Consortium for Indonesian Studies, that the results of research conducted in 10 major cities and 6 districts in Indonesia showed 43 cases of abortion per 100 live births

Objective: To conduct Midwifery Assessment on Mrs. A with Habitual Abortion by using the Helen Varney Midwifery Management approach.

Method: The data collection method used was descriptive method that was to see the description of the incident about midwifery care done at the location where midwifery care. This case study was conducted on Mrs. A 25-year-old G₅P₁A₃ with Habitual Abortion At Pancur Batu Community Center in 2018.

Result and Conclusion: The results of midwifery given to Mrs. A G₅P₁A₃ with Habitual Abortion is given in accordance with the theory for early treatment of pregnant women with Abortion. Physical examination of facial expression weak, looked out blood clots from the genitals So that done monitoring to Mrs. A, this problem is partially resolved and the mother immediately referred to the hospital for further treatment.

Keywords: Habitualis Abortion

References: 8 Books (2009-2017), 3 Journals

¹The title of the Case Study

²Student of D3 Midwifery Program STIKes Santa Elisabeth Medan

³Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia – Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. A Usia 25 Tahun G5P1A3 Usia Kehamilan 14 Minggu 3 hari dengan Abortus Habitualis Di Puskesmas Pancur Batu Tahun 2018”**. Laporan Tugas Akhir ini dibuat sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi Diploma 3 Kebidanan.

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

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan yang sangat berarti dari berbagai pihak, baik dalam bentuk moril, material, maupun spiritual. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang tulus kepada :

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Diploma 3 Kebidanan Santa Elisabeth Medan.

2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM selaku Kaprodi Diploma 3 Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Studi Diploma III Kebidanan Santa Elisabeth Medan.
3. Flora Naibaho, S.ST., M.Kes dan Risda Mariana Manik, S.ST., M.K.M selaku Koordinator Laporan Tugas Akhir yang telah banyak meluangkan waktunya dalam memberikan nasehat dan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir
4. Flora Naibaho, S.ST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Laporan Tugas Akhir penulis yang telah banyak meluangkan waktunya dalam membimbing, melengkapi dan membantu penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Oktafiana Manurung S.ST., M.Kes dan Desriati Sinaga S.ST., M.Keb selaku Dosen Penguji Laporan Tugas Akhir penulis yang telah bersedia menguji penulis dan memberikan masukan untuk menyempurnakan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Seluruh staf pengajar di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan yang sangat berharga kepada penulis selama menjalani pendidikan di Program studi Diploma 3 Kebidanan..
7. Kepada Orang Tua saya Ayahanda tercinta Juliper Sidabutar dan Ibunda Dommauli Sitinjak, Kakak saya Maria Gracetifany, adik- adik saya Triona Agustina dan Samuel Genbawaro yang telah menjadi motivator terbaik dalam hidup saya yang selalu mendoakan, memberi semangat dan dukungan dalam bentuk moral maupun material hingga akhir Laporan Tugas Akhir ini.

8. Ucapan Terimakasih yang terdalem Kepada Alm. Mama saya Romida br. Hutabarat yang sangat saya cintai dan sangat saya rindukan yang telah menjadi penyemangat terbesar saya untuk tetap bertahan dan terus berjuang dalam pendidikan saya secara khusus dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini
9. Kepada Ibu Ayu Sriwahyuni yang telah bersedia menjadi pasien penulis dan telah bersedia membantu penulis dalam memberikan informasi sesuai yang dibutuhkan.
10. Kepada Sr. Avelina FSE, selaku Kordinator asrama Sr. Flaviana FSE dan ibu Ida Tamba sebagai pembimbing asrama unit St. Agnes yang telah banyak mendukung, membimbing, menjaga serta mendoakan saya selama diasrama.
11. Buat seluruh teman Program studi Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan khususnya angkatan XV atas segala dukungan dan bantuan kepada penulis selama 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 ini memberi manfaat bagi kita semua

Medan,

(Fransisca Prilly Icahya)

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
CURICULUM VITAE.....	iv
LEMBAR PERSEMBAHAN DAN MOTTO.....	v
LEMBAR PERNYATAAN	vi
INTI SARI.....	vii
ABSTRAC.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat.....	4
1. Manfaat Teoritik	4
2. Manfaat Praktis.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Kehamilan	7
1. Pengertian Kehamilan.....	7
2. Tanda- tanda Kehamilan.....	7
3. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Kehamilan.....	12
4. Perubahan Psikologi pada Kehamilan	22
5. Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil	24
6. Pemeriksaan Fisik Pada Ibu Hamil.....	33
7. Tanda Bahaya Kehamilan.....	36
8. Asuhan Antenatal Care (ANC).....	42
9. Tujuan Asuhan Antenatal Care (ANC)	43
10. Jadwal Pemeriksaan ANC	43
11. Pelayanan/Asuhan Standart 14T	44
12. Penatalaksanaan Antenatal Care	48
B. Abortus	56
1. Pengertian	56
2. Etiologi	57

3. Klasifikasi Abortus	58
4. Patofisiologis	60
5. Diagnosis	61
6. Komplikasi.....	61
7. Penanganan.....	62
8. Pemeriksaan Penunjang	63
9. Dampak Psikologis Pada Ibu	63
C. Abortus Habitualis.....	63
1. Pengertian	63
2. Diagnosis.....	64
3. Etiologi.....	65
4. Patofisiologis.....	66
5. Pegobatan.....	67
6. Pemeriksaan	67
D. Proses Manajemen Kebidanan.....	68
1. Pengertian Manajemen Kebidanan.....	68
2. Tahapan dalam Manajemen Kebidanan	68
E. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan.....	73
BAB III METODE STUDI KASUS	75
1. Jenis Studi Kasus	75
2. Tempat dan Waktu Studi Kasus	75
3. Subjek Studi Kasus	75
4. Metode Pengumpulan Data	75
BAB IV PEMBAHASAN MASALAH	78
1. Tinjauan Kasus	78
2. Pembahasan	89
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	97
A. Kesimpulan.....	97
B. Saran.....	100

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Halaman

2.1 Penambahan Ukuran TFU	14
2.2 Indeks Masa Tubuh	28
2.3 Nilai Atas untuk Anemia pada Perempuan	28
2.4 Pemeriksaan Fisik pada Ibu Hamil	32
2.5 Tinggi Fundus Uteri.	35
2.6 Ukuran TfU sesuai usia Kehamilan	45
2.7 Jadwal Imunisasi TT.	46

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA
2. Surat Permohonan izin Studi Kasus
3. Lembar *Informed Consent*
4. Surat Rekomendasi dari Pukesmas
5. Data Pengkajian
6. Lembar *Activity Daily Learning*
7. Daftar Tilik ANC
8. Leaflet
9. Lembar Konsultasi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan di definisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* yang dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi* yang berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan. Kehamilan dibagi dalam 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua berlangsung 15 minggu hingga 27 minggu dan trimester ketiga berlangsung 28 minggu hingga 40 minggu. (Sarwono, 2010:213)

Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya persatuan sel telur (ovum) dan sel sperma. Proses kehamilan berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu karena dihitung mulai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sperma dengan sel telur) yang terjadi dua minggu setelahnya. .

2. Tanda-tanda Kehamilan

a. Tanda-tanda pasti kehamilan

Tanda-tanda pasti kehamilan adalah data atau kondisi yang mengidentifikasikan adanya buah kehamilan atau bayi yang diketahui melalui pemeriksaan dan direkam oleh pemeriksa. Misalnya: denyut jantung janin, gambaran sonogram janin, dan gerakan janin. (Prawiroharjdo, Sarwono 2012:214)

1) Amenorrhoe (tidak dapat haid)

Pada wanita sehat dengan haid yang teratur, amenorrhoe menandakan kemungkinan kehamilan. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan dengan memakai rumus dari naegle. Kadang-kadang amenorrhoe disebabkan oleh hal-hal lain diantaranya penyakit berat seperti TBC, typus, anemia, atau karena pengaruh psikis misalnya karena perubahan lingkungan (dari desa ke asrama) juga dalam masa perang sering timbul amenorrhoe pada wanita.

2) Mual dan muntah

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

3) Mengidam (menginginkan makan atau minuman tertentu)

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

4) Mamae menjadi tegang dan membesar

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

5) Anoreksia (tidak ada nafsu makan)

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

6) Sering kencing

Terjadi karena kandung kemih pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya kaeluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala bisa timbul kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing.

7) Obstipasi

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

8) Pigmentasi kulit

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

9) Varises (penekanan vena-vena)

Sering dijumpai pada triwulan terakhir. Didapat pada daerah genitalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada multigravida kadang-kadang varises

ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, kemudian timbul kembali pada triwulan pertama.

b. Tanda Kemungkinan Hamil

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

Yang termasuk tanda kemungkina hamil yaitu:

1) Uterus membesar

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

2) Tanda hegar

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

3) Tanda Chadwick

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

4) Tanda pascaseck

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

5) Tanda Braxton hicks

Bila uterus dirangsang akan mudah berkontraksi. waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang tadinya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan.

6) Goodell sign

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

C. Tanda Pasti Hamil

Yang termasuk tanda pasti kehamilan yaitu:

1) Terasa gerakan janin

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

2) Teraba bagian-bagian janin

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

3) Denyut jantung janin

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

- a) Fetal electrocardiograph pada kehamilan 12 minggu
- b) System Doppler pada kehamilan 12 minggu
- c) Stetoskop Leaneck pada kehamilan 18 – 20 minggu
- d) Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rontgen

Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambar janin berupa ukuran kantong janin, panjangnya janin, dan diameter biparietalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan.

3. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Kehamilan (Sarwono, 2014 :175)

a) Sistem Reproduksi dan Payudara

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (Janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama masa kehamilan dan pulih kembali seperti semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gr dan kapasitas 10 ml atau kurang.

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

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

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

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

Tabel. 2.1. Penambahan ukuran TFU per tiga jari

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

Sumber : (Jannah,2012 : 88)

2) Serviks

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

Pada perempuan yang tidak hamil berkas kolagen pada serviks terbungkus rapat dan tidak beraturan. Selama kehamilan, kolagen secara aktif disintesis dan

secara terus-menerus diremodel oleh kolagenase, yang disekresi oleh sel-sel serviks dan neutrofil. Kolagen didegrasi oleh kolagenase intraseluler yang menyingkirkan struktur prokolagen yang tidak sempurna untuk mencegah pembentukan kolagen yang lemah dan kolagenase ekstraseluler yang secara lambat akan melemahkan matriks kolagen agar persalinan dapat berlangsung.

3) Vagina dan Perineum

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

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

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

4) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama striae gravidarum. Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (linea alba) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Kadang-kadang akan muncul dalam ukutan yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan cloasma atau melasma gravidarum. Selain itu, pada areola dan dartah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau berkurang setelah persalinan.

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

5) Ovarium

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

Relaksin suatu hormon protein yang mempunyai struktur mirip dengan insulin dan insulinlike growth factor I Dan II disekresikan oleh korpus

luteum, desidua, plasenta dan hati. Aksi biologi utamanya adalah dalam proses remodelling jaringan ikat pada saluran reproduksi yang kemudian akan mengakomodasi kehamilan dan keberhasilan proses persalinan. Perannya belum diketahui secara menyeluruh tetapi diketahui mempunyai efek pada perubahan struktur bioimia serviks dan kontraksi miometrium yang akan berimplantasi pada kehamilan preterm.

6) Payudara

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

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

b) Sistem Endokrin

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

c) Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka,

sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan.

d) Sistem Kardiovaskuler

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

Ventrikel kiri akan mengalami hipertrofi dan dilatasi untuk memfasilitasi perubahan cardiac output, tetapi kontraktilitasnya tidak berubah. Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi telentang.

Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Penekanan pada aorta ini juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi telentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring. Karena alasan inilah tidak dianjurkan ibu hamil dalam posisi telentang pada akhir kehamilan.

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

1. Trimester I

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

2. Trimester II dan III

- a. Terjadi edema dependen kongesti sirkulasi pada ekstrimitas bawah karena karena peningkatan permeabilitas kapiler dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic atau pada vena cava inferior.
- b. Gusi berdarah karena trauma terhadap gusi yang karena pengaruh hormone estrogen sangat vaskuler, percepatan pergantian pelapis epitel gusi, gusi dan berkurangnya ketebalan epitel tersebut.
- c. Hemorrhoid akibat tekanan uterus terhadap vena hemorrhoid.
- d. Hipotensi supinasi karena terblokirnya aliran darah di vena cava inferior oleh uterus yang membesar yang membesar apabila ibu pada posisi tidur terlentang
- e. Timbul spider nevi dan palmar erythema (kemerahan ditelapak tangan karena meningkatnya aliran darah ke daerah kulit.
- f. Varises pada kaki dan vulva karena kongesti vena bagian bawah meningkat sejalanann tekanan karena pembesaran uterus dan kerapuhan jaringan elastis karena pengaruh hormone estrogen.

e) Sistem Gastrointestinal

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

f) Sistem Urinaria

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

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

Ekskresi glukosa meningkat sebagai hasil peningkatan filtrasi glomerulus terhadap glukosa dibandingkan dengan pengurangan reabsorbsi. Glikosuria merupakan hal yang umum dalam kehamilan dan biasanya berhubungan dengan kadar gula yang tinggi dalam darah. Dalam hal ini, keadaan wanita hamil harus

dipantau untuk menghindari diabetes militus. Glukosuria dapat menyebabkan infeksi saluran kemih.

4. Perubahan Psikologi pada Kehamilan (Jannah, 2012 : 107)

a. Perubahan pada trimester pertama

Setelah konsepsi kadar hormone progesterone dan estrogen dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual dan muntah, lemah, lelah dan pembesaran payudara. Akibat ibu merasa tidak sehat dan seringkali membenci kehamilannya. Pada trimester pertama banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan.

Pada trimester pertama seorang ibu akan mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Hasrat untuk melakukan hubungan seks pada wanita trimester pertaman berbeda-beda, biasanya banyak mengalami penurunan. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks. Libido sangat dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara dan kekhawatiran.

b. Perubahan pada trimester kedua

Pada masa ini wanita mulai merasa sehat dan mengharapkan bayinya. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energy dan pikirannya secara lebih konstruktif.

Pada trimester ini ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dari dirinya sendiri. Pengenalan pada pergerakan fetus,

pertumbuhan dan pembesaran abdomen, serta gerakan bayi saat di USG, membuat gambaran tersebut nyata.

Semua wanita gelisah dan cemas terhadap pembesaran dan pertumbuhan yang kurang, perkembangan janin yang normal, dan berusaha mendapatkan informasi yang professional dari proses tersebut.

Beberapa wanita bisa lepas control, sulit menerima, khususnya ketika mengalami ANC yang rumit dengan dokter/bidan selama memberikan asuhan kebidanan. Beberapa pemeriksaan dan pengkajian yang dilakukan saat ANC bisa menyebabkan rasa tidak nyaman dan stress. Biasanya libido mulai meningkat karena sudah merasa lepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti dirasakan pada trimester I.

c. Perubahan pada trimester ketiga

Trimester ketiga sering disebut periode menunggu dan wacapa sebab ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Ibu khawatir bayi akan sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala persalinan serta ketidaknormalan bayinya. Rasanya tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa diri aneh dan jelek, serta gangguan body image. Perubahan body image dapat berdampak besar pada wanita dan pasangannya saat kehamilan.

Beberapa wanita menikmati kehamilannya sampai mereka merasa badannya terasa berat dan tidak modis. Disamping itu, ibu mulai merasa sedih akan berpisah dengan bayinya dan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil. Pada trimester ini ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami,

keluarga dan bidan. Trimester ketiga adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga-deuga jenis kelamin bayinya dan mirip siapa. Bahkan mereka mungkin sudah memilih sebuah nama untuk bayinya.

5. Kebutuhan Ibu Hamil

1. Kebutuhan Nutrisi

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

- 1) Untuk pertumbuhan janin yang ada dalam kandungan.
- 2) Untuk mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan ibu sendiri.
- 3) Guna mengadakan cadangan untuk persiapan laktasi.
- 4) Calon ibu sebaiknya makan diet yang seimbang, menyediakan perawatan yang mencukupi, memeriksakan kandungan hemoglobin dalam darah dan memperoleh resep tablet mengandung garam besi. Karena ibu mengandung bayinya yang sama-sama memerlukan makan yang cukup, ibu hamil harus makan dalam porsi yang cukup namun perlu diwaspadai adanya kenaikan berat badan yang berlebihan.

1. Kebutuhan energi

- a) Trimester I : penambahan energi 180 kkal/hari

- b) Trimester II : penambahan 300 kkal/hari

2. Sumber protein

- a) Berfungsi membentuk jaringan tubuh yang menyusun struktur organ seperti tulang dan otot.
- b) Dibutuhkan juga untuk tumbuh kembang janin agar berlangsung optimal.
- c) Pembentukan sel darah merah dalam tubuh janin.
- d) Kebutuhan protein bertambah 17 gram lebih banyak.
- e) Bahan pangan sumber protein yang dikonsumsi sebaiknya 2/3 berupa bahan pangan tinggi kandungan gizinya.

3. Sumber lemak

- a) Merupakan sumber energy yang vital untuk pertumbuhan jaringan plasenta dan janin.
- b) Lemak disimpan sebagai cadangan tenaga untuk persalinan dan postpartum.
- c) Membantu proses pembentukan ASI.
- d) Asam lemak tak jenuh : omega 3 dan omega 6 merupakan asam lemak esensial yang penting untuk proses tumbuh kembang sel saraf dan sel otak janin.

4. Sumber karbohidrat

- a) Merupakan sumber tambahan energy yang dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan janin selama dalam kandungan.
- b) TM I : untuk pembentukan sel darah merah.

- c) TM II : sebagai persiapan tenaga ibu dalam proses persalinan.

5. Sumber vitamin

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

6. Sumber mineral

- a) Kalsium: untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah sebesar 500 mg sehari.
- b) Seng

c) Yodium

d) Zat besi : pemberian tablet Fe secara rutin adalah untuk membangun cadangan besi, sintesa sel darah merah, dan sintesa darah otot. Setiap tablet Fe mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 30 mg), minimal 90 tablet selama kehamilan. Tablet Fe sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi karena mengandung tannin atau pitat yang menghambat penyerapan zat besi.

e) Serat.

Proporsi kenaikan berat badan selama hamil sebagai berikut.

- 1) Kenaikan berat badan pada trimester I lebih kurang 1 kg. Kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.
- 2) Kenaikan berat badan pada trimester II adalah 3 kg atau 0,3 kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan pada ibu.
- 3) Kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3 - 0,5 kg/minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg..

Penilaian status gizi ibu hamil, sebagai berikut.

Berat badan dilihat dari *Quartile* atau *body mass index* (Indeks Masa Tubuh = IMT). Penilaian IMT diperoleh dengan menghitung:

Berat badan sebelum hamil (kg)

Tinggi badan (cm)

Tabel 2.2 Indeks Masa Tubuh

Nilai IMT	Kategori
Kurang dari 20	Underweight / dibawah normal
20 – 24,9	Desirable / normal
25 – 29,9	Moderate obesity / gemuk / lebih dari normal
Over 30	Severe obesity / sangat gemuk

(Sumber : Prawihardjo, 2010)

Keterangan:

1) Ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan, berat badan lahir rendah

2) Berat badan overweight meningkatkan resiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan.

3) Ukuran lingkar lengan atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA <23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK).

4) Kadar hemoglobin

Tabel 2.3 Nilai Atas untuk Anemia pada Perempuan

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

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

b. Kebutuhan Oksigen

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

c. Kebutuhan Personal Hygiene

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

kehamilan keputihan pada vagina meningkat dan jumlahnya bertambah disebabkan kelenjar leher rahim bertambah jumlahnya.

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

d. Kebutuhan Istirahat

Adanya aktivitas yang dilakukan setiap hari otomatis ibu hamil akan sering merasa lelah daripada sebelum waktu hamil. Ini salah satunya disebabkan oleh factor beban dari berat janin yang semakin terasa oleh sang ibu. Banyak wanita menjadi lebih mudah letih atau tertidur lebih lama dalam separuh masa kehamilannya. Rasa letih meningkat ketika mendekati akhir kehamilan. Setiap wanita hamil menemukan cara yang berbeda mengatasi kelelahannya. Salah satunya adalah dengan cara beristirahat atau tidur sebentar di siang hari.

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

- Posisi relaksasi dengan telentang
- Posisi relaksasi dengan berbaring miring
- Posisi relaksasi dengan duduk

Ketiga posisi tersebut di atas dapat dipergunakan selama his dan pada saat itu ibu harus dapat mengonsentrasikan diri pada irama pernapasan atau pada

sesuatu yang menyenangkan. Sangat dianjurkan untuk tidak memperhatikan nyeri his.

e. Kebutuhan Seks

Jika kehamilan calon ibu normal serta tidak mempunyai kecenderungan melahirkan premature dan aborsi ulang maka senggama dapat dilanjutkan dengan frekuensi yang normal untuk pasangan tersebut. Beberapa wanita lebih menginginkan senggama yang sering selama hamil, sementara yang lain justru ingin mengurangi.

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

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

f. Aktivitas Senam Hamil

Senam hamil bukan merupakan keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak memberikan manfaat dalam membantu kelancaran

proses persalinan antara lain dapat melatih pernapasan dan relaksasi, menguatkan otot panggul dan perut, serta melatih cara mengedan yang benar. Kesiapan ini merupakan bekal penting bagi calon ibu saat persalinan.

Manfaat senam hamil secara teratur dan terukur sebagai berikut.

- Memperbaiki sirkulasi darah.
- Memperbaiki keseimbangan otot.
- Mengurangi gangguan risiko gangguan gastrointestinal, termasuk sembelit. Mengurangi kejang kaki/kram.
- Menguatkan otot perut
- Mempercepat proses penyembuhan setelah melahirkan.

6. Pemeriksaan Fisik pada Ibu Hamil

Tabel 2.4 Pemeriksaan Fisik

Fisik umum	Pemeriksaan fisik	Pemeriksaan dalam	Laboratorium
Kunjungan pertama: Tekanan darah Suhu badan Nadi Pernafasan Berat badan Tinggi badan Muka : edema, pucat Mulut dan gigi : kebersihan, karies dan tonsil Tiroid/gondok Tulang belakang/punggung Payudara : puting susu, tumor Abdomen : bekas	Setiap kunjungan: Mengukur TFU Palpasi Leopold Auskultasi DJJ	kunjungan pertama: Pemeriksaan vulva: Varises Kondiloma Edema Haemoroid Kelainan lain Pemeriksaan dengan spekulum untuk menilai: Serviks Tanda infeksi Cairan dari ostium uteri Pemeriksaan	Kunjungan pertama: Darah Haemoglobin Glukosa Vdrl

operasi Ekstremitas: edema, varises, refleksi patela Costovertebral angle tenderness (CVT) Kulit : kebersihan/penyakit kulit Kunjungan berikut: Tekanan darah Berat badan Edema Masalah dari kunjungan pertama		untuk menilai: Serviks Uterus Adneksa Bartholin Skene Uretra *bila usia kehamilan <12 minggu	Urine : Warna, bau, kejernihan Protein Glukosa Nitrit/LEA
---	--	---	---

Sumber : (Astuti, 2012)

a. Menentukan Usia Kehamilan

Dalam kehamilan sering sekali dilakukan penghitungan usia kehamilan.

Menentukan usia kehamilan dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya :

1) Berdasarkan NAEGELE

HPL = tanggal (+7) bulan (-3) tahun (+1)

Contoh:

Seorang wanita HPHT 14-08-2007, tanggal kunjungan 11-02-2008, berapakah umur kehamilan saat diperiksa?

	Minggu	hari
14-08-2007	2	3
September	4	2
Oktober	4	3
November	4	2

Desember	4	3
Januari	4	3
11-02-2008	<u>1</u>	<u>4</u>
	23	20 (2 minggu 6 hari)
		= 25 minggu 6 hari

2) Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran dilakukan dengan menempatkan ujung dari pita ukur pada tepi atas simfisis pubis dan dengan tetap menjaga pita ukur menempel pada dinding abdomen diukur jaraknya ke bagian atas fundus uteri. Ukuran ini biasanya sesuai dengan umur kehamilan dalam minggu setelah umur kehamilan 24 minggu. Namun demikian bisa terjadi beberapa variasi. Bila deviasi lebih dari 1-2 cm dari umur gestasi kemungkinan terjadi kehamilan kembar atau polihidramnion dan bila deviasi lebih kecil berarti ada gangguan pertumbuhan janin.

3) Rumus Bartholomew

Antara simfisis pubis dan pusat dibagi 4 bagian yang sama, tiap bagian menunjukkan kenaikan 1 bulan. Saat TFU tepat di atas simfisis pubis = 2 bulan (8 minggu)

Antara PX dan pusat juga dibagi 4 bagian yang sama, dan bagian menunjukkan kenaikan 1 bulan. Pada bulan ke 10 TFU kurang lebih sama dengan bulan ke 8 karena kepala saat itu sudah masuk PAP.

4) Rumus Mc. Donald

TFU diukur dengan pita ukur, kemudian dimasukkan rumus:

Umur kehamilan bulan : (2 x TFU) : 7

Umur kehamilan minggu : (8 x TFU) :7

Tabel 2.5 Tinggi Fundus Uteri

Umur kehamilan	Tinggi fundus uteri
12 mg	1/3 diatas simpisis pubis
16 mg	½ simpisis pubis-pusat
20 mg	2/3 diatas simpisis
24 mg	Setinggi pusat
28 mg	1/3 diatas simpisis pubis
34 mg	½ pusat-prosessus xifoideus
36 mg	Setinggi prosessus xifoideus
40 mg	2 jari dibawah xifoideus

Sumber : (Astuti, 2012)

b. Imunisasi TT

Sesuai aturan yang terbaik adalah menghindari imunisasi selama kehamilan. Beberapa faktor turut dipertimbangkan dalam membuat keputusan tentang mengimunisasi seorang wanita hamil melawan penyakit infeksi, termasuk kemungkinan paparan penyakit, akibat pada wanita dan janinnya jika penyakit diidap, kerentanan terhadap penyakit dan risiko imunisasi terhadap janin. Imunoglobulin, toksoid dan vaksin yang dimatikan adalah aman selama kehamilan.

c. Cara Menghitung TBJ

1) Jhonson

- Jika kepala belum masuk PAP maka rumusnya:

$$\text{Berat Janin} = (\text{Tinggi Fundus Uteri} - 12) \times 155 \text{ gram}$$

- Jika kepala sudah masuk PAP maka rumusnya:

$$\text{Berat janin} = (\text{Tinggi Fundus Uteri} - 11) \times 155 \text{ gram}$$

2) Hodge

Rumus : tinggi fundus (cm) –N x 155 gram

Hodge I : N=13 bila kepala belum memasuki PAP

Hodge II : N=12 bila kepala berada diatas SIAS

Hodge III : N=11 bila kepala berada dibawah SIAS

Contoh :

Diketahui TFU 26 cm

$$\begin{aligned} \text{TBBJ} &= (\text{TFU} - 13) \times 155 \\ &= (26 - 13) \times 155 = 2015 \text{ gram} \end{aligned}$$

7. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda bahaya kehamilan adalah gejala yang menunjukkan bahwa ibu dan bayi dalam keadaan bahaya kehamilan. Namun kehamilan yang normal dapat berubah menjadi patologi. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menapis adanya risiko ini yaitu melakukan pendeteksian dini adanya komplikasi/ penyakit yang mungkin terjadi selama hamil muda.

a. Tanda-tanda bahaya kehamilan pada TM 1

1) . Mual muntah berlebihan

Mual (nausea) dan muntah (emesis gravidarum) adalah gejala yang wajar dan sering didapatkan pada kehamilan trimester I. Mual biasa terjadi pada pagi hari, tetapi dapat pula timbul setiap saat dan malam hari. Gejala–gejala ini kurang lebih terjadi 6 minggu setelah hari pertama haid terakhir dan berlangsung selama kurang lebih 10 minggu.

Mual dan muntah terjadi pada 60-80 % primigravida dan 40-60 % multigravida. Satu diantara seribu kehamilan, gejala-gejala ini menjadi lebih berat. Perasaan mual ini disebabkan oleh karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG dalam serum. Pada umumnya wanita dapat menyesuaikan dengan keadaan ini, meskipun demikian gejala mual muntah yang berat dapat berlangsung sampai 4 bulan. Pekerjaan sehari-hari menjadi terganggu dan keadaan umum menjadi buruk. Keadaan inilah disebut hiperemesis gravidarum. Keluhan gejala dan perubahan fisiologis menentukan berat ringanya penyakit.

Mual muntah dapat diatasi dengan:

- Makan sedikit tapi sering
- Hindari makanan yang sulit dicerna dan berlemak
- Jaga masukan cairan, karena cairan lebih mudah ditolelir daripada makanan padat.
- Selingi makanan berkuah dengan makanan kering. Makan hanya makanan kering pada satu waktu makan, kemudian makanan berkuah pada waktu berikutnya.
- Jahe merupakan obat alami untuk mual. Cincang dan makan bersama sayuran serta makanan lain.
- Isap sepotong jeruk yang segar ketika merasa mual
- Hindari hal-hal yang memicu mual, seperti bau, gerakan atau bunyi
- Istirahat cukup
- Hindari hal-hal yang membuat Anda berkeringat atau kepanasan, yang dapat memicu rasa mual

2) Perdarahan pervaginam

Perdarahan yang terjadi pada masa kehamilan kurang dari 22 minggu. Pada masa kehamilan muda, perdarahan pervaginam yang berhubungan dengan kehamilan dapat berupa: abortus, kehamilan mola, kehamilan ektopik.

Penanganannya dapat berupa Siapkan fasilitas tindakan gawat darurat, lakukan pemeriksaan secara cepat keadaan umum ibu, termasuk tanda vital (nadi, tekanan darah, respirasi, dan temperatur). Jika dicurigai adanya syok, segera lakukan tindakan meskipun tanda-tanda syok belum terlihat. Ingat bahwa saat melakukan evaluasi lebih lanjut kondisi ibu dapat memburuk dengan cepat. Jika terjadi syok, sangat penting untuk segera memulai penanganan syok, yaitu pasang infus dan berikan cairan intravena. Lakukan restorasi cairan darah sesuai dengan keperluan. Perdarahan ringan membutuhkan waktu lebih dari lima menit untuk membasahi pembalut atau kain bersih. Perdarahan berat membutuhkan waktu kurang dari lima menit untuk membasahi pembalut atau kain bersih.

Macam-macam perdarahan pervaginamyaitu:

b. Tanda-tanda bahaya Kehamilan pada TM 2

1) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang bisa terjadi selama kehamilan, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius dalam kehamilan adalah sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Terkadang sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatanya menjadi kabur atau

terbayang. Hal ini merupakan gejala dari pre-eklamsia dan jika tidak diatasi dapat menyebabkan kejang maternal, stroke, koagulopati dan kematian.

2) Penglihatan Kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang), dan gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre-eklampsia. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot), berkunang-kunang.

Selain itu adanya skotoma, diplopia dan ambliopia merupakan tanda-tanda yang menunjukkan adanya pre-eklampsia berat yang mengarah pada eklampsia. Hal ini disebabkan adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks cerebri atau didalam retina (oedema retina dan spasme pembuluh darah)

3) Bengkak pada wajah, kaki dan tangan

Oedema ialah penimbunan cairan yang berlebih dalam jaringan tubuh, dan dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan dan muka. Oedema pretibial yang ringan sering ditemukan pada kehamilan biasa, sehingga tidak seberapa berarti untuk penentuan diagnosis pre-eklampsia. Oedema yang mengkhawatirkan ialah oedema yang muncul mendadak dan cenderung meluas. Oedema biasa menjadi menunjukkan adanya masalah serius dengan tanda-tanda antara lain: jika muncul pada muka dan tangan, bengkak tidak hilang

setelah beristirahat, bengkak disertai dengan keluhan fisik lainnya, seperti: sakit kepala yang hebat, pandangan mata kabur dll. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia.

4) Gerakan Janin Berkurang

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan 22 minggu atau selama persalinan. Komplikasi yang timbul adalah IUFD dan feotal distress.

c. Tanda-tanda bahaya Kehamilan pada TM 3

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan disebut sebagai perdarahan pada kehamilan lanjut atau perdarahan antepartum.

2) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir. Biasanya terjadi pada trimester ketiga, walaupun dapat pula terjadi setiap saat dalam kehamilan. Kehamilan dapat lepas sebagian atau seluruhnya. Bila plasenta yang terlepas seluruhnya disebut solusio plasenta totalis. Bila hanya sebagian disebut solusio plasenta parsialis atau bisa juga hanya sebagian kecil pinggir plasenta yang lepas disebut rupture sinus marginalis.

Perdarahan yang terjadi karena lepasnya plasenta ini dapat mengalir keluar yaitu pada solusio plasenta dengan perdarahan keluar. Sedangkan pada solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi dibelakang plasenta. Dapat pula terjadi kedua-duanya atau perdarahannya menembus selaput ketuban masuk kedalam kantung ketuban.

3) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruhnya pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak pada bagian atas uterus.

Plasenta dapat menutupi seluruhnya pembukaan jalan lahir yang disebut plasenta previa totalis, apabila sebagian jalan lahir yang tertutup jaringan plasenta maka disebut plasenta previa parsialis. Sedangkan apabila pinggir plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan disebut plasenta previa marginalis.

Penyebab utama pada perdarahan antepartum adalah solusio plasenta dan plasenta previa. Selain kedua penyebab utama tersebut, perdarahan pada kehamilan lanjut dapat pula disebabkan oleh hal lain misalnya ruptur uteri atau gangguan pembekuan darah.

Gerakan janin tidak terasa

Apabila ibu hamil tidak merasakan gerakan janin sesudah usia kehamilan 22 minggu atau selama persalinan, maka waspada terhadap kemungkinan gawat janin atau bahkan kematian janin dalam uterus. Gerakan janin berkurang atau bahkan hilang dapat terjadi pada solusio plasenta dan ruptur uteri.

4) Nyeri perut yang hebat

Nyeri perut kemungkinan tanda persalinan preterm, ruptur uteri, solusio plasenta. Nyeri perut hebat dapat terjadi pada ruptur uteri disertai shock, perdarahan intra abdomen dan atau pervaginam, kontur uterus yang abnormal, serta gawat janin atau DJJ tidak ada.

5) Keluar Air Ketuban Sebelum Waktunya

Keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm.

Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang.

Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklamsia.

6) Demam Tinggi

Ibu hamil menderita demam dengan suhu tubuh lebih 38° C dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan.

8. Asuhan Antenatal Care (ANC) (Jannah,2012)

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan .

Asuhan antenatal care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan

9. Tujuan Asuhan Antenatal care (Jannah,2012)

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

10. Jadwal Pemeriksaan ANC (Jannah,2012)

Jadwal pemeriksaan ANC adalah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan Pertama

Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.

b. Pemeriksaan Ulang

- Setiap bulan sampai usia kehamilan 6 sampai 7 bulan
- Setiap 2 minggu sampai kehamilan berusia 8 bulan

- Setiap 1 minggu sejak usia kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan

c. Menurut (Jannah,2012)

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

- 1 kali pada trimester pertama (K 1)
- 1 kali pada trimester dua dan 2 kali pada trimester ketiga (K 4).

11. Pelayanan/Asuhan Standart Minimal Asuhan Kehamilan Termasuk Dalam 14 T (Astuti, 2012)

Sebagai bidan profesional, dalam melaksanakan prakteknya harus sesuai dengan standard pelayanan kebidanan yang berlaku. Standard mencerminkan norma, pengetahuan dan tingkat kinerja yang telah disepakati oleh profesi. Penerapan standard pelayanan akan sekaligus melindungi masyarakat karena penilaian terhadap proses dan hasil pelayanan dapat dilakukan atas dasar yang jelas. Kelalaian praktek terjadi bila pelayanan yang diberikan tidak memenuhi standard dan terbukti membahayakan. (Astuti,.2012).

Terdapat 14 standard dalam pelayanan Antenatal, sebagai berikut

1) Ukur berat badan dan tinggi badan (T1)

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM 1 sampai TM 3 yang berkisar antara 9 sampai 13,9 kg dan

kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 sampai 0,5 kg tiap minggu mulai TM2..

2) Ukur tekanan darah (T2)

Tekanan darah yang normal 110/70 mmHg sampai 130/70 mmHg, bila melebihi 140/90 mmhg perlu diwaspadai adanya pre-eklamsi

3) Ukur tinggi fundus uteri (T3)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan teknik Mc.Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

Tabel 2.6 Ukuran fundus uteri sesuai usia kehamilan **Sumber: (Astuti, 2012)**

Usia Kehamilan sesuai minggu	Jarak dari simfisis
22 – 28 Minggu	24-25 cm
28 Minggu	26,7 cm
30 Minggu	29,5 – 30 cm
32 Minggu	31 cm
34 Minggu	32 cm
36 Minggu	33 cm
40 Minggu	37,7 cm

4) Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

Dimulai dengan memberikan 1 tablet besi sehari segera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet besi mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mikrogram. Minimal masing –masing 90 tablet besi. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh dan kopi karena akan mengganggu

penyerapan. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin C bersamaan dengan mengkonsumsi tablet zat besi karena vitamin C dapat membantu penyerapan tablet besi sehingga tablet besi yang dikonsumsi dapat terserap sempurna oleh tubuh

5) Pemberian Imunisasi TT (T5)

Imunisasi *Tetanus Toxoid* harus segera diberikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4.

Interval dan Lama Perlindungan *Tetanus Toxoid*

Tabel 2.7. Jadwal Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu minimal pemberian Imunisasi TT	Lama Perlindungan
TT1	-	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT2	bulan setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	6 Tahun
	12 bulan setelah TT3	10 Tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	> 25 Tahun

Sumber : (Astuti, 2012)

6) Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. Bila kadar Hb < 11 gr% Bumil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg As. Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

7) Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab.*) (T7)

Pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali diambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. Bertujuan untuk mendeteksi adanya penyakit yang mungkin bisa tertular terhadap bayi dalam kandungan. Apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

8) Pemeriksaan Protein urine (T8)

Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Pre-eklamsi.

9) Pemeriksaan Urine Reduksi (T9)

Untuk Bumil dengan riwayat DM. bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DMG.

10) Perawatan Payudara (T10)

Perawatan payudara untuk Bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

11) Senam Hamil (T11)

Senam hamil dilakukan pada usia kehamilan diatas 22 minggu.

12) Pemberian Obat Malaria (T12)

Diberikan kepada Bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif.

13) Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

14) Temu wicara / Konseling (T14)

Temu wicara pasti dilakukan dalam setiap klien melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa, konsultasi, dan persiapan rujukan. Anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, biopsikososial, dan pengetahuan klien. Memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan. Tindakan yang harus dilakukan bidan dalam temu wicara antara lain:

- a) Merujuk ke dokter untuk konsultasi dan menolong ibu menentukan pilihan yang tepat.
- b) Melampirkan kartu kesehatan ibu serta surat rujukan
- c) Meminta ibu untuk kembali setelah konsultasi dan membawa surat hasil rujukan
- d) Meneruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi selama kehamilan
- e) Memberikan asuhan antenatal
- f) Perencanaan dini jika tidak aman melahirkan dirumah
- g) Menyepakati diantara pengambilan keputusan dalam keluarga tentang rencana proses kelahiran
- h) Persiapan dan biaya persalinan. (Prawiroharjo,Sarwono 2010)\

12. Penatalaksanaan Antenatal Care (Astuti, 2012)

Pemeriksaan fisik pada kehamilan merupakan pemeriksaan yang dilakukan melalui pemeriksaan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mendengar (auskultasi) dan mengetuk (perkusi). Pemeriksaan dilakukan pada ibu hamil

dengan tepat dan benar sesuai dengan pedoman yang meliputi pemeriksaan fisik mulai dari kepala sampai kaki (head to toe), pemeriksaan Leopold I sampai IV, pemeriksaan DJJ, penghitungan usia kehamilan dan perhitungan taksiran persalinan yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara sistematis atau berurutan.

a. Persiapan Alat

Bidan/perawat dapat melakukan pengkajian pemeriksaan fisik pada ibu hamil untuk mendapatkan data tentang perkembangan janin dan adaptasi fisiologis ibu terhadap kehamilan.

Adapun alat yang diperlukan adalah sebagai berikut:

- 1) Timbangan badan
- 2) Pengukur tekanan darah (tensi meter/sphygmomanometer)
- 3) Stetoskop
- 4) Termometer
- 5) Tisu pada tempatnya
- 6) Pen light
- 7) Meteran/pita
- 8) Leannec/doppler elektrik
- 9) Alat untuk mengukur lingkaran pinggul(jangka panggul)
- 10) Hummer
- 11) Sarung tangan
- 12) Kertas kering di tempatnya
- 13) Air desinfeksi tingkat tinggi (DTT) pada kom
- 14) Pengalas

15) Bengkok

16) Alat-alat pengendalian infeksi (PI), seperti cairan klorin 0,5 % pada 2 baskom, 2 buah waslap, tempat sampah medis dan non medis.\

b. Prosedur pelaksanaan/Pemeriksaan

Setelah menyelesaikan persiapan alat, kemudian dilanjutkan dengan tindakan pemeriksaan fisik pada ibu hamil. Adapun prosedur tindakan pemeriksaan fisik ibu hamil adalah sebagai berikut :

- 1) Pelaksanaan/pemeriksaan Awal
 - a) Sediakan pencahayaan yang cukup
 - b) Mencuci tangan dengan teknik yang benar
 - c) Memberitahukan ibu tentang tujuan dan langkah-langkah prosedur
 - d) Perhatikan tanda-tanda tubuh yang sehat
 - e) Pemeriksaan pandang dimulai semenjak bertemu dengan ibu. Perhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalannya. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau pincang dan sebagainya. Lihat dan nilai kekuatan ibu ketika berjalan, apakah ia tampak kuat atau lemah.
 - f) Inspeksi muka ibu apakah ada cloasma gravidarum, pucat pada wajah dan pembengkakan pada wajah. Periksa adanya bengkak pada ekstremitas tangan dan kaki. Daerah lain yang dapat diperiksa adalah kelopak mata.
- 2) Pelaksanaan/pemeriksaan lanjutan
 - a) Meminta ibu mengganti baju (kalau tersedia)

- b) Menganjurkan ibu untuk buang air kecil terlebih dahulu
- c) Melakukan penimbangan berat badan dan tinggi badan

Timbanglah berat badan ibu pada setiap pemeriksaan kehamilan. Berat badan ibu hamil biasanya naik sekitar 9-12 kg. Kenaikan berat badan ini menunjukkan bahwa ibu cukup makan. Bila kenaikan berat badan kurang dari 5 kg atau lebih dari 12 kg pada kehamilan 28 minggu menandakan adanya ketidaknormalan, maka perlu dirujuk. Tinggi dan berat badan hanya diukur pada kunjungan pertama. Bila tidak tersedia alat ukur tinggi badan maka bagian dari dinding dapat ditandai dengan ukuran sentimeter. Bila tinggi badan ibu kurang dari 145 atau tampak pendek dibandingkan dengan rata-rata ibu, maka persalinan perlu diwaspadai,

Rumus kenaikan berat badan ibu selama kehamilan adalah sebagai berikut :

- 10 minggu : minimal 400 g
- 20 minggu : minimal 4.000 g
- 30 minggu : minimal 8.000 g
- Mulai usia kehamilan trimester ke-2 (13 minggu) naik 500 g per minggu.

- d) Ukur lingkaran lengan atas ibu dengan alat ukur (meteran)
- e) Lakukan pengukuran tanda-tanda vital ibu yang meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, pernafasan, dan suhu. Pastikan bahwa ibu sudah istirahat minimal 30 menit setelah kedatangan atau sebelum dilakukannya pemeriksaan tanda-tanda vital. Hal ini bertujuan agar hasil yang didapatkan sesuai dengan kondisi ibu yang sebenarnya.

Tekanan darah pada ibu hamil biasanya tetap normal, kecuali bila ada kelainan. Bila tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih, maka mintalah ibu berbaring miring kesebelah kiri dan mintalah ibu bersantai sampai terkantuk. Setelah 20 menit beristirahat, ukurlah tekanan darahnya. Bila tekanan darah tetap tinggi, maka hal ini menunjukkan ibu pre-eklampsia dan harus dirujuk, serta perlu diperiksa kehamilannya lebih lanjut (tekanan darah diperiksa setiap minggu). Ibu dipantau secara ketat dan dianjurkan ibu merencanakan persalinan di rumah sakit.

- f) Lakukan pengukuran panggul dengan jangka panggul. Pemeriksaan panggul pada ibu hamil terutama primigravida perlu dilakukan untuk menilai keadaan dan bentuk panggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit persalinan.

- g) Pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki

Pemeriksaan fisik pada ibu kehamilan dilakukan melalui pemeriksaan pandang (inspeksi), meraba (palpasi), mendengar (auskultasi) dan mengetuk (perkusi). Pemeriksaan dilakukan dari ujung rambut sampai ke ujung kaki, yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara sistematis atau berurutan. Pada saat pemeriksaan pada daerah dada dan perut, baik pemeriksaan inspeksi, palpasi, dan auskultasi dilakukan secara berurutan dan bersamaan sehingga tidak adanya kesan membuka tutup baju ibu dan akhirnya dapat menimbulkan ketidaknyamanan.

Berikut ini akan diuraikan pemeriksaan obstetrik terhadap ibu hamil mulai dari kepala sampai kaki adalah :

1. Lihatlah wajah atau muka ibu Adakah cloasma gravidarum, pucat pada wajah atau pembengkakan pada wajah. Pucat pada wajah, konjungtiva, dan kuku menandakan bahwa ibu menderita anemia, sehingga memerlukan tindakan lebih lanjut. Bila terdapat bengkak di wajah, periksalah apakah ada bengkak juga pada tangan dan kaki.
2. Periksa dasar kulit kepala dan rambut ibu hamil (tekstur, warna, kerontokan dan lesi). Memeriksa keadaan muka ibu hamil (edema, kuning atau memar, hiperpigmentasi, atau cloasma gravidarum)
3. Inspeksi sklera dan konjungtiva ibu hamil (menyeluruh ibu melihat ke atas saat jari pemeriksa menarik kelopak mata ke arah bawah)
4. Periksa lubang hidung ibu hamil menggunakan penlight (lihat apakah ada septum deviasi, polip, perdarahan dan sekret)
5. Periksa kondisi sinus dengan perkusi ringan di daerah sinus, menggunakan jari (sambil menanyakan ke ibu apakah terasa sakit dan lihat permukaan kulit muka dibagian sinus apakah kemerahan).
6. Periksa liang telinga ibu dengan menggunakan pen light (lihat kebersihan dan adanya serumen) lakukan pemeriksaan ketajaman pendengaran dengan tes berbisik.
7. Periksa rongga mulut, lidah dan gigi yang tanggal, gigi yang berlubang, serta karies gigi. Selain dilihat pemeriksa juga perlu mencium adanya bau mulut yang menyengat.

8. Periksa kelenjar getah benih di depan dan belakang telinga, bawah rahang, leher dan bahu (apakah teraba pembesaran)
 9. Periksa kelenjar tiroid dengan 3 jari kedua tangan pada kedua sisi trakea sambil berdiri di belakang ibu. Anjurkan ibu menelan dan merasakan benjolan yang teraba saat ibu menelan.
 10. Dengarkan bunyi jantung dan nafas ibu dengan menggunakan stetoskop
 11. Periksa payudara ibu (ukuran simetris, puting susu menonjol atau masuk ke dalam, retraksi dada, nodul aksila, hiperpigmentasi areola dan kebersihan). Lihat dan raba payudara dan perhatikan pengeluaran apakah ASI sudah keluar atau belum.
 12. Periksa colostrum dengan menekan areola mammae sambil memegang puting mammae dengan jari telunjuk dan ibu jari kemudian memencetnya.
 13. Letakkan tangan ibu ke arah kepala perhatikan dan raba kelenjar di daerah aksila kanan dan lanjutkan dengan aksila kiri dengan teknik yang sama untuk mengetahui pembesaran kelenjar getah bening.
 14. Pasang pakaian ibu bagian atas dan buka pakaian daerah perut ibu
 15. Lakukan inspeksi atau palpasi pada dinding abdomen
 16. Perhatikan apakah perut simetris atau tidak, raba adanya pergerakan janin, apakah terjadi hiperpigmentasi pada abdomen atau line nigra atau tidak, dan apakah terdapat luka bekas operasi, varises, jaringan perut atau tidak.
 17. Melakukan pemeriksaan leopold II untuk menentukann bagian janin yang ada di fundus
- Periksa berdiri di sebelah kanan ibu, menghadap ke arah kepala ibu

- Kedua telapak tangan pemeriksaan diletakkan pada puncak fundus uteri
- Rasakan bagian janin yang berada pada bagian fundus (bokong atau kepala atau kosong)

18. Tentukan tinggi fundus uteri untuk menentukan kehamilan

Perkiraan tinggi fundus uteri berdasarkan usia kehamilan :

- 20 minggu : 20 cm
- 24 minggu : 24 cm
- 32 minggu : 32 cm
- 36 minggu : 34-36 cm

19. Melakukan pemeriksaan leopold II

- Kedua telapak tangan diletakkan pada kedua sisi perut ibu dan lakukan tekanan yang lembut tetapi cukup dalam meraba dari kedua sisi
- Pemeriksa berdiri disebelah kanan ibu, menghadap kepala ibu
- Kedua telapak tangan pemeriksa bergeser turun ke bawah sampai di samping kiri dan kanan umbilicus
- Secara perlahan geser jari-jari dari satu sisi untuk menentukan pada sisi mana terletak punggung, lengan dan kaki jani
- Tentukan bagian punggung janiin untuk menentukan lokasi auskultasi denyut jantung janin nantinya

20. Melakukan pemeriksaan leopold III untuk menentukan bagian janin yang

berada pada bagian terbawah. Cara melakukannya adalah :

- Lutut ibu dalam posisi fleksi

- b) Bagian terendah janin di cekap di antara ibu jari dan telunjuk kanan
- c) Tentukan apa yang menjadi bagian terendah janin dan apakah bagian tersebut sudah mengalami engagement atau belum

21. Melakukan pemeriksaan Leopold IV untuk menentukan presentasi dan engagement (sampai seberapa jauh derajat desensus janin dan mengetahui seberapa bagian kepala janin masuk ke pintu atas panggul). Cara melakukannya:

- a) Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu. Kedua lutut ibu masih pada posisi fleksi
- b) Letakkan kedua telapak tangan pada bagian bawah abdomen dan coba untuk menekan ke arah pintu atas panggul.
- c) Perhatikan adanya varises pada ekstremitas bawah kanan dan kiri ibu. Lihat dan raba bagian belakang betis dan paha, catat adanya tonjolan kebiruan dari pembuluh darah
- d) Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah untuk memeriksa adanya edema.

B. Abortus

1. Pengertian Abortus

Abortus didefinisikan sebagai ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin <500 gram (Manuaba, 2010 : 460).

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup diluar kandungan (Sarwono, 2006).

2. Etiologi

Penyebab keguguran sebagian besar tidak diketahui secara pasti, tetapi terdapat beberapa factor sebagai berikut (Manuaba, 2010).

a. Faktor pertumbuhan hasil konsepsi.

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dapat menyebabkan kematian janin dan cacat bawaan yang menyebabkan hasil konsepsi dikeluarkan

b. Kelainan pada plasenta.

- 1) Infeksi pada plasenta dengan berbagai sebab, sehingga plasenta tidak dapat berfungsi
- 2) Gangguan pembuluh darah plasenta, diantaranya pada diabetes mellitus.
- 3) Hipertensi menyebabkan gangguan peredaran darah plasenta sehingga menimbulkan keguguran.

c. Penyakit ibu.

- 1) Penyakit infeksi seperti pneumonia, tifus abdominalis, malaria, sifilis.
- 2) Anemia ibu melalui gangguan nutrisi dan peredaran O₂ menuju sirkulasi reteroplasenter.
- 3) Penyakit menajhun ibu seperti hipertensi, penyakit ginjal, penyakit hati, penyakit diabetes mellitus.

d. Kelainan yang terdapat dalam rahim.

Rahim merupakan tempat tumbuh kembangnya janin dijumpai keadaan abnormal dalam bentuk mioma uteri, uteru arkuatus, uterus septus, retrofleksia uteri, serviks inkompeten, bekas operasi pada serviks (konisasi, amputasi serviks), robekan serviks postpartum.

3. Klasifikasi Abortus dan tanda-tandanya

Abortus dapat dibagi menjadi (Ai yeyeh, 2013) :

- a. Abortus spontan, adalah abortus yang terjadi tidak didahului factor-faktor mekanik ataupun medisinalis, semata-mata disebabkan oleh factor alamiah.
- b. Abortus provokatus, yakni abortus yang disengaja, baik dengan obat-obatan maupun alat-alat abortus.
- c. Abortus imminens, yaitu terjadi perdarahan bercak yang mnunjuk ancaman terhadap kelangsungan suatu kehamilan. Dalam kondisi seperti ini kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan, ditandai dengan perdarahan bercak hingga sedang, serviks tertutup (karena pada saat pemeriksaan dalam belum ada pembukaan), uterus sesuai usia gestasi, kram perut bawah, tidak ditemukan kelainan pada serviks.
- d. Abortus insipiens, terjadi perdarahan ringan hingga sedang pada kehamilan muda dimana hasil konsepsi masih berada dalam kavum uteri. Kondisi ini menunjukkan proses abortus sedang berlangsung dan akan berlanjut menjadi abortus inkomplit atau komplit, dengan tanda-tanda

perdarahan sedang hingga masih/banyak, kadang-kadang keluar gumpalan darah, serviks terbuka, uterus sesuai masa kehamilan, kram nyeri perut bawah karena kontraksi rahim kuat, akibat kontraksi uterus terjadi pembukaan, belum terjadi ekspulsi hasil konsepsi.

- e. Abortus inkomplit, perdarahan pada kehamilan muda dimana sebagian dari hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri melalui kanalis serviks yang tertinggal pada desidua atau plasenta ditandai: perdarahan sedang, hingga masih/banyak dan setelah terjadi abortus dengan pengeluaran jaringan perdarahan berlangsung terus; serviks terbuka, karena masih ada benda di dalam uterus yang dianggap *orpus allium* maka uterus akan berusaha mengeluarkannya dengan mengadakan kontraksi tetapi kalau keadaan ini dibiarkan lama, serviks akan menutup kembali; uterus sesuai usia kehamilan; kram atau nyeri perut bagian bawah dan terasa mules- mules; ekspulsi sebagai hasil konsepsi.
- f. Abortus komplit, yakni perdarahan pada kehamilan muda dimana seluruh dari hasil konsepsi telah dikeluarkan dari kavum uteri, ditandai dengan perdarahan bercak hingga sedang, serviks tertutup/terbuka uterus lebih kecil dari usia gestasi, sedikit atau tanpa nyeri perut bawah dari riwayat hasil konsepsi, pada abortus komplit perdarahan segera berkurang setelah isi rahim dikeluarkan dan selambat-lambatnya dalam 10 hari perdarahan berhenti sama sekali, karena dalam masa ini luka rahim telah sembuh dan eppitelisasi telah selesai. Dan jika dalam 10 hari setelah

abortus masih ada perdarahan juga, maka abortus inkomplit atau endometrosis post abortum harus dipikirkan.

- g. Missed Abortus, perdarahan pada kehamilan muda, disertai retensi hasil konsepsi yang telah mati, hingga 8 minggu lebih, dengan gejala dijumpai ameneore, perdarahan sedikit yang berulang pada permulaannya serta selama observasi fundus tidak bertambah tinggi malahan tambah rendah, kalau tadinya ada gejala kehamilan belakangan menghilang, diiringi dengan reaksi yang menjadi negative pada 2-3 minggu sesudah fetus mati, serviks tertutup dan ada darah sedikit, sekali-kali pasien merasa perutnya dingin atau kosong.
- h. Abortus Habitualis, suatu keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut 3 kali atau lebih.

4 Patofisiologis

Patofisiologis terjadinya abortus antara lain (Maryunanni,Anik :122) :

- a. Pada awal abortus terjadi perdarahan di dalam desidua basalis, kemudian diikuti oleh nekrosis jaringan disekitarnya yang menyebabkan hasil konsepsi terlepas dan dianggap benda asing dalam uterus
- b. Kemudian uterus berkontraksi untuk mengeluarkan benda asing tersebut
- c. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu vili koralis belum menembus desidua secara dalam, jadi hasil konsepsi dapat dikeluarkan seluruhnya
- d. Pada Kehamilan 8-14 minggu penembusan sudah dalam hingga plasenta tidak dilepaskan sempurna dan menimbulkan banyak perdarahan

- e. Pada Kehamilan lebih 14 minggu, janin dikeluarkan lebih dahulu dari pada plasenta
- f. Perdarahan tidak banyak jika plasenta segera dilepas dengan lengkap
- g. Peristiwa abortus ini menyerupai persalinan dalam bentuk miniature
- h. Hasil konsepsi pada abortus dapat dikeluarkan dalam berbagai bentuk

5 Diagnosis

Abortus dapat diduga bila seorang wanita dalam masa reproduksi mengeluh tentang perdarahan pervaginam setelah mengalami haid terlambat, sering pula terdapat rasa mulas. Kecurigaan tersebut dapat diperkuat dengan ditentukannya kehamilan muda dan pemeriksaan bimanual dan dengan tes kehamilan secara biologis (Galli Mainini) imunologi (pregnosticon, Gravindex) bilamana hal itu dikerjakan. Harus diperhatikan macam dan banyaknya perdarahan, pembukaan serviks dan adanya jaringan kavum uterus atau vagina (Norma,198)

6 Komplikasi Abortus

Komplikasi yang dapat dijumpai pada abortus spontan antara lain

(Mochtar,2016 : 214) :

- 1) Perdarahan (hemorrhage) dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfuse darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya

- 2) Perfosi : sering terjadi sewaktu dilatasi dan kuretase yang dilakukan oleh tenaga yang tidak ahli seperti bidan atau dukun
- 3) infeksi dan tetanus dalam uterus dan adneksa dapat terjafi dalam setiap abortus tetapi biasanya didapatkan pada abortus inkomplet yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman (unsafe abortion)
- 4) Syok, pada abortus dapat disebabkan oleh perdarahan yang banyak disebut syok hemorogik dan infeksi berat atau sepsis disebut syok septik atau endoseptik

7 . Penanganan

Secara umum penanganan dilakukan sebelum melakukan penanganann secara khusus/ spesifik lakukan penanganan awal terlebih dahulu antara lain :

(Rukiyah,yeyeh: 144) :

- a. Lakukan penilaian secara cepat mengenai keadaan umum pasien, termasuk TTV
- b. Periksa tanda-tanda syok (pucar , berkeringan banyak, pingsan, tekanan sistolik kurang dari 90 mmHg, nadi lebih cepat lebih dari 112 x/i
- c. Jika dicurigai syok, segera mulai penanganna syok jika tidak terlihat tanda tanda syok evaluasi keadaan pasien karena kondisi pasien dapat saja memburuk dengan cepat
- d. Pasang infus dengan jarum besar (16 G atau lebih besar , berikan larutan garam fisiologik atau RL (500ml) dengan tetesan cepat. Kemudian setelah

diketahui abortus apa yang terjadi lakukan penanganan yang spesifik sesuai abortus yang terjadi.

8 Pemeriksaan Penunjang

- a. Tes kehamilan: positif bila janin masih hidup, bahkan 2-3 minggu setelah abortus
- b. Pemeriksaan Doppler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup
- c. Pemeriksaan kadar fibrinogen darah pada missed abortion

9 Dampak Psikologis Pada Ibu

Selain resiko secara fisik, wanita yang mengalami abortus juga akan mengalami resiko psikologis seperti adanya konflik dalam pengambilan keputusan sehingga membuat kesulitan membuat keputusan, merasa ditekan atau dipaksa, merasa tidak kuasa memutuskan (merasa tidak berhak) Gejala ditandai wanita yang mengalami post abortion syndrome akan mengalami rasa bersalah, merasa harga diri rendah, malu, insomnia, mimpi-mimpi, putus asa dan adanya usaha usaha bunuh diri (Rukiyah,yeyeh :163)

C. Abortus Habitualis

1. Pengertian

Abortus Habitualis adalah suatu keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut 3 kali atau lebih tanpa diketahui penyebabnya. Penderita

abortus habitualis pada umumnya tidak sulit untuk menjadi hamil kembali tetapi kehamilannya berakhir dengan keguguran secara berturut-turut..Bishop melaporkan frekuensi 0,41% abortus habitualis ada semua kehamilan. Menurut Malpas dan Eastman kemungkinan terjadi abortus lagi pada seorang wanita mengalami 15 abortus habitualis ialah 73% dan 83,6%.Sebaliknya, Warton dan Fraser dan Llwellyn -Jones memberi prognosis lebih baik, yaitu 25,9% dan 39% (Sarwono, 2008).

2 Diagnosis

Berdasarkan defnisinya, seorang perempuan dapat dikatakan mengalami abortus habitualis jika memang telah ditentukan telah mengalami paling tidak 3 kali keguguran.

Diagnosis abortus habitualis tidak sukar ditentukan dengan anamnesis. Khususnya diagnosis abortus habitualis karena inkompetensia yang menunjukkan gambaran klinik yang khas yaitu dalam kehamilan trimester kedua terjadi pembukaan serviks tanpa rasa mulas, ketuban menonjol dan pada suatu saat pecah. Kemudian timbul mulas yang selanjutnya diikuti dengan pengeluaran janin yang biasanya masih hidup dan normal. Apabila penderita datang dalam trimester pertama, maka gambaran klinik tersebut dapat diikuti dengan pemeriksaan vaginal tiap minggu. Penderita mengeluh bahwa ia mengeluarkan banyak lendir dari vagina. Di luar kehamilan penentuan serviks inkompeten dilakukan dengan histerosalpingografi yaitu ostium uteri internum melebar >8 mm.1,8

3 Etiologi

Beberapa factor yang dapat menyebabkan abortus antara lain (Rukiyah, yeyeh : 136) :

a. Faktor Janin

Faktor janin jadi penyebab keguguran adalah kelainan genetic dan ini terjadi 50-60% kasus keguguran, factor kelainan yang paling sering dijumpai diabortus adalah gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin dan plasenta. Kelainan tersebut biasanya menyebabkan abortus pada TM 1

b. Faktor Ibu

Terdapat kelainan endokrin (hormonal) misalnya kekurangan tirou, kencing manis, factor kekebalan (imunologi) misalmnya penyakit lupus, anti phospholipid syndrome, factor penyebab adanya infeksi virus seperti cacac air, campak, dan herpes, kelainan otot leher Rahim, kelainan bentuk Rahim.

c. Faktor Suami

Adanya kelainan kromosom dan infeksi sperma

d. Faktor Genetic

Dimana 9,10 sekitar 5% abortus terjadi karena factor genetic. Paling sering ditemukannya kromosom trisomy dengan trisomy 16. Penyebab paling sering menimbulkan abortus spontan adalah abnormalitas kromosom pada janin. Lebih dari 60% abortus spontan terjadi pada TM 1 menunjukkan beberapa tipe abnormalitas genetic dimana yang paling sering

adalah trisomi autosom yang menyebabkan lebih dari 50% abortus spontan. Poliploidi menyebabkan sekitar 22% dari abortus spontan yang terjadi akibat kelainan kromosom. Sekitar 3-5% pasangan memiliki riwayat abortus spontan yang berulang salah satu dari pasangan tersebut membawa sifat kromosom yang abnormal. Identifikasi dapat dilakukan dengan pemeriksaan kariotipe dimana bahan pemeriksaan diambil dari darah tepi pasangan tersebut.

e. Faktor Infeksi

Faktor infeksi yang diakibatkan oleh TORC (*Toksoplasma*, *Rubella*, *Cytomegalovirus*) dan malaria. Infeksi ini sering dihubungkan dengan abortus spontan berulang.

f. Faktor Nutrisi

Malnutrisi yang sangat berat memiliki kemungkinan paling besar menjadi predisposisi abortus. Meskipun demikian belum ditemukan bukti yang menyebutkan bahwa defisiensi salah satu/ semua nutrien dalam makanan merupakan suatu penyebab abortus paling penting

4 Patofisiologis

Abortus biasanya disertai dengan perdarahan didalam desidua basalis dan perubahan nekrotik didalam jaringan- jaringan yang berdekatan dengan tempat perdarahan. Ovum yang terlepas sebagian atau seluruhnya dan mungkin menjadi benda asing didalam uterus sehingga merangsang kontraksi uterus dan mengakibatkan pengeluaran janin(Norma,Dwi: 198)

5 Pengobatan

Setelah didapatkan anamnesis yang maksimal bila sudah terjadi konsepsi baru pada ibu dengan riwayat abortus berulang maka support psikolog untuk pertumbuhan embrio intrauterine yang baik perlu diberikan pada ibu. Kenali kemungkinan terjadinya anti fosfolipid syndrome atau mencegah terjadinya infeksi intrauterine

Pemeriksaan Kadar β -HCG secara periodic pada awal kehamilan dapat membantu pemantauan kelangsungan kehamilan sampai pemeriksaan USG dapat dikerjakan. Gold Standard untuk monitoring kehamilan dini adalah pemeriksaan USG setiap 2 minggu sampai kehamilan ini tidak mengalami abortus.

Pemeriksaan serum α -fetoprotein perlu dilakukan pada usia kehamilan 16-18 minggu. Pemeriksaan kariotip dari buah kehamilolan dapat dilakukan dengan melakukan amniosintesis air ketuban untuk menilai bagus atau tidaknya kehamilan. Penyebab abortus habitualis sebagian besar tidak diketahui sehingga penanganannya terdiri atas memperbaiki keadaan umum, pemberian makanan yang sempurna, anjuran istirahat cukup banyak, larangan koitus dan olah raga. Terapi dengan hormon progesteron, vitamin, hormon tiroid dan lainnya mungkin hanya mempunyai pengaruh psikologis

6 Pemeriksaan

Histerosalingografi untuk mengetahui ada tidaknya mioma uterus submukosa dan anomaly kongenital

BMR dan kadar jodium darah diukur untuk mengetahui apakah ada atau tidak gangguan glandula thyroidea

Psiko analisis

D. Pendokumentasian

1. Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien. (Varney,2012).

2. Tahapan Dalam Manajemen Kebidanan

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney adalah sebagai berikut :

a. 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) Identitas
- 2) Alasan kunjungan
- 3) Riwayat menstruasi
- 4) Riwayat kesehatan
- 5) Riwayat penyakit sekarang
- 6) Riwayat kesehatan yang lalu
- 7) Riwayat perkawinan

- 8) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- 9) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya,
- 10) 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 (menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

b. 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 ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan

pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa.

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

Langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian 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 pemuaihan uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaihan uterus yang berlebihan tersebut (misalnya polihidramnion, 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 pemuaihan uterus yang berlebihan.

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

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

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik 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 mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak. 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.

Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

e. Langkah V (kelima) : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh (Intervensi)

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.

f. Langkah VI (keenam) : Melaksanakan Perencanaan Asuhan (Implementasi)

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan 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 memikul 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

g. 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

E. Metode Pendokumentasian Kebidanan

Pendokumentasian kebidanan adalah bentuk SOAP, Yaitu:

1) Subjektif (S)

- a) Menggambarkan pendokumentasian pengumpulan data klien melalui anamnesa
- b) .Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya pada klien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat KB, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup).

2) Objektif (O)

- a) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnostic yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung assessment.
- b) Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (keadaan umum, vital sign, fisik, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang, pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi) Data ini memberi bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnose.

3) Assesment (A)

- a) Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan.
- b) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:

1. Masalah

Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien.

Masalah adalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu.

2. Antisipasi masalah lain atau diagnosa potensial

4) Planning (P)

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi kasus

Menjelaskan jenis studi kasus yang digunakan adalah studi kasus dengan menggunakan metode deskriptif yaitu melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. Studi kasus ini dilakukan pada Ny.A umur 25 tahun G5P1A3 dengan Abortus Habitualis di Puskesmas Pancur Batu tahun 2018.

B. Tempat dan waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Puskesmas Pancur Batu , alamat Namo Riam, Pancur Batu Kab. Deli Serdang, Sumatera Utara. Pada tanggal 13 Maret – 26 Maret 2018.

C. Subjek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini penulis mengambil subyek yaitu Ny.A umur 25 tahun G5P1A3 dengan Abortus Habitualis di Puskesmas Pancur Batu tahun 2018

D. Teknik Pengumpulan Data

1. Metode

Metode yang dilakukan untuk asuhan kebidanan dalam studi kasus ini adalah format asuhan kebidanan pada ibu hami dengan manajemen 7 langkah Varney

2. Jenis data

Penulisan asuhan kebidanan sesuai studi kasus Ny.A umur 25 tahun G5P1A3 dengan Abortus Habitualis di Puskesmas Pancur Batu tahun 2018 yaitu:

a. Data Primer

1) Pemeriksaan Fisik

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

a) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, bentuk, posisi, simetris (Handoko, 2008).

Inspeksi pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki.

b) Palpasi

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

2) Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (Responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka

dengan orang tersebut (Face to face). Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan ibu nifas Ny. A usia 25 tahun G5P1A3 dengan Abortus Habituali

3) Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang akan diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Observasi pada kasus ibu hamil dengan abortus habitualis dilakukan untuk mengetahui ibu dan janin

b. Data Sekunder

Data sekunder ini dapat diperoleh dengan mempelajari kasus atau dokumentasi pasien serta catatan asuhan kebidanan dan studi perpustakaan. Data sekunder diperoleh dari :

1. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi atau pun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian. Pada kasus Ibu hamil dengan abortus habitualis dari catatan status pasien di Puskesmas Pancur Batu

2. 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, majalah ilmiah, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2009– 2017

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. A USIA 25 TAHUN G5P1A3 DENGAN ABORTUS HABITUALIS DI PUSKESMAS PANCUR BATU TAHUN 2018

Tgl masuk	: 13 Maret 2018	Tgl Pengkajian	: 13 Maret 2018
Jam Masuk	: 09.00 wib	Jam Pengkajian	: 09.05 wib
Tempat	: Puskesmas	Oleh	: Fransisca Prilly

1. PENGUMPULAN DATA

A. IDENTITAS/BIODATA

Nama Ibu	: Ny. A	Nama Suami	: Tn. L
Umur	: 25 tahun	Umur	: 27 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Pancur Batu	Alamat	: Pancur Batu

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

Alasan kunjungan : ingin memeriksa kehamilannya

Keluhan Utama : Pasien mengatakan sedang hamil kelima mengeluh keluarnya gumpalan gumpalan darah dari kemaluan sejak jam 04.00 pagi, perut terasa nyeri dan badan terasa lemas

Riwayat Menstruasi

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

Lama : 3 hari, Banyak: 3x ganti pembalut/hari

Dismenorea/ tidak : Tidak

4. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

A na k ke	Tgl Lahir /Umu r	U K	Jenis Persal inan	Tem pat pers alina n	Peno long	Komplik asi		Bayi		Nifas	
						Ba yi	Ibu	PB/B B/JK	Ke ada an	Kea daan	lakta si
1.	4thn	8 bl n	Spont an	Klin ik	Bida n	-	-	47/30 00/ Pr	Bai k	Baik	Baik
2	A	B	O	R	T	U	S				
3	A	B	O	R	T	U	S				
4	A	B	O	R	T	U	S				
5	A	B	O	R	T	U	S				

5. Riwayat kehamilan sekarang

G5 P1 A3

HPHT : 31-11-2017

HPL : 07-08-2018

UK : 14 minggu 3 hari

Gerakan janin : belum ada pergerakan janin pertama kali bulan: -

Imunisasi Toxoid Tetanus : sebanyak - yaitu : -

Kecemasan : Ya karena setelah mengalami abortus yang berulang kali
kehamilan ini sangat diharapkan

Tanda-tanda bahaya : Ada, keluar gumpalan darah dari kemaluan

Tanda-tanda persalinan : Tidak ada

6. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Jantung : Tidak ada

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Mellitus : Tidak ada

Ginjal : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Hepatitis : Tidak ada

Rubella : Ada

Riwayat operasi abdomen/SC : Tidak ada

7. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Mellitus : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Lain-lain : ada/tidak riwayat kembar

8. Riwayat KB : Tidak pernah menggunakan kb

9. 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 : Klinik
- Tempat rujukan jika ada komplikasi ; Rumah Sakit
- Persiapan menjelang persalinan : tidak ada

10. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum :

Frekuensi : 3 kali

Jenis : 1 porsi nasi, ikan, sayur

Keluhan/pantangan: Tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : 1-2 jam

Tidur malam : 6-7 jam

c. Pola eliminasi

BAK : 6 kali/hari, warna : kuning jeramih

BAB : 1 kali/hari, konsistensi : lembek

d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

Ganti pakaian/pakaian dalam : 3 kali/hari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : memasak, mencuci, menyapu, mengepel

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak ada

Minum-minuman keras : Tidak ada

Obat terlarang : Tidak ada

Minum jamu : Tidak ada

C. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik

2. Tanda-tanda vital

. Tekanan darah : 110/70 mmHg

. Nadi : 86 kali/menit

. Suhu : 36,8⁰ C

. Respirasi : 20 kali/menit

3. Pengukuran tinggi badan dan berat badan

. Berat badan : 50 kg, kenaikan BB selama hamil : 5 kg

. Tinggi badan : 155 cm

4. Pemeriksaan fisik

a. Postur tubuh : Lordosis

b. Kepala

Muka : Simetris
cloasma: Tidak ada
oedema : Tidak ada

Mata : Simetris
Conjunctiva: Merah muda

Sclera : Tidak ikterik

Hidung : Simetris
polip: Tidak meradang

Mulut/bibir : Bersih, tidak ada stomatitis

c. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid

d. Payudara

- Bentuk simetris : Simetris

- Keadaan putting susu : Menonjol

- Areola mammae : Hiperpigmentasi

- Colostrum : Belum ada

e. Perut

- Inspeksi : Tidak ada bekas luka operasi

- Palpasi

Leopold I : Tidak dilakukan

Leopold II : Tidak dilakukan

Leopold III : Tidak dilakukan

Leopold IV : Tidak dilakukan

TBJ : Tidak bisa ditafsirkan

TFU : Tidak dilakukan

- Kontraksi

. Auskultasi

. DJJ : Tidak dilakukan

f. Ekstremitas

Atas : Simetris, bersih, jari-jari lengkap, tidak
oedema

Bawah : Simetris, bersih, jari-jari lengkap, tidak
oedema, tidak ada varises.

g. Genetalia

Inspeksi : Tampak keluar gumpalan darah yang menyerupai stolsel
dari kemaluan ibu dan menempel di celana dalam ibu

Anus : tidak dilakukan pemeriksaan

5. Pemeriksaan Panggul

Lingkar Panggul : Tidak dilakukan

Distosia Cristarum : Tidak dilakukan

Distosia Spinarum : Tidak dilakukan

Conjungata Bourdeloque : Tidak dilakukan

Pemeriksaan dalam : Tidak dilakukan

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG:

Tidak Dilakukan

2. INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa: Ny. A usia 25 Tahun G5P1A3 Usia kehamilan 14 minggu 3 hari dengan abortus habitualis

DS : -Ibu mengatakan usia kehamilannya 14 minggu 3 hari dan HPHT nya tanggal 31-11-2017

-Ibu mengatakan ini kehamilannya yang kelima dan anak yang hidup 1 yaitu anak pertama dan selebihnya keguguran

-Ibu mengatakan keluarnya gumpalan gumpalan darah dari kemaluan sejak jam 04.00 pagi dan perut terasa nyeri

- Ibu mengatakan mempunyai riwayat penyakit Rubella

DO: - Keadaan umum : lemas

-Kesadaran : compos mentis

-Observasi TTV :

TD : 110/70 mmHg

T/P : 36,8°C / 86 x/menit

RR : 20 x/menit

BB/TB : 55 kg/155cm

-Inspeksi : dilakukan, dimana ditemukan darah dan stolsell
dicelana dalam ibu dan berbau

Masalah : Ibu mengatakan cemas dan khawatir terhadap kehamilannya

Kebutuhan

- Beri dukungan moral

- Pasang Infus RL 20tts/i

3. ANTISIPASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

Perdarahan Pervaginam

Syok hemorogik

Infeksi dan tetanus dalam uterus

4. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA/KOLABORASI/RUJUK

Pasang Infus

V. INTERVENSI

NO	INTERVENSI	RASIONAL
1	Beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan	Agar ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan dan keadaan ibu
2	Berikan dukungan moral kepada ibu	Akibat dari keguguran meyebabkan ibu cemas dan khawatir sehingga dukungan moral sangat dibutuhkan ibu .
2	Pantau keadaan Ibu	Untuk melihat perkembangan keadaan ibu
3	Pasang Infus	Untuk memenuhi kebutuhan cairan dalam tubuh ibu
4	Beritahu pada ibu dan keluarga bahwa ibu harus dirujuk ke rumah sakit	Untuk membersihkan sisa-sisa bagian janin yang tinggal perlu dilakukan kuretase yang dilakukan oleh dokter spesialis kandungan
5	Siapkan surat rujukan	-

5. IMPLEMENTASI

Tanggal :13 Maret 2018

NO	JAM	IMPLEMENTASI/TINDAKAN
1	09.05	Memberitahu ibu dan keluarga tentang keadaan ibu dan janinnya bahwa saat ini ibu mengalami keguguran yang berulang dimana bagian janin sudah keluar dari Rahim dan sebagian masih tertinggal dirahim dan ibu dianjurkan untuk kuretase yang dilakukan oleh dokter spesialis kandungan

		<p>untuk membersihkan sisa-sisa bila tidak dikeluarkan akan menyebabkan perdarahan dan infeksi</p> <p>Observasi TTV : TD : 110/70 mmHg</p> <p>S : 36, 8°C</p> <p>P : 86 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>Ev : ibu dan keluarga sudah mengetahuinya</p>
2	09.10	<p>Memberikan dukungan moral kepada ibu agar ibu tetap semangat dan percaya bahwa rencana indah telah disiapkan Tuhan untuk ibu dan keluarga</p> <p>Ev : dukungan telah diberikan dan ibu tampak menerimanya</p>
3	09.15	<p>Memantau dan mengobservasi keadaan ibu, ibu tampak lemas dan sesekali meringis kesakitan, tampak darah dan stolsel pada celana dalam ibu</p> <p>Ev : Ibu sudah mengetahuinya</p>
3.		<p>Memasang Infus RL pada tangan kiri ibu</p> <p>Ev : Infus RI 20tts/i telah terpasang ditangan kiri ibu, berjalan lancar</p>
6		<p>Memberitahu ibu dan keluarga bahwa ibu harus dirujuk</p> <p>Ev : ibu dan keluarga bersedia bersedia dirujuk dan mengatakan ingin dirujuk ke Rs. Mitra Sejati</p>
7		<p>Menyiapkan rujukan dengan menghubungi dokter spesialis untuk mengkonfirmasi bahwa aka nada pasien yang akan dirujuk, memberitahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu dan alasan mengapa dirujuk, menganjurkan suami mendampingi ibu sampai ketempat rujukan, memberikan surat rujukan kepada keluarga yang berisi identitas pasien, pemeriksaan yang telah dilakukan dan tindakan yang telah dilakukan. Disini ibu pergi ketempat rujukan yaitu Rs.Mitra Sejati tidak didampingi bidan</p> <p>Ev: Surat rujukan telah siap</p>

6. EVALUASI

Tanggal : 13 Maret 2018

Jam : 10.00 Wib

S : -Ibu mengatakan mengeluh perutnya masih terasa mules

-Ibu mengatakan bersedia dirujuk

-Ibu mengatakan badannya terasa lemas

O : Keadaan Umum :Baik

Kesadaran :CM

Observasi TTV

TD :110/70 mmHg

T :36,8 °C

P :85 x/menit

RR :20x/menit

- Ekspresi wajah ibu tampak lemas

- Inspeksi : Tampak keluar gumpalan darah dari kemaluan ibu dan tampak gumpalan menempel pada celana dalam

b : Diagnosa : Ny. A umur 25 Tahun G5P1A3, Usia kehamilan 14 minggu 3 hari

dengan abortus habituais

Masalah : Ibu merasa cemas , masalah teratasi sebagian

Kebutuhan : berikan support mental

P : - Pantau keadaan ibu

- Lakukan rujukan

C. Pembahasan

Pada bab ini, penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan hasil asuhan yang diberikan pada Ibu Hamil Ny.A Umur 25 Tahun G5P1A3 dengan Abortus Habitualis di Puskesmas Pancur Batu pada tanggal 13 Maret 2018. Pembahasan ini dibuat berdasarkan teori dan asuhan yang nyata dengan proses pendekatan manajemen asuhan kebidanan yang dibagi tujuh tahap yaitu: Pengkajian, interpretasi data, merumuskan diagnosa/masalah potensial, mengantisipasi diagnosa/masalah potensial, tindakan segera dan kolaborasi, perencanaan tindakan asuhan kebidanan, serta mendokumentasikan asuhan kebidanan.

1. Pengkajian

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk menyimpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien (Ambarwati, 2009)

Berdasarkan teori terdapat 14 standart dalam pelayann antenatal yaitu ukur berat badan, tekanan darah, TFU, pemberian tablet FE, pemberian imunisasi TT, pemeriksaan HB, pemeriksaan VDRL, protein urine, urine reduksi, perawatan payudara, senam hamil, pemberian obat malarian, pemberian kapsul minyak yodium dan temu wicara. Dan dalam pelaksanaan antenatal care pemeriksaan fisik dilakukan pada ibu hamil dengan tepat dan benar sesuai pedoman yang meliputi pemeriksaan fisik mulai dari kepala sampai kaki (head to toe), pemeriksaan

leopod I sampai IV, pemeriksaan DJJ, penghitungan usia kehamilan dan perhitungan taksiran persalinann (Buku Ajar Kebidanan,2012)

Dalam pengkajian data tanggal 13 maret 2018 Ny. A datang Ke Puskesmas Pancur Batu dan dilakukan pengumpulan data subyektif dimana data yang diperoleh dari data subyektif ibu mengatakan usia nya 25 tahun G5P1A3 mengeluh keluar darah dan gumpalan gumpalan darah dari kemaluan sejak jam 04.00 pagi, perut terasa nyeri dan badan terasa lemas,ibu mengatakan ini kehamilan kelima,anak hidup 1 sudah 3 kali mengalami abortus, ibu mengatakan mempunyai riwayat penyakit rubella HPHT 31-11-2017 HPL 07-08-2018. Data Objektif pada Ny.A keadaan umum ibu tampak lemas dan sesekali meringis kesakitan dilakukan observasi TD: 110/70mmHg T/P: 36,8 °C/86x/I RR: 20x/I dan pemeriksaan genetalia tampak keluar darah dari kemaluan dan tampak gumpalan darah pada celana dalam ibu dan menghitung usia kehamilan dengan rumus naegle dari HPHT ibu didapatkan usia kehamilan ibu 14 minggu 3 hari.

Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dimana penerapan standart pelayanan 14 T tidak memenuhi standar yaitu tidak dilakukan paemeriksaan TFU dikarenakan usia kehamilan masih 14 minggu, pemberian tablet FE dan imunisasi TT, pemeriksaan VDRL, pemeriksaan Hb, pemeriksaan protein urine, pemeriksaan reduksi urine , pemberian obat malaria, perawatan payudara , senam hamil , pemberian minyak yodium dikarekanan ibu tidak pernah melakukan kunjungan selama kehamilannya.

2. Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data Dasar merupakan mengidentifikasi diagnose kebidanana dan masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan dan memberikan kebutuhan pada pasien sesuai dengan masalah pasien (Ambarwati, 2009)

Berdasarkan teori Abortus Habitualis adalah dimana suatu penderita mengalami keguguran berturut turut 3 kali atau lebih. Penderita abortus habitualis pada umumnya tidak sulit untuk menjadi hamil kembali tetapi kehamilannya berakhir dengan keguguran secara berturut-turut (Sarwono, 2008)

Menurut (Rukiyah, 2010) ibu hamil dengan abortus habitualis akan mengalami resiko psikologis seperti merasa tertekan, meras bersalah, cemas, merasa harga diri rendah , mimpi mimpi, putus asa dan adanya usaha bunuh diri dan penanganan awal yang dibutuhkan ibu hamil dengan abortus yaitu Lakukan penilaian secara cepat mengenai keadaan umum pasien, termasuk TTV, memeriksa tanda-tanda syok (pucat, berkeringan banyak, pingsan, tekanan sistolik kurang dari 90 mmHg, nadi lebih cepat lebih dari 112 x/I dan Pasang infus dengan jarum besar (16 G atau lebih besar , berikan larutan garam fisiologik atau RL (500ml) dengan tetesan cepat. Kemudian setelah diketahui abortus apa yang terjadi lakukan penanganan yang spesifik sesuai abortus .

Pada kasus ini dapat di tegakkan diagnose Ny. A umur 25 tahun G5P1A3 usia kehamilan 14 minggu 3 hari dengan abortus habitualis. Masalah yang muncul adalah Ny. A merasa cemas dan khawatir dengan kehamilannya. Kebutuhan yang diperlukan Ny. A saat ini adalah lakukan penilaian cepat dan tepat terhadap

keadaan ibu, observasi vital sign, berikan dukungan moral kepada ibu dan pasang infus. Pada kasus Ny. A tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

3. Antisipasi Diagnosa masalah potensial

Masalah potensial adalah mnenidentifikasi diagnose atau masalah potensial yang mungkin terjadi. Pada langkah ini diidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose (Ambarwati,2009)

Berdasarkan teori Komplikasi yang dapat dijumpai pada abortus habitualis antara lain: Perdarahan, Perforasi karena terjadi sewaktu dilatasi dan kuretase yang dilakukan oleh tenaga yang tidak ahli seperti bidan , infeksi dan tetanus dalam uterus dan Syok, yang disebabkan oleh perdarahan yang banyak disebut syok hemoragik dan infeksi berat atau sepsis disebut syok septik atau endoseptik (Mochtar, 2016)

Dalam kasus Ny. A masalah potensial yang mungkin terjadi adalah perdarahan dan syok hemoragik bila tidak ditangani dengan baik. Pada kasus ini tidak terjadi diagnose potensial karena Ny. A mendapatkan penanganan yang tepat sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek

4. Identifikasi Tindakan segera

Tindakan segera yaitu Langkah ini memerlukan kesinambungan dari manajemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama

dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien (Ambarwati,2009).

Dalam kasus ini tindakan segera tidak dilakukan karena tidak adanya indikasi dalam situasi darurat yang terjadi pada Ny. A dengan abortus habitualis. Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek

5. Intervensi

Rencana tindakan merupakan proses manajemen kebidanan yang memberikan arah pada kegiatan asuhan kebidanan, tahap ini meliputi prioritas masalah dan menentukan tujuan yang akan tercapai dalam merencanakan tindakan sesuai prioritas masalah (Ambarawati, 2009)

Dalam teori (Rukiyah,yeyeh 2017) penanganan yang dilakukan sebelum melakukan penanganan secara khusus/ spesifik lakukan penanganan awal terlebih dahulu antara lain : Lakukan penilaian secara cepat mengenai keadaan umum pasien, termasuk TTV, Periksa tanda-tanda syok (pucat , berkeringatann banyak, pingsan, tekanan sistolik kurang dari 90 mmHg, nadi lebih cepat lebih dari 112 x/I, Jika dicurigai syok, segera mulai penangananna syokJika tidak terlihat tanda tanda syok evaluasi keadaan pasien karena kondisi pasien dapat saja memburuk dengan cepat, Pasang infus dengan jarum besar (16 G atau lebih besar , berikan larutan garam fisiologik atau RL (500ml) dengan tetesan cepat. Kemudian setelah diketahui abortus apa yang terjadi lakukan penanganan yang spesifik sesuai abortus yang terjadi.

Untuk mencapai tujuan tersebut, sesuai dengan tinjauan kepustakaan, tindakan yang dilakukan pada Ny."A" dengan beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, berikan dukungan moral kepada ibu, pantau keadaan Ibu, pasang Infus, beritahu pada ibu dan keluarga bahwa ibu harus dirujuk ke rumah sakit dan siapkan surat rujukan. Begitu pula rencana tindakan yang dilakukan pada kasus Ny."A" dalam hal ini perencanaan pada tinjauan kasus dan tinjauan pada kepustakaan tidak ada kesenjangan yang berarti bahwa setiap perencanaan disesuaikan dengan kebutuhan pasien, kriteria serta tujuan yang akan dicapai

6. Implementasi

Pelaksanaan merupakan asuhan kebidanan yang telah direncanakan secara efisien dan aman dimana pelaksanaanya bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh kliennya. (Ambarawati, 2009)

Dalam teori manajemen rujukan dengan BAKSOKUDA yaitu bidan menemani pasien sampai tempat rujukan., Mempersiapkan alat alat selama perjalanan rujukan, keluarga ikut menemani selama proses rujukan dan Surat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan, atau obat-obat yang telah diterima ibu (klien), Obat-obat esensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk, siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu cepat., Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan., Siapkan pendonor darah jika diperlukan dan

membangun kepercayaan spiritualitas dalam keluarga untuk member dukungan pasien selama proses rujukan dan penanganan berlangsung

Dalam kasus ini pelaksanaan tindakan dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah bidan berikan yaitu memberitahu ibu dan keluarga tentang keadaan ibu dan janinnya bahwa saat ini ibu mengalami keguguran yang berulang dimana bagian janin sudah keluar dari Rahim dan sebagian masih tertinggal dirahim dan ibu dianjurkan untuk kuretase yang dilakukan oleh dokter spesialis kandungan untuk membersihkan sisa-sisa bila tidak dikeluarkan akan menyebabkan perdarahan dan infeksi Hasil observasi TTV : TD : 110/70 mmHg T/P : 36,8/86 x/menit, RR : 20 x/menit, Memberikan dukungan moral kepada ibu agar ibu tetap semangat dan percaya bahwa rencana indah telah disiapkan Tuhan untuk ibu dan keluarga, memantau dan mengobservasi keadaan ibu, ibu tampak lemas dan sesekali meringis kesakitan, tampak darah dan stolsel pada celana dalam ibu, memasang Infus RL pada tangan kiri ibu, memberitahu ibu dan keluarga bahwa ibu harus dirujuk dan menyiapkan rujukan dengan menghubungi dokter spesialis untuk mengkonfirmasi bahwa akan ada pasien yang akan dirujuk, memberitahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu dan alasan mengapa dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain diusahakan untuk dapat menyetujui Ibu ke tempat rujukan, memberi surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan, atau obat-obat yang telah diterima Ibu disini ibu pergi kerumah sakit tidak didampingi bidan.

Dalam hal ini ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dimana praktek tidak menemani pasien sampai ketempat tujuan

7. Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan terhadap masalah yang telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosis . Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses manajemen kebidanan (Ambarawati, 2009)

Hasil evaluasi dari Ny.”A” umur 25 tahun G5P1A3 usia kehamilan 14 minggu 3 hari dengan abortus habituais”masih teratasi sebagian dimana setelah pemberian penanganan awal yaitu pemberian infus RL 500ml ibu tampak masih cemas dan khawatir, ekspresi wajah lemas dan merasa badannya masih lemas dan ibu segera dirujuk ke Rs. Mitra Sejati

Dalam hal ini keadaan sebagian teratasi dan menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara teori dan kasus pada Ny.’A”dimana ibu tidak diantar sampai ketempat rujukan

BAB V

PENUTUP

A KESIMPULAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil penelitian tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan abortus habituais di Puskesmas Pancur Batu

1. Dalam pengkajian didapatkan data Ny. A umur 25 tahun G5P1A3 usia kehamilan 14 minggu 3 hari dengan Abortus habituais. Data subjektif yaitu ibu datang ke puskesmas pancur batu tanggal 13 maret 2018 mengeluh keluar gumpalan darah dari kemaluan sejak jam 04.00 pagi tadi, perut terasa nyeri dan badan terasa lemas Data Objektif pada Ny.A keadaan umum ibu tampak lemas TD:110/70mmHg T/p : 36,8°C/86x/I RR:20x/I dan sesekali meringis kesakitan, pada saat pemeriksaan genetalia tampak keluar darah dari kemaluan dan tampak gumpalan darah pada celana dalam ibu dan Menghitung usia kehamilan dengan rumus naegle dari HPHT ibu didapatkan usia kehamilan ibu 14 minggu 3 hari .
2. Interpretasi data dasar didapatkan diagnosa kebidanan Ny. A umur 25 Tahun G5P1A3 dengan Abortus Habituais Masalah yang biasa muncul adalah Ny. A merasa cemas dan khawatir dengan kehamilannya, untuk mengatasi masalah tersebut kebutuhan yang diperlukan Ny. A saat ini adalah beritahu ibu tentang keadaannya dan hasil dari pemeriksaan, pantau keadaan ibu, beritahu keluarga bahwa ibu harus dirujuk untuk dilakukan

tindakan kuretase dan menyiapkan surat rujukan dan memberikan dukungan moral agar ibu tetap bersemangat.

3. Diagnosa potensial pada kasus Ny A G5P1A3 dengan Abortus Habitualis akan terjadi perdarahan pervaginam, infeksi dan tetanus pada uterus dan syok hemorogik , namun tidak terjadi karena pasien ceoat mendapatkan penanganan dan bidan selalu meneani pasien untuk memberikan dukungan moral.
4. Tindakan segera yang diperlukan yaitu memperbaiki keadaan umum ibu dengan memasang infus RI 500ml 20tts/I
5. Perencanaan yang diberikan pada Ny. A umur 25 tahun G5P1A3 dengan abortus habitualis adalah beritahu ibu tentang keadaannya dan hasil dari pemeriksaan, pantau keadaan ibu, beritahu keluarga bahwa ibu harus dirujuk dan menyiapkan surat rujukan dan memberikan dukungan moral agar ibu tetap bersemangat.
6. Pelaksanaa pada ibu hamil Ny. A umur 25 tahun G5P1A3 dengan abortus habitualis adalah Memberitahu ibu dan keluarga tentang keadaan ibu dan janinnya bahwa saat ini ibu mengalami keguguran yang berulang dimana bagian janin sudah keluar dari Rahim dan sebagian masih tertinggal dirahim dan ibu dianjurkan untuk kuretase yang dilakukan oleh dokter spesialis kandungan untuk membersihkan sisa-sisa bila tidak dikeluarkan akan menyebabkan perdarahan dan infeksi , Memberikan dukungan moral kepada ibu agar ibu tetap semangat dan percaya bahwa rencana indah telah disiapkan Tuhan untuk ibu dan keluarga, memantau dan mengobservasi

keadaan ibu, memasang Infus RL pada tangan kiri ibu, memberitahu ibu dan keluarga bahwa ibu harus dirujuk dan menyiapkan Menyiapkan rujukan dengan menghubungi dokter spesialis untuk mengkonfirmasi bahwa aka nada pasien yang akan dirujuk. Mengajukan suami mendampingi ibu sampai ketempat rujukan, memberi surat rujukan yang berisi identifikasi pasien, pemeriksaan yang telah dilakukan dan tindakan yang telah dilakukan. Disini ibu pergi kerumah sakit tidak didampingi bidan

7. Hasil evaluasi Ny."A" umur 25 tahun G5P1A3 usia kehamilan 14 minggu 3 hari dengan abortus habitualis"masih teratasi sebagian dimana tampak masih cemas dan khawatir, ekspresi wajah lemas dan merasa badannya masih lemas , tidak terjadi perdarahan dan ibu segera dirujuk ke Rs. Mitra Sejati

B. SARAN

1. Bagi Institusi Pendidikan

Setelah penyusunan Laporan Tugas Akhir ini diharapkan hasil studi kasus ini sebagai masukan untuk menambah literature perpustakaan dan lebih meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengetahuan mahasiswa dalam materi untuk mata kuliah yang berkaitan dengan ibu hamil dengan abortus habitualis

2. Bagi Puskesmas Pancur Batu

Diharapkan bidan / tenaga kesehatan mampu melakukan asuhan kebidanan ibu hamil dengan abortus habitualis dengan baik

3. Bagi Klien

Sebagai pengetahuan klien khususnya pemahaman tentang tanda bahaya terhadap abortus habitualis yaitu perdarahan, syok dan terjadi infeksi pada ibu dan diharapkan responden dapat memahaminya dan dapat meminimalisir terjadinya Abortus Habitualis

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul dkk, 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Darmawati, 2015. *Mengenal Abortus Dan Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Abortus* : Idea Nursing Journal, Vol. II No. 1 , 12-15 diakses tanggal 14 Maret 2018 Jam: 16.00 Wib
- Elisabeth Siwi Walyani, 2017. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta Pustaka Baru Press.
- Icesmi Sukarni K, 2016. *Kehamilan Persalinan Dan Nifas Dilengkapi Dengan Patologi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Kuntari titik, Siswanto, 2010. *Determinan Abortus di Indonesia*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, Vol. 4 , No. 5 , 223-224 diakses tanggal 21 Maret 2018 Jam 15.00 Wib.
- Manuaba dkk, 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC.
- Martha, 2010. *Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Abortus Di Rumah Sakit Bangkatan Ptpn Ii Binjai Tahun 2018*. Jurnal Ilmiah Kohesi, Vol.2, 272-279 diakses tanggal 12 Mei 2018 jam: 20.00 Wib.
- Maryunani Anik, 2014. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal*. Jakarta : Trans Info Media.
- Mochtar Rustam, 2016. *Synopsis Obstetri: Obstetri Fisiologis Dan Obstetric Patologis*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Prawirohardjo Sarwono, 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo Sarwono, 2013. *Ilmu kebidanan*. Jakarta : Penerbit Bina pustaka.
- Rukiyah Ai dkk, 2017. *Asuhan Kebidanan IV Patologi Kebidanan*. Jakarta: TIM.

FORMULIR
SURAT PERSETUJUAN JUDUL LTA

Medan, 28 April 2018

Kepada Yth:

Ketua Program Studi D-3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Anita Veronika, S.SiT, M.KM

di

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Fransisca Prilly Icahya S

Nim : 022015021

Program Studi : D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Mengajukan judul dengan topik :

Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. A Usia 25 Tahun G₅P₁A₃ Usia Kehamilan 14

Minggu 3 Hari Dengan Abortus Habitualis Di Puskesmas Pancur Batu Tahun 2018.

Klinik/Puskesmas/RS Ruangan :

Ruangan Bersalin Di Puskesmas Pancur Batu Tahun 2018

Hormat saya

(Fransisca Prilly Icahya)

Disetujui oleh

Diketahui oleh



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



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



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
SANTA ELISABETH MEDAN**

Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata, Kec. Medan Selayang
Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131

E-mail: stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

Medan, 05 Februari 2018

Nomor : 163/STIKes/Puskesmas/II/2018

Lamp. : 1 (satu) set

Hal : Permohonan Praktek Klinik Kebidanan III

Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Kepada Yth.:

Kepala Puskesmas Pancur Batu

Kecamatan Pancur Batu

Kabupaten Deli Serdang

di -

Tempat.

Dengan hormat,

Melalui surat ini kami mohon kesediaan dan bantuan Ibu untuk menerima dan membimbing mahasiswa Semester VI Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan dalam melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan (PKK) III di Puskesmas Pancur Batu yang Ibu pimpin.

Praktek klinik tersebut dibagi 4 (empat) gelombang, yaitu:

1. Gelombang I : tanggal 01 – 12 Maret 2018
2. Gelombang II : tanggal 13 – 24 Maret 2018
3. Gelombang III : tanggal 26 Maret – 06 April 2018
4. Gelombang IV : tanggal 07 – 18 April 2018

Daftar nama mahasiswa dan target pencapaian ketrampilan klinik terlampir.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian, bantuan dan kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.

Hormat kami,

STIKes Santa Elisabeth Medan



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

Ketua

Cc. File

LEMBAR INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. Ayu

Umur : 25 Tahun

Alamat : Pancur Batu

Dengan ini menyatakan setuju dan bersedia dijadikan pasien dalam studi kasus kegawatdaruratan pada ibu bersalin oleh mahasiswa prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Pancur Batu, 13 Maret 201

Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan

Klien



(Fransisca Prilly)



(Ayu Sriwahyuni)

Mengetahui,

Dosen Pembimbing LTA

Karu/CI



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

Duma

SURAT REKOMENDASI

Yang bertanda tangan di bawah ini saya sebagai bidan di lahan praktek PKK mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

di Puskesmas Pancur Batu

Nama : Duma

Jabatan : Karyawan Puskesmas Pancur Batu

Nama Rumah Sakit : Puskesmas Pancur Batu

Alamat : Pancur Batu

Menyatakan bahwa mahasiswa di bawah ini :

Nama : Fransisca Prilly Icahya S

NIM : 022015021

Tingkat : III D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Benar telah melakukan asuhan kegawat daruratan pada ibu hamil Ny. A dengan Abortus Habitualis pada tanggal 13 Maret 201. Dan merekomendasikan sebagai Laporan Tugas Akhir Asuhan Kegawat daruratan.

Demikianlah surat rekomendasi ini di dibuat dan bisa dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pancur Batu, 13 Maret 201

Karu/ CI



(Duma)


PUSKESMAS

tanggal Senin, 13 Maret 2018
Jalan Bercalin (VK)


Kegiatan

Tiba dipuskesmas pancur batu
Keburukan diruangan bersalin
Melengkapi data pasien bersalin dipuskesmas pancur batu sejak
januari 2018
Menemui pasien Ny. Ayu umur 25 tahun G5P1A3, mengeluh
keluar gumpalan dari kemaluan sejak 04.00 wib, Ibu menga-
takan sebelumnya pernah keguguran 3 kali, anak yang hidup
1 berumur 4 tahun, mempunyai riwayat Rubella
Obs vital sign - TD: 110/70 mmHg T_a: 36.8°C / 96.6° R_R: 20x/m
Mengasap input RL 80 ml dengan keri ibu
Memantau keadaan ibu dan melengkap data ibu dan memonitor
keberhasilan status, mengasap input
Memberi dukungan moral kepada ibu
Mengambil surat rujukan dan foto, dan memberikan lipstik kuning
Pasien pergi ke tempat rujukan bersama suami
Makan siang
Kembali ke rumah


Diketahui oleh

Penanggung Jawab
Ruang


Mahasiswa


Fransisca Prilly

Dosen Pembimbing


Ermaedy Siallagan, S.Si., M.Kes

ABORTUS HABITUALIS



Fransisca Prilly Icahya
D-III Kebidanan
STIKes Santa
Elisabeth Medan

Apa itu Abortus Habitualis ?

Abortus Habitualis adalah suatu keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut 3 kali atau lebih tanpa diketahui penyebabnya. Penderita abortus habitualis pada umumnya tidak sulit untuk menjadi hamil kembali tetapi kehamilannya berakhir dengan keguguran secara berturut-turut.

Etiologi

- Faktor ibu
- Faktor suami
- Factor janin
- Faktor genetic
- Factor Infeksi

Patofisiologis

Abortus biasanya disertai dengan perdarahan didalam desidu basilius dan perubahan nekrotik didalam jaringan-jaringan yang berdekatan dengan tempat perdarahan. Ovum yang terlepas sebagian atau seluruhnya dan mungkin menjadi benda asing didalam uterus sehingga

Komplikasi ABORTUS



- ✓ Perdarahan Pervaginam
- ✓ Perforasi
- ✓ Syok Hemoragik
- ✓ Infeksi dan Tetanus

Pemeriksaan

- Histerosalingografi
- BMR dan kadar jodium
- Psiko analisis






Penanganan

1. Lakukan penilaian cepat dan tepat terhadap keadaan ibu
2. Periksa adanya tanda tanda syok
3. Jika dicurigai syok, segera mulai penanganannya syok jika tidak terlihat tanda tanda syok evaluasi keadaan pasien
4. Pasang infus dengan jarum Besar (16 G atau lebih besar) berikan larutan garam fisiologik atau RL (500ml) dengan tetesan cepat.







KEGIATAN KONSULTASI PENYELESAIAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

NO.	Hari/tanggal	Dosen pembimbing	Pembahasan	Paraf dosen pembimbing
1	14-05-2018	Flora Nabaho, SST, M.Kes	Pengajuan Judul LTA "Persalinan dengan lilitan tali pusar	
2	15-05-2018 08.36	Flora Nabaho, SST, M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Konsul LTA - Membahas materi LTA - Persalinan dengan lilitan tali pusar adalah hal Fungsional - mengutip mengambil judul tersebut - Saran serta untuk menggarah judul 	
3	15-05-2018	Flora Nabaho SST, M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Pengajuan Judul LTA "Aborsi Habitualis" ACC - Menjelaskan secara rinci tentang aborsi habitualis dan alasan mengambil judul tersebut - Saran dan susun bentuk materinya BAB I - BAB 5 	

17-05-2018	Konsultasi LTA Guru dan Siswa Perbaiki BAB I - BAB II cantumkan referensi. BAB 4 : perbaiki dan lengkapi Aspek yang dibantu BAB 3 :	/		
19-05-2018 0830	- Perbaiki implementasi - Sesuaikan dengan format			
21-05-2018 0730	- Buat rangkai kurungan untuk dapat menentukan HMT - Isi matriks persepsi - Rapikan judul.	/		

DAFTAR KONSUL PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

NO	HARI/TANGGAL	DOSEN PENGUJI	PEMBAHASAN	PARAF DOSEN
1.	Sabtu, 26 Mei 2018	Oktafiana Manurung, S.ST., M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Konsul laporan LTA BAB 1 - 5 - Perbaiki line spacing setiap halaman - Perhatikan penulisan gelar - Perbaiki tata kiri-kanan setiap halaman (4 4 3 3) - Perbaiki spasi kotak - Perhatikan kebutuhan pada tinjauan kasus - Urutkan pembahasan sesuai pengurutan - Perhatikan Daftar Isi 	
2.	Senin, 28 Mei 2018	Oktafiana Manurung, S.ST. M. Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Konsul laporan LTA Perbaikan BAB 1-5 - Perhatikan penulisan kalimat - Sesuaikan logo sesuai intruksi - Perbaiki daftar isi 	
3.	Senin, 28 Mei 2018 14 00 WIB	Oktafiana Manurung, S.ST., M. Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Konsul Laporan Perbaikan BAB 1-5 - Acc - Kembali ke pembimbing 	
4.	Senin, 28 Mei 2018	Desriati Sinaga, S.ST., M. Keb	<ul style="list-style-type: none"> - Konsul laporan LTA - Masukkan referensi pada setiap materi - Perhatikan kembali pembahasan 	

5	Sabtu 02-06-2018 08.30 WIB	Flora Naibaho, S.T., M.Kes.	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan D-B pada cover dan kata pengantar. - Cantumkan sumber dalam setiap materi. - lengkapi alamat terppat stuct: vasus pada BAB 3 - Perhatikan spasi dan jarak. 	<i>fa</i>
6	Sabtu 02-06-2018 16.20 WIB	Flora Naibaho, S.T., M.Kes	Acc Jld	<i>fa</i>