

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. T USIA 28 TAHUN P₁A₂ *POST CURETTAGE* ATAS INDIKASI KEHAMILAN EKTOPIK
TERGANGGU DENGAN TINDAKAN LAPAROTOMI
DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2018**

STUDI KASUS

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



Disusun Oleh:

**LISMAWATI WARUWU
022015037**

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. T USIA 28 TAHUN P₁A₁ POST CURETTAGE
ATAS INDIKASI KEHAMILAN EKTOPIK
TERGANGGU DENGAN TINDAKAN LAPAROTOMI
DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2018**

Studi Kasus

**Diajukan Oleh
Lismawati Waruwu
Nim: 15.037**

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

Oleh:

**Pembimbing
Tanggal**

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

Tanda Tangan :.....

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



Anita Veronika, S.SiT., M.K.M



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

Tanda Pengesahan

Nama : Lismawati Waruwu
NIM : 022015037
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ny. T Usia 28 Tahun P₁A₂Post Curettage Atas
Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi Di
Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Sebagai Persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
Pada Senin, 21 Mei 2018 Dan Dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI:

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

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

Penguji III : Ermawaty A. Siallagan, S.ST., M.Kes

TANDA TANGAN

.....

.....

.....

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Kebidanan



Prodi D III Kebidanan
Anita Veronika, S.Si.T., M.KM

Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan



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

RIWAYAT HIDUP



Nama : Lismawati Waruwu
NIM : 022015037
Tempat/Tanggal Lahir : Hiliwa'ele II, 17 Januari 1997
Agama : Kristen Protestan
Anak Ke : Pertama dari ke-tiga bersaudara
Nama Orangtua
Ayah : Drs. Gelifati Waruwu
Ibu : Melina Harefa
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Pramuka II, No. 11 Saewe, Gunungsitoli-Nias
Riwayat Pendidikan :
1. TK Kemala Bhayangkari Gunungsitoli-Nias
Tahun 2002-2003
2. SD Negeri No. 074045 Gunungsitoli-Nias
Tahun 2003-2009
3. SMP Negeri 3 Gunungsitoli-Nias
Tahun 2009-2012
4. SMA Negeri 3 Gunungsitoli-Nias
Tahun 2012-2015
5. STIKes Santa Elisabeth Medan:
2015-Sekarang

LEMBAR PERSEMBAHAN

Tiada kata yang paling membahagiakan, ketika Ibu berkata

"Jaga diri kamu baik-baik disana dan jangan lupa akan ibadah".

Jika cinta itu ialah rasa peduli, maka itu sebabnya

Ayah selalu menasehati setiap kesalahan anak-anaknya

Ayah mampu menepis air matanya, karena Tuhan memberi

bahu yang kuat untuk menopang kesedihan.

Cinta Ayah itu terkadang tak terlihat,

karena memang ia tak pandai untuk menunjukkannya



Terimakasih Ayah untuk segalanya, cinta tulus dan tanpa syarat darimulah yang membuat saya bisa seperti sekarang ini.

Terimakasih Ibu kerena aku memahami air mata. Dan karena Engkau pula aku memahami cinta yang sebenarnya, cinta yang tidak bisa diberikan oleh orang lain.

"Ibu bagaikan pintu untuk jalan keluar semua masalah dan Ayah adalah rumah untuk semua anak berindung dari semua masalah"

MOTTO " Takut Akan Tuhan Adalah Permulaan Pengetahuan

Tetapi, Orang Bodoh Menghina Hikmat Dan Didikan" Amsal 1-7

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul "**Asuhan Kebidanan Pada Ny. T Usia 28 tahun P₁A₂ Post Curettage Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 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 menjatuhkan saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, Mei 2017

Yang membuat pernyataan,



Ismawati Waniwati

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. T USIA 28 TAHUN P₁A₂ POST CURETTAGE
ATAS INDIKASI KEHAMILAN EKTOPIK
TERGANGGU DENGAN TINDAKAN LAPAROTOMI
DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2018¹**

Lismawati W², Ria Oktaviance S³

INTISARI

Latar Belakang: Lebih dari 60% kehamilan ektopik terjadi pada wanita 20-30 tahun dengan sosio-ekonomi rendah dan tinggal di daerah dengan prevalensi gonore dan prevalensi tuberkulosa yang tinggi. Di Indonesia angka kematian ibu adalah 330/100.000 persalinan hidup. Kematian ibu diperkirakan sekitar 16.500-17.500 per tahun. Sepertiga diantaranya akibat pelayanan gugur-kandungan. Penanganan pada kehamilan ektopik terganggu adalah dengan tindakan Laparotomi yang bertujuan mengangkat hasil pembuahan, memperbaiki struktur sekitarnya dan menghentikan perdarahan

Tujuan Penelitian : Melakukan Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Ny.T Usia 28 tahun P₁A₂ Post Curettage atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu dengan Tindakan Laparotomi menggunakan metode pendekatan tujuh langkah varney

Metode Pengumpulan Data : Menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan oleh penulis melalui pendekatan manajemen kebidanan. Kasus yang diamati penulis dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah Asuhan Kebidanan Pada Ny. T Usia 28 tahun P₁A₂ Post Curettage Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

Hasil Dan Kesimpulan : Hasil dari pemantauan selama dilakukan asuhan kepada ibu dengan post curettage atas indikasi kehamilan ektopik terganggu dengan tindakan laparotomi terjadi perubahan yang baik dimana si ibu sudah dapat melakukan mobilisasi secara bertahap, nyeri yang dialami ibu sudah tidak dirasakan lagi, bekas luka operasi sudah kering dan tetap dilakukan perawatan luka sehingga dapat disimpulkan selama evaluasi ini keadaan umum ibu baik.

Kata Kunci : Kehamilan, Kehamilan Ektopik

Referensi : (2008-2018)

¹ Judul Penulisan Studi Kasus

² Mahasiswa Prodi D-III Midwifery STIKes Santa Elisabeth Medan

³ Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MIDWIFERY CARE ON NY.T AGE 28 YEARS G3P1A1 POST CURETTAGE ON
DISTURBED ECTOPIC PREGNANCY INDICATION WITH LAPAROTOMY
ACTION AT SANTA ELISABETH HOSPITAL MEDAN¹**

Lismawati W², Ria Oktaviance S³

ABSTRACT

Background: Ectopic pregnancies are impaired including high-risk pregnancies that can be marked by either spotting or moderate bleeding that can be life-threatening to the mother. Based on worldwide WHO research, there is a maternal mortality of 500,000 lives per year and infant mortality in particular 10 million neonates per year. More than 60% of ectopic pregnancies occur in women aged 20-30 with low socio-economic and live in areas with high prevalence of gonorrhea and tuberculosis prevalence. In Indonesia the maternal mortality rate is 330/100,000 live births. Maternal mortality is estimated at about 16,500-17,500 per year. One-third of them are due to falling-out services.

Objective: Performing a Craving Care in Pregnant Women Mrs.T Age 28 years old G3P1A1 with Disturbed Ectopic Pregnancy using a seven step Varney approach

Data Collection Method: Using descriptive method with case study approach implemented by author through approach of midwifery management. The case observed by the author in this Final Report is Mrs. T Age 28 years G3P1A1 with Disturbed Ectopic Pregnancy at Saint Elizabeth Hospital Medan Year 2018.

Results And Conclusions: Gain real experience on the implementation of Midwifery care in pregnant women with Disturbed Ectopic Pregnancy at Saint Elizabeth Hospital Medan. Implementation of midwifery care in pregnant women with Disturbed Ectopic Pregnancy at Saint Elizabeth Hospital Medan is in accordance with the existing theory and hope can be used as input by students so as to provide broad insight into the quality of midwifery services according to midwifery care standards through the approach of midwifery care management in pregnant women with Disturbed Ectopic Pregnancy.

Keywords: Pregnancy, Ectopic Pregnancy

Reference: (2008-2018)

¹Disturbed Ectopic Pregnancy

²Midwifery DIII Institute Of Health Science Saint Elizabeth Medan

³Lecturer Institute Of Health Science Saint Elizabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Pada Ny. T Usia 28 tahun P₁A₂ *Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018”. Laporan Tugas Akhir ini dibuat sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi D3 Kebidanan.

Penulis menyadari masih banyak kesalahan baik 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 mengalami kesulitan dan hambatan, karena keterbatasan kemampuan dan ilmu akan tetapi berkat bantuan dan bimbingan yang sangat berarti dan berharga dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang memberikan motivasi, bimbingan dan fasilitas kepada penulis dengan penuh perhatian khusus kepada :

1. Mestina Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua STIKes St. Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Kebidanan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, SSiT., M.KM selaku Ketua Program Studi D3 Kebidanan STIKes St. Elisabeth Medan.
3. Flora Naibaho, SST., M.Kes dan Risda Mariana Manik, SST., M.KM Selaku Koordinator Laporan Tugas Akhir.

4. dr. Maria Christina, MARS selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian.
5. Sr. M. Martini FSE, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Wadir Keperawatan Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan prktek dan melakukan penelitian.
6. Ria Oktaviance Simorangkir, SST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Laporan Tugas akhir dan Dosen Pembimbing Akademik yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dan telah meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
7. Bernadetta Ambarita, SST., M.Kes dan Ermawaty A. Siallagan, SST., M.Kes selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan motivasi dalam penyelesaian tugas akhir saya.
8. Staff Dosen STIKes St. Elisabeth Medan yang telah banyak membantu penulis dalam penyelesaian laporan ini.
9. Ibu Tioroma Silalahi, Amd.Keb., sebagai Kepala Ruangan St. Elisabeth di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian.
10. Kepada keluarga tercinta, Ayahanda Drs. Gelifati Waruwu dan Ibunda Melina Harefa. Adik saya Boy Waruwu dan Viktor Waruwu yang telah menjadi motivator terbaik dan selalu mendoakan, memberi semangat serta berpartisipasi dalam memberikan dorongan, baik secara material maupun moral.
11. Kepada Sr. Flaviana, FSE dan Sr. Avelina, FSE serta Ibu Ida Tamba selaku Koordinator Asrama dan Ibu Asrama St. Agnes yang telah sabar membimbing dan memotivasi penulis selama tinggal di asrama Santa Elisabeth Medan.
12. Seluruh mahasiswa Prodi D3 kebidanan STIKes St. Elisabeth Medan Angkatan XV, yang telah ikut membantu dan terlibat dalam penulisan laporan ini.

Atas kerjasama dan partisipasi yang baik dari semua pihak di atas, penulis mengucapkan terima kasih. Semoga laporan ini bermanfaat dan dapat menambah wawasan serta pengetahuan dalam pembangunan kesehatan masyarakat.

Medan, Mei 2018

Lismawati Waruwu

STIKes Santa Elisabeth
Medan

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
LEMBAR RIWAYAT HIDUP	
LEMBAR PERSEMBAHAN DAN MOTTO	
LEMBAR PERNYATAAN	
INTISARI	
ABSTRAC	
KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR LAMPIRAN	

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Studi Khusus.....	3
1.4 Manfaat Studi Kasus.....	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan	7
2.1.1 Pengertian Kehamilan	7
2.1.2 Etiologi Kehamilan	7
2.1.3 Tanda Gejala Kehamilan.....	9
2.1.4 Perubahan Fisiologis Dalam Kehamilan	12
2.1.5 Perubahan Psikologis Dalam Kehamilan	14
2.1.6 Tanda Bahaya Pada Kehamilan.....	20
2.2 Kehamilan Ektopik Terganggu.....	33
2.2.1 Pengertian Kehamilan Ektopik Terganggu	33
2.2.2 Etiologi	34
2.2.3 Gambaran Klinis	36
2.2.4 Pengelolaan Kehamilan Ektopik Terganggu.....	37
2.2.5 Penatalaksanaan.....	39
2.3 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan.....	41
2.3.1 Manajemen Kebidanan.....	41
2.3.2 Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney	42
2.3.3 Metode Pendokumentasian Kebidanan.....	45
2.3.4 Dokumentasi SOAP.....	46

BAB III METODE STUDI KASUS

3.1 Jenis Studi Kasus.....	48
3.2 Lokasi Studi Kasus.....	48
3.3 Subjek Studi Kasus	49
3.4 Teknik Pengambilan Studi Kasus.....	49

3.5 Instrumen Studi Kasus	51
3.6 Alat dan Bahan Yang Digunakan	51

BAB IV PEMBAHASAN

4.1. Tinjauan Kasus	52
4.2 Pembahasan	67

BAB V PENUTUP

5.1. Kesimpulan	72
5.2. Saran	73

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

STIKes Santa Elisabeth
Medan

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jadwal Imuniasi TT.....	31
Tabel 2.2 Terapi Methotrexate Sebagai Terapi Primer Kehamilan Ektopik.....	40
Tabel 2.3 Keterkaitan antara proses manajemen kebidanan dan pendokumentasian asuhan kebidanan	47

STIKes Santa Elisabeth
Medan

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Studi Kasus
2. Jadwal Studi Kasus
3. Surat Rekomendasi dari Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
4. Lembar Observasi
5. Data Mentah
6. Leaflet
7. Lembar Konsultasi

STIKes Santa Elisabeth
Medan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan proses yang alamiah dan normal. Perubahan yang terjadi pada wanita hamil merupakan fisiologis dan bukan patologis. Asuhan yang diberikan mengandung konsep asuhan sayang ibu sehingga mengacu pada penggunaan cara sederhana dan menghindari segala bentuk prosedur serta intervensi yang tidak dibutuhkan. Asuhan yang dilakukan ditunjang oleh pengibatan berdasarkan bukti (evidencce ce based medicine) sehingga bersifat aman bagi keselamatann ibu (Lyndon, 2014).

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

Kehamilan ektopik terganggu adalah termasuk kehamilan dengan resiko tinggi yang dapat ditandai oleh perdarahan baik berupa bercak maupun sedang yang dapat mengancam jiwa ibu. Resiko kehamilan ektopik ini sangat besar, biasanya akan terjadi perdarahan yang menjadi penyebab angka kematian ibu di Indonesia. Kehamilan ektopik ini harus segera di akhiri dengan cara di operasi untuk menyelamatkan penderita dari resiko yang sangat besar.

Lokasi kehamilan ektopik meliputi kehamilan tuba (interstisial, ampula tuba, istmus tubaosteum tuba eksternum). Fungsi normal tuba adalah transportasi ovum, spermatozoa dan zigot; tempat terjadinya konsepsi; tumbuh kembang zigot

menjadi blastokis untuk siap melakukan nidasi pada endometrium dan menjadi tempat transportasi hasil konsepsi menuju uterus untuk nidasi (Manuaba, 2008).

Berdasarkan penelitian WHO di seluruh dunia, terdapat kematian ibu sebesar 500.000 jiwa per tahun dan kematian bayi khususnya neonates 10.000.000 jiwa per tahun. Kematian ibu hingga saat ini masih menjadi masalah utama di dalam bidang kesehatan Ibu dan Anak. Angka kematian ibu dan bayi merupakan tolak ukur dalam penilaian kesehatan suatu bangsa (Lyndon, 2014).

Di Indonesia angka kematian ibu adalah 330/100.000 persalinan hidup. Kematian ibu diperkirakan sekitar 16.500-17.500 per tahun. Sepertiga diantaranya akibat pelayanan gugur-kandungan (Manuaba, 2008).

Sekitar 20% wanita dengan kehamilan ektopik terganggu yang datang ke rumah sakit dalam keadaan syok dan membutuhkan pengobatan darurat. Diagnosa suatu kehamilan ektopik bias sukar. Pengobatan bisa secara medis atau tindakan bedah, berdasarkan stadium dan tempat kehamilan. Beberapa wanita dengan kehamilan ektopik sadar bahwa mereka hamil sedang yang lain tidak menyadarinya (Lyndon, 2010).

Riset World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa, KET merupakan penyebab satu dari 200 (5-6%) mortalitas maternal di negara maju. Dengan 60.000 kasus setiap tahun atau 3% dari populasi masyarakat, angka kejadian KET di Indonesia diperkirakan tidak jauh berbeda dengan negara maju, Lebih dari 60% kehamilan ektopik terjadi pada wanita 20-30 tahun dengan sosio-ekonomi rendah dan tinggal didaerah dengan prevalensi gonore dan prevalensi tuberkulosa yang tinggi (Pricilia, 2015).

Angka kejadian kehamilan ektopik terganggu di Indonesia menurut WHO diperkirakan tidak berbeda jauh dengan di Amerika Serikat, sekitar 60.000 kasus setiap tahun atau 0,03% dari seluruh populasi masyarakat (Deanette, 2013) .

Kejadian kehamilan ektopik tidak sama diantara senter pelayanan kesehatan. Hal ini bergantung pada kejadian Sapingitis seseorang. Di Indonesia 5-6 per seribu kehamilan. Patofisiologis terjadinya kehamilan ektopik tersering karena sel telur yang sudah dibuahi dalam perjalanannya menuju endometrium tersendat sehingga embrio sudah berkembang sebelum mencapai kavum uteri dan akibatnya akan tumbuh diluar rongga rahim (Sarwono, 2008).

Penanganan pada kehamilan ektopik terganggu adalah dengan tindakan Laparotomi yang bertujuan mengangkat hasil pembuahan, memperbaiki struktur sekitarnya dan menghentikan perdarahan, dimana keberhasilan tindakan ini lebih disukai oleh wanita dibandingkan tindakan Laparoskopi (Lyndon, 2014).

Untuk memenuhi pencapaian kompetensi visi misi prodi D3 kebidanan tentang Kegawatdaruratan *Maternal Neonatal* maka di temukan kasus Kehamilan Ektopik Terganggu di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada bulan Maret tahun 2018, sehingga kasus ini diangkat dengan judul Asuhan Kebidanan Pada Ny. T Usia 28 tahun P₁A₂ *Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

1.2 Rumusan Masalah

Perumusan masalah dalam studi kasus ini adalah “Bagaimana Asuhan Kebidanan Pada Ny. T Usia 28 tahun *P₁A₂ Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018”.

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ny. T Usia 28 tahun *P₁A₂ Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi menggunakan metode pendekatan tujuh langkah varney

1.3.2 Tujuan Khusus

a. Mahasiswa Mampu

1. Melakukan pengkajian Asuhan Kebidanan Pada Ny. T Usia 28 tahun *P₁A₂ Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018
2. Menginterpretasikan data yang meliputi diagnosa Kebidanan masalah dan kebutuhan Pada Ny. T Usia 28 tahun *P₁A₂ Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018
3. Menentukan diagnosa potensial Pada Ny. T Usia 28 tahun *P₁A₂ Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan

Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018

4. Mengantisipasi penanganan atas tindakan Pada Ny. T Usia 28 tahun P₁A₂ *Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018
5. Menyusun rencana asuhan Pada Ny. T Usia 28 tahun P₁A₂ *Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018
6. Melakukan rencana tindakan yang telah disusun Pada Ny. T Usia 28 tahun P₁A₂ *Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018
7. Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan yang diberikan Pada Ny. T Usia 28 tahun P₁A₂ *Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Teoritis

Dapat digunakan untuk menambah ilmu pengetahuan dan keterampilan secara langsung dalam memberikan asuhan kebidanan terhadap deteksi dini Kehamilan Ektopik Terganggu pada ibu hamil.

1.4.2 Praktis

a. Institusi Kesehatan

Sebagai bahan referensi untuk mengetahui tingkat kemampuan dan komunikasi mahasiswa setelah menempuh kegiatan belajar mengajar selama 6 semester serta sebagai bahan masukan dalam melaksanakan asuhan kebidanan ibu hamil dengan Kehamilan Ektopik Terganggu untuk meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

b. Penulis

Untuk menambah pengetahuan mahasiswa tentang asuhan pada ibu hamil dengan Kehamilan Ektopik Terganggu.

c. Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dalam melaksanakan asuhan kebidanan ibu hamil dengan Kehamilan Ektopik Terganggu untuk meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

d. Klien

Agar pasien dan keluarga mengetahui tanda-tanda Kehamilan Ektopik Terganggu pada ibu hamil

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

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

Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial didalam keluarga. Pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir namun terkadang tidak sesuai dengan yang diharapkan. Sulit diketahui sebelumnya bahwa kehamilan akan menjadi masalah. Sistem penilaian risiko tidak dapat memprediksi apakah ibu hamil akan bermasalah selama kehamilannya.

2.1.2 Etiologi Kehamilan

Untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi) dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi. Setiap spermatozoa terdiri atas tiga bagian yaitu kaput atau kepala yang berbentuk lonjong agak gepeng dan mengandung bahan nucleus, ekor dan bagian yang silindrik (leher)

menghubungkan kepala dengan ekor. Dengan getaran ekornya spermatozoa dapat bergerak dengan cepat (Sarwono,2014).

1. Pembuahan

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa kedalam ovum, fusi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi genetik. Untuk mencapai ovum, spermatozoa harus melewati korona radiata (lapisan sel diluar ovum) dan zona pelusida (suatu kelompok bentuk glikoprotein ekstraseluler), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa.

2. Nidasi

Selanjutnya pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista (blastocyst), suatu bentuk yang dibagian luarnya adalah trofoblas dan dibagian dalamnya disebut massa inner cell. Trofoblas yang mempunyai kemampuan menghancurkan dan mencairkan jaringan menemukan endometrium dalam masa sekresi, dengan sel-sel desidua. Sel-sel desidua ini besar-besar dan mengandung lebih banyak glikogen serta mudah dihancurkan oleh trofoblas. Nidasi diatur oleh suatu proses yang kompleks antara trofoblas dan endometrium.

3. Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasenta dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi.

2.1.3 Tanda Gejala Kehamilan

a. Tanda Tidak Pasti Hamil (*Probable Signs*)

1. Amenorea

Bila seorang wanita dalam masa mampu hamil, apabila sudah menikah mengeluh tidak mendapat haid, maka pikirkan bahwa dia hamil, meskipun keadaan stres, obat-obatan, penyakit kronis dapat pula mengakibatkan terlambat haid.

2. Mual dan Muntah

Mual dan muntah merupakan gejala umum, mulai dari rasa tidak enak sampai muntah yang berkepanjangan. Dalam kedokteran sering dikenal dengan *morning sickness* karena sering muncul saat pagi hari.

3. Mengidam

Sering meminta makanan / minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama, tidak tahan suatu bau-bauan. Dan biasanya tidak tahan dengan suatu bau-bauan.

4. Anoreksia

Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan kemudian nafsu makan timbul kembali.

5. Pingsan

Bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat bisa pingsan.

6. Mammae membesar

Mammae membesar, tegang dan sedikit nyeri disebabkan pengaruh *estrogen* dan *progesteron* yang merangsang *duktus* dan *alveoli* payudara. Kelenjar *montgomery* terlihat membesar.

7. Sering Miksi

Miksi sering terjadi karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan.

8. Konstipasi / obstipasi

Konstipasi terjadi karena tonus otot usus menurun oleh pengaruh hormon *steroid*.

9. Pigmentasi kulit

Pigmentasi kulit oleh pengaruh hormon *kortikosteroid* plasenta, dijumpai di muka (*Chloasma gravidarum*), *areola* payudara, leher dan dinding perut (*linea nigra=grisea*).

10. Epulis

Biasanya dapat disebut juga *hipertrofi* dari papil gusi.

11. Pemekaran vena-vena (varises).

b. Tanda Tanda Kemungkinan Hamil

1. Terjadi Pembesaran Abdomen

Pembesaran perut menjadi nyata setelah minggu ke- 16, karena pada saat itu uterus telah keluar dari rongga pelvis dan menjadi rongga perut (EGC,2008).

2. Tanda Hegar

Tanda ini merupakan perlunakan pada daerah isthmus uter, sehingga daerah tersebut pada penekanan mempunyai kesan lebih tipis dan uterus mudah difleksikan. Dapat diketahui melalui pemeriksaan bimanual. Tanda-tanda ini mulai terlihat pada minggu ke-6 dan menjadi nyata pada minggu ke 7-8.

3. Tanda Goodell's

Diketahui melalui pemeriksaan bimanual, serviks terasa lebih lunak. Penggunaan kontrasepsi ini juga dapat memberikan dampak ini.

4. Tanda Chadwick

Dinding vagina mengalami kongesti, warna kebiru biruan.

5. Tanda Mc Donald

Fundus uteri dan serviks bisa dengan mudah difleksikan satu sama lain dan tergantung pada lunak atau tidaknya jaringan isthmus.

6. Kontraksi Uterus

Tanda ini muncul belakangan pada pasien mengeluh perutnya kencang tetapi tidak disertai rasa sakit.

7. Pemeriksaan Tes Biologis kehamilan

Pada pemeriksaan ini hasilnya positif, dimana kemungkinan positif palsu.

c. Tanda Pasti Hamil

1. Denyut Jantung Janin

Dapat didengar dengan stetoskop laennec pada minggu 17-18. Pada orang gemuk, lebih lambat. Dengan stetoskope ultrasonic (doppler), DJJ dapat didengarkan lebih awal lagi, sekitar minggu ke-12. Melakukan auskultasi pada janin bisa juga mengidentifikasi bunyi bunyi yang lain, seperti: bising tali pusat, bising uterus dan nadi ibu (EGC,2008).

2. Palpasi

Yang harus ditentukan adalah outline janin. Biasanya menjadi jelas setelah minggu ke-22. Gerakan janin dapat dirasakan dengan jelas setelah minggu 24 (EGC,2008).

3. USG

Alat ini menjadi sangat penting dalam diagnosis kehamilan dan kelainan kelainan karena gelombang suara sampai saat ini tidak dinyatakan tidak bahaya. Pada minggu ke-6, sudah terlihat adanya gestasional sac atau kantong kehamilan. Pada minggu 6-7: kutub janin; 7-8: denyut jantung;8-9: gerak janin; 9-10: plasenta;11-12: BPD (Biparietal Diameter). Adanya 2 GS (*gestasional sac*) pada minggu ke-6 sudah dapat menentukan adanya kehamilan kembar (EGC, 2008).

2.1.4 Perubahan Fisiologi dalam Kehamilan

a. Sistem Kardiovaskular

1. Hipertrofit jantung akibat peningkatan volume darah dan curah jantung
2. Pergeseran jantung ke atas dan ke kiri akibat tekanan pada diafragma
3. Peningkatan progresif volume darah yang mencapai puncaknya dalam trimester ketiga sebesar 30 % hingga 50% dari tingkat sebelum hamil
4. Peningkatan frekuensi jantung peningkatan gradual selama trimester kedua yang mungkin mencapai 10 hingga 15 kali per menit di atas tingkat sebelum hamil.
5. Selama trimester ketiga, frekuensi jantung dapat meningkat sebesar 15 hingga 20 kali per menit di atas tingkat sebelum hamil.
6. Relaksasi otot polos dan dilatasi arteriola yang mengakibatkan vasodilatasi akibat peningkatan kadar progesteron pada awal kehamilan tekanan sistolik dan diastolik dapat mengalami penurunan hingga 5 sampai 10 mmHg.
7. Peningkatan curah jantung terjadi peningkatan sampai sebesar 50% pada kehamilan 32 minggu peningkatan curah jantung ini disebabkan oleh peningkatan kebutuhan jaringan akan oksigen dan peningkatan isi sekuncup (stroke volume) tekanan darah akan mencapai tingkat tertinggi ketika berbaring miring atau pada sisi tubuhnya akan mengurangi tekanan dalam pembuluh darah besar sehingga meningkatkan vena return ke jantung mencapai tingkat terendah ketika pasien berbaring terlentang.

b. Sistem Gastrointestinal

1. Pembengkakan gusi akibat peningkatan kadar estrogen: gusi dapat menjadi lunak seperti spons.
2. Pergeseran intestinum lateral dan posterior pergeseran lambung
Konstipasi akibat peningkatan kadar progesteron sehingga terjadi peningkatan absorpsi air dalam kolon.

c. Sistem Integumen

1. Hiperaktivitas kelenjar keratin dan kelenjar sebacea hiperpigmentasi akibat peningkatan melanocyte-stimulating hormone (MSH) yang disebabkan oleh peningkatan kadar estrogen dan progesteron puting susu, areola, serviks, vagina dan vulva bertambah gelap.
2. Striae gravidarum (garutan berwarna merah atau kemerahan pada sisi dinding abdomen dan kadang-kadang pula pada paha) dan linea nigra (garis gelap yang membentang dari umbilikus atau di atas mons pubis)
3. Perubahan payudara seperti pembesaran kolostrum

2.1.5 Perubahan Psikologis Kehamilan

a. Trimester I

1. Rasa Cemas Bercampur Bahagia

Perubahan psikologis yang paling menonjol pada usia kehamilan trimester pertama ialah timbulnya rasa cemas dan ragu sekaligus disertai rasa bahagia. Munculnya rasa ragu dan khawatir sangat berkaitan pada kualitas kemampuan untuk merawat dan mengasuh bayi dan

kandungannya, sedangkan rasa bahagia dikarenakan dia merasa sudah sempurna sebagai wanita yang dapat hamil.

2. Perubahan Emosional

Perubahan-perubahan emosi pada trimester pertama menyebabkan adanya penurunan kemauan berhubungan seksual, rasa letih dan mual, perubahan suasana hati, cemas, depresi, kekhawatiran ibu tentang kesejahteraannya dan bayinya, kekhawatiran pada bentuk penampilan diri yang kurang menarik dan sebagainya.

3. Sikap Ambivalen

Sikap *ambivalen* menggambarkan suatu konflik perasaan yang bersifat simultan, seperti cinta dan benci terhadap seseorang, sesuatu atau kondisi.⁷ Meskipun sikap *ambivalen* sebagai respon individu yang normal, tetapi ketika memasuki fase pasca melahirkan bisa membuat masalah baru. Penyebab *ambivalensi* pada ibu hamil yaitu perubahan kondisi fisik, pengalaman hamil yang buruk, ibu karier, tanggung jawab baru, rasa cemas atas kemampuannya menjadi ibu, keuangan dan sikap penerimaan keluarga terdekatnya.

4. Ketidakyakinan atau Ketidakpastian

Awal minggu kehamilan, ibu sering tidak merasa tidak yakin pada kehamilannya. Dan hal ini diperparah lagi jika ibu memiliki masalah emosi dan kepribadian. Meskipun demikian pada kebanyakan ibu hamil terus berusaha untuk mencari kepastian bahwa dirinya sedang hamil dan harus membutuhkan perhatian dan perawatan khusus buat bayinya.

5. Perubahan Seksual

Selama trimester pertama keinginan seksual wanita menurun. Hal-hal yang menyebabkannya berasal dari rasa takut terjadi keguguran sehingga mendorong kedua pasangan menghindari aktivitas seksual.

6. Fokus pada Diri Sendiri

Pada bulan-bulan pertama kehamilan, sering kali pikiran ibu lebih berfokus kepada kondisi dirinya sendiri, bukan kepada janin. Meskipun demikian bukan berarti ibu kurang memperhatikan kondisi bayinya. Ibu lebih merasa bahwa janin yang dikandungnya menjadi bagian yang tidak terpisahkan.

7. Stres

Kemungkinan stres yang terjadi pada masa kehamilan trimester pertama bisa berdampak negatif dan positif, dimana kedua stres ini dapat mempengaruhi perilaku ibu. Terkadang stres tersebut bersifat intrinsik dan ekstrinsik. Stres ekstrinsik timbul karena faktor eksternal seperti sakit, kehilangan, kesendirian dan masa reproduksi.

8. Guncangan Psikologis

Terjadinya guncangan jiwa diperkirakan lebih kecil terjadi pada trimester pertama dan lebih tertuju pada kehamilan pertama.

a. Trimester II

Selama fase trimester kedua kehidupan psikologi ibu hamil tampak lebih tenang, namun perhatian ibu mulai beralih pada perubahan bentuk tubuh, kehidupan seks, keluarga dan hubungan batiniah dengan bayi yang

dikandungnya, serta peningkatan kebutuhan untuk dekat dengan figur ibu, melihat dan meniru peran ibu serta meningkatnya ketergantungan ibudan pasangannya.

Beberapa bentuk perubahan psikologi pada trimester kedua, yaitu :

1) Rasa Khawatir/Cemas

Kekhawatiran yang mendasar pada ibu ialah jika bayinya lahir sewaktu-waktu. Keadaan ini menyebabkan peningkatan kewaspadaan terhadap datangnya tanda-tanda persalinan. Hal ini diperparah lagi dengan kekhawatiran jika bayi yang dilahirkannya tidak normal. Paradigma dan kegelisahan ini membuat kebanyakan ibu berusaha mereduksi dengan cara melindungi bayinya dengan memakan vitamin, rajin kontrol dan konsultasi, menghindari orang atau benda-benda yang dianggap membahayakan bayinya.

2) Perubahan Emosional

Perubahan emosional trimester II yang paling menonjol yaitu periode bulan kelima kehamilan, karena bayi mulai banyak bergerak sehingga ibu mulai memperhatikan bayi dan memikirkan apakah bayinya akan dilahirkan sehat atau cacat. Rasa kecemasan ini terus meningkat seiring bertambahnya usia kehamilannya.

3) Keinginan untuk Berhubungan Seksual

Pada trimester kedua terjadi peningkatan energi *libido* sehingga pada kebanyakan ibu menjadi khawatir jika dia berhubungan seksual apakah ini dapat mempengaruhi kehamilan dan perkembangan janinnya.

Bentuk kekhawatiran yang sering terjadi adalah apakah ada kemungkinan janinnya cedera akibat penis, *orgasme* ibu, atau *ejakulasi*. Meskipun demikian, yang perlu diketahui hubungan seks pada masa hamil tidak berpengaruh karena janin dilindungi cairan *amnion* di dalam uterus.

b. Trimester III

1. Rasa Tidak Nyaman

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan pada kebanyakan ibu merasa bentuk tubuhnya semakin jelek. Selain itu, perasaan tidak nyaman juga berkaitan dengan adanya perasaan sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil sehingga ibu membutuhkan dukungan dari suami, keluarga, bidan.

2. Perubahan Emosional

Pada bulan-bulan terakhir menjelang persalinan perubahan emosi ibu semakin berubah-ubah dan terkadang menjadi tak terkontrol. Perubahan emosi ini bermuara dari adanya perasaan khawatir, cemas, takut, bimbang dan ragu jangan-jangan kondisi kehamilannya saat ini lebih buruk lagi saat menjelang persalinan atau kekhawatiran dan kecemasan akibat ketidakmampuannya dalam menjalankan tugas-tugas sebagai ibu pasca kelahiran bayinya.

Dukungan psikologi yang diberikan pada ibu hamil yaitu :

a. Dukungan Suami

Dukungan suami yang bersifat positif kepada istri yang hamil akan memberikan dampak positif terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin, kesehatan fisik dan psikologis ibu. Bentuk dukungan suami tidak cukup dari sisi finansial semata, tetapi berkaitan dengan cinta kasih, menanamkan rasa percaya diri, komunikasi terbuka dan jujur, sikap peduli, perhatian, tanggap dan kesiapan menjadi ayah.

b. Dukungan Keluarga Wanita

Dukungan keluarga ibu hamil sering kali merasakan ketergantungan terhadap orang lain, namun sifat ketergantungannya akan menjadi besar ketika mendekati persalinan. Sifat ini dipengaruhi kebutuhan rasa aman, terutama keamanan dan keselamatan saat melahirkan. Dukungan keluarga besar menambah percaya diri dan kesiapan mental ibu pada masa hamil dan ketika menghadapi persalinan.

c. Tingkat Kesiapan Personal Ibu

Kesiapan personal merupakan modal besar bagi kesehatan fisik dan psikis ibu. Hal yang berkaitan dengan kesiapan personal adalah kemampuan untuk menyeimbangkan perubahan-perubahan fisik dengan kondisi psikologisnya sehingga beban fisik dan mental bisa dilaluinya dengan sukacita, tanpa stres atau depresi.

d. Pengalaman Traumatis Ibu

Trauma yang terjadi pada ibu hamil dipengaruhi oleh sikap, mental dan kualitas diri ibu tersebut. Terjadinya ketakutan seperti ini secara berlebihan akan menghambat dan mengganggu imun mental ibu. Beban trauma yang berat akan mempengaruhi janin dan ibu. Ibu akan sulit berpikir, sulit mengendalikan emosi, impulsif, takut dan sebagainya.

e. Tingkat Aktivitas Ibu

Dokter menganjurkan ibu untuk melakukan latihan *prenatal* yang telah dirancang khusus untuk wanita hamil. Latihan yang menguntungkan bagi wanita hamil adalah latihan menguatkan dinding perut yang akan menopang uterus dan otot panggul, latihan kaki untuk meningkatkan sirkulasi dan menghindari kram otot.

2.1.6 Tanda Bahaya Pada 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.

1. Tanda-tanda bahaya kehamilan pada TM 1

a. 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 ringannya penyakit.

Mual muntah dapat diatasi dengan:

1. Makan sedikit tapi sering
2. Hindari makanan yang sulit dicerna dan berlemak
3. Jaga masukan cairan, karena cairan lebih mudah ditolelir daripada makanan padat.
4. Selingi makanan berkuah dengan makanan kering. Makan hanya makanan kering pada satu waktu makan, kemudian makanan berkuah pada waktu berikutnya.
5. Jahe merupakan obat alami untuk mual. Cincang dan makan bersama sayuran serta makanan lain.
6. Isap sepotong jeruk yang segar ketika merasa mual
7. Hindari hal-hal yang memicu mual, seperti bau, gerakan atau bunyi

8. Istirahat cukup
9. Hindari hal-hal yang membuat Anda berkeringat atau kepanasan, yang dapat memicu rasa mual

b. 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 pervaginam yaitu:

1. Abortus

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau Janin belum mampu hidup diluar kandungan.

Macam-macam abortus yaitu:

a. Abortus Imminens

Abortus imminens adalah peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, hasil konsepsi masih didalam uterus dan tanpa adanya dilatasi serviks. Diagnosis abortus imminens ditentukan bila pada wanita hamil terjadi perdarahan melalui ostium uteri eksternum, disertai mules-mules sedikit atau tidak sama sekali, besarnya uterus sesuai dengan usia kehamilan, serviks belum membuka, dan tes kehamilan positif. Penanganan: tidak perlu pengobatan khusus atau tirah baring total, jangan melakukan aktivitas fisik berlebihan atau hubungan seksual, jika: perdarahan berhenti lakukan asuhan antenatal seperti biasa. Lakukan penilaian jika perdarahan terjadi lagi. Perdarahan terus berlangsung nilai kondisi janin (uji kehamilan atau USG) lakukan konfirmasi kemungkinan adanya penyebab lain.

b. Abortus Insiapiens

Abortus insipiens adalah peristiwa perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat, tetapi hasil konsepsi masih dalam uterus. Penanganannya: bila ada tanda-tanda syok maka atasi dulu dengan pemberian cairan dan transfusi darah. Kemudian keluarkan jaringan secepat mungkin dengan metode digital dan kuretase. Setelah itu beri obat-obat uterotonika dan antibiotika.

c. Abortus Inkomplit

Abortus inkomplit adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal didalam serviks.

Pada pemeriksaan vaginam, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam cavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum.

Penanganannya: bila ada tanda-tanda syok maka atasi dulu dengan pemberian cairan dan tranfusi darah. Kemudian keluarkan jaringan secepat mungkin dengan metode digital dan kuretase. Setelah itu beri obat-obat uterotonika dan antibiotika.

d. Abortus komplit

Pada abortus kompletus semua hasil konsepsi sudah keluar, ditemukan perdarahan sedikit, ostium uteri telah menutup, dan uterus sudah mulai mengecil.

Diagnosis dapat dipermudah bila hasil konsepsi yang telah keluar dapat diperiksa apakah sudah keluar semua dengan lengkap. Penderita dengan abortus kompletus tidak memerlukan pengobatan secara khusus, hanya apabila ditemukan anemia perlu diberi sulfas ferrosus (tablet Fe) atau transfusi.

e. Missed abortion

Missed abortion adalah keadaan dimana janin sudah mati, tetapi tetap berada dalam rahim dan tidak dikeluarkan selama 2 bulan atau lebih. Penanganan: berikan obat dengan maksud agar terjadi his sehingga fetus dan desidua dapat dikeluarkan, kalau tidak berhasil lakukan dilatasi dan kuretase. Hendaknya juga diberikan uterotonika dan antibiotika.

f. Kehamilan Ektopik Terganggu

Kehamilan ektopik terjadi bila ovum yang telah dibuahi berimplantasi dan tumbuh diluar cavum uteri. Pada keadaan ini besar kemungkinan terjadi keadaan gawat. Keadaan gawat ini dapat terjadi apabila kehamilan ektopik terganggu.

Nyeri merupakan keluhan utama pada kehamilan ektopik terganggu. Pada rubtur tuba, nyeri perut bagian bawah terjadi secara tiba-tiba dan intensitasnya disertai dengan perdarahan yang menyebabkan penderita pingsan dan masuk dalam keadaan syok. Kehamilan ektopik terganggu sangat bervariasi, dari yang klasik dengan gejala perdarahan mendadak dalam rongga perut dan ditandai oleh abdomen akut sampai gejala samar-samar, sehingga sulit membuat diagnosis.

g. Kehamilan Mola

Mola hidatidosa adalah suatu kehamilan yang berkembang tanpa janin dan ditemukan jaringan seperti buah anggur.

Secara makroskopik mola hidatidosa mudah dikela yaitu berupa gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih, dengan ukuran bervariasi dari beberapa mm sampai 1-2 cm.

2. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan pada TM 2

a. 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.

b. 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-eklamsia. Masalah visual yang mengidentifikasikan 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-eklamsia berat yang mengarah pada eklamsia. Hal ini disebabkan adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks cerebri atau didalam retina (oedema retina dan spasme pembuluh darah).

c. 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-eklamsia. Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya hilang setelah beristirahat atau meninggikan kaki. 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.

d. Gerakan Janin Berkurang

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

3. Tanda-tanda bahaya Kehamilan pada TM 3

a. Perdarahan Pervaginam

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

b. 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.

c. 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.

d. 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.

Menurut Sadovsky jumlah rata-rata pergerakan fetus perminggu adalah 50-950 gerakan. Variasi hariannya yang paling rendah adalah 4-10 per 12 jam pada kehamilan normal.

e. 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.

f. 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.

g. 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.

h. 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.

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.

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. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

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.

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 FeSO_4 320 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 2.1. Jadwal Imuniasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu minimal pemberian Imunisasi TT	Lama Perlindungan
TT 1	-	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT1	3 Tahun
TT 3	6 bulan setelah TT2	6 Tahun
	12 bulan setelah TT3	10 Tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	> 25 Tahun

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 daambil 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 di rumah
- g) Menyepakati diantara pengambilan keputusan dalam keluarga tentang rencana proses kelahiran
- h) Persiapan dan biaya persalinan. (Prawiroharjo, Sarwono 2010)

2.2 Kehamilan Ektopik Terganggu

2.2.1 Pengertian Kehamilan Ektopik Terganggu

Kehamilan Ektopik adalah kehamilan yang berlangsung (bernidasi) diluar endometrium yang normal (kavum uteri). Perjalanan hasil konsepsi dapat terganggu dalam perjalanannya sehingga tersangkut dalam lumen tuba. Tuba fallopi tidak mempunyai kemampuan untuk berkembang dan menampung pertumbuhan janin sehingga setiap saat kehamilan yang terjadi, terancam pecah. Terdapat dua pengertian Ektopik Terganggu yng perlu mendapat perhatian yaitu

kehamilan ektopik adalah kehamilan yang berimplantasi diluar endometrium dan kehamilan ekstrauterin adalah kehamilan yang berimplantasi diluar uterus. Kehamilan ektopik merupakan kehamilan yang berbahaya karena tempat implantasinya tidak memberikan kesempatan untuk tumbuh kembang mencapai aterm (Manuaba, 2010).

Pada hampir semua kasus, kehamilan ektopik muli berkembang dalam tuba uterine, tetapi karena tuba begitu kecil, kehamilan tidak mungkin dilanjutkan dan meyebabkan tuba pecah. Namun. 100% kehamilan ektopik berakhir dengan kemia fetus, biasanya dalam delapan minggu pertama kehamilan. Sekitar 0,1% kehamilan ektopik berakhir dengan ibu bila struktur tempat fetus berkembang mengalami rupture sehingga menyebabkan perdarahan intraabdominal. Ini merupakan penyebab kematian ibu kedua yang paling sering akibat perdarahan setelah persalinan (Lyndon, 2010).

2.2.2 Etiologi

Kehamilan ektopik sudah banyak disebutkan karena secara patofisiologis mudah dimengerti sesuai dengan proses awal kehamilan sejak pembuahan sampai nidasi. Dengan demikian, faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya hambatan dalam nidasi embrio ke endometrium menjadi penyebab kehamilan ektopik (Sarwono, 2008). Faktor-faktor yang disebutkan adalah sebagai berikut:

1. Faktor Tuba

Adanya peradangan atau infeksi pada tuba yang menyebabkan lumen tuba menyempit atau buntu. Faktor tuba yang lain ialah adanya kelaianan endometriosis tuba atau divertikel saluran tuba yang bersifat kongenital. Adanya

tumor disekitar saluran tuba, misalnya mioma uteri atau tumor ovarium yang menyebabkan perubahan bentuk dan potensi tuba, juga dapat menjadi etiologi kehamilan ektopik.

2. Faktor abnormalitas dari zigot

Apabila tumbuh terlalu cepat atau tumbuh dengan ukuran besar, maka zigot akan tersendat dalam perjalanan pada saat melalui tuba, kemudian terhenti dan tumbuh disaluran tuba.

3. Faktor Ovarium

Bila ovarium memproduksi ovum dan ditangkap oleh tuba yang kontralateral, dapat membutuhkan proses khusus atau waktu yang lebih panjang sehingga kemungkinan terjadi kehamilan ektopik lebih besar.

4. Faktor hormonal

Pada akseptor, pil KB yang hanya mengandung progesterone dapat mengakibatkan gerakan tuba melambat. Apabila terjadi pembuahan dapat menyebabkan terjadinya kehamilan ektopik

5. Faktor lain

Termasuk disini antara lain adalah pemakaian IUD adanya peradangan yang dapat timbul pada endometrium dan endosalping, Abortus, Cacat bawaan pada tuba, seperti tuba sangat panjang, kehamilan ektopik sebelumnya serta faktor umur penderita yang sudah menua dan faktor perokok juga sering dihubungkan dengan terjadinya kehamilan ektopik terganggu.

Pada proses awal kehamilan apabila embrio tidak bisa mencapai endometrium untuk proses nidasi, maka embrio dapat tumbuh di saluran tuba dan

kemudian akan mengalami beberapa proses seperti kehamilan pada umumnya. Menurut Sarwono (2008), karena tuba bukan merupakan suatu media yang baik untuk pertumbuhan embrio, maka pertumbuhan dapat mengalami beberapa perubahan dalam bentuk berikut:

a. Hasil konsepsi Mati Dini dan Diresorpsi

Pada implantasi secara kolumnar, ovum yang dibuahi cepat mati karena vaskularisasi kurang dan dengan mudah terjadi resorpsi total. Dalam keadaan ini penderita tidak mengeluh apa-apa, hanya haidnya terlambat untuk beberapa hari.

b. Abortus ke dalam Lumen Tuba (Abortus Tubaria)

Perdarahan yang terjadi karena pembukaan pembuluh-pembuluh darah oleh vili korialis pada dinding tuba ditempat implantasi embrio dari dinding tersebut bersama-sama dengan robeknya pseudokapsularis. Abortus ke lumen tuba lebih sering terjadi pada kehamilan pars ampularis, sedangkan penembusan dinding tuba oleh vili korialis ke arah peritoneum biasanya terjadi pada kehamilan pars istmika. Perbedaan disebabkan oleh lumen pars ampularis yang lebih luas sehingga dapat mengikuti lebih mudah pertumbuhan hasil konsepsi jika dibandingkan dengan bagian istmus dengan lumen sempit.

2.2.3 Gambaran Klinis

Pada umumnya penderita menunjukkan gejala-gejala kehamilan muda, dan mungkin merasa nyeri sedikit dibagian perut bawah yang tidak seberapa dihiraukan. Apabila kehamilan ektopik mengalami penyulit atau terjadi rupture

pada tuba tempat lokasi nidasi maka timbul sakit perut mendadak yang kemudian disusul dengan syok atau pingsan (Buku Acuan Nasional, 2009).

Kuldosentesis adalah suatu cara pemeriksaan untuk mengetahui apakah dalam kavum Douglasi ada darah. Teknik ini dapat dilaksanakan dengan cara sebagai berikut:

1. Penderita dibaringkan dengan posisi litotomi
2. Vulva dan vagina dibersihkan dengan antiseptic
3. Speculum dipasang dan bibir belakang porsio dijepit dengan kavum serviks
4. Jarum spinal no. 18 ditusukkan kedalam kavum douglasi dan dengan semprit 10 ml dilakukan pengisapan, bila ditemukan:
 - a. Darah segar berwarna merah yang dalam beberapa menit akan membeku; darah ini berasal dari arteria atau vena yang tertusuk
 - b. Darah tua berwarna coklat sampai hitam yang tidak membeku atau yang berupa bekuan kecil; darah ini menunjukkan adanya hematokel retrouterina.

2.2.4 Pengelolaan Kehamilan Ektopik Terganggu

Sebagian besar kehamilan ektopik terjadi pada tuba falopii sehingga setiap gangguan pada tuba falopii yang disebabkan infeksi akan menimbulkan gangguan dalam perjalanan hasil konsepsi menuju rahim (Manuaba, 2010).

Gangguan pada lumen tuba falopii

1. Infeksi menimbulkan perlekatan ensalping menyempitkan lumen
2. Hypoplasia tuba falopii menyebabkan lumennya menyempit

Gangguan diluar tuba falopii

- a. Terdapat endometriosis tuba falopii sehingga memperbesar kemungkinan implantasi
- b. Terdapat divertikel pada lumen tuba falopii
- c. Terdapat perlekatan disekitar tuba falopii (tuba) sehingga memperkecil lumen tuba.
- d. Kemungkinan migrasi eksternal, sehingga hasil konsepsi tuba dalam keadaan blastula.

Penanganan kehamilan ektopik pada umumnya adalah Laparotomi. Dalam tindakan demikian harus diperhatikan dan dipertimbangkan yaitu: kondisi penderita saat itu, keinginan penderita akan fungsi reproduksinya, lokasi kehamilan ektopik, kondisi anatomic organ pelvis, dan kemampuan fertilisasi invitro setempat (Manuaba, 2008).

1. Kehamilan Pars Interstitialis Tuba

Terjadi bila ovum bernidasi pada pars interstitialis tuba. Keadaan ini jarang terjadi dan hanya 1% dari semua kehamilan tuba. Rupture pada keadaan ini terjadi pada kehamilan lebih tua, dapat mencapai akhir empat bulan.

2. Kehamilan Heterotopik

Kehamilan Heterotopik, merupakan kehamilan ganda dimana satu janin berada di kavum uteri, sedangkan yang lain merupakan kehamilan ektopik. Keadaan ini disebut kehamilan ektopik ganda (combined Ectopic Pregnancy). Frekuensinya berkisar 1 di antara 15.000-40.000. di Indonesia dilaporkan sudah ada beberapa kasus.

3. Kehamilan Ovarial

Diagnose kehamilan ini ditegakkan atas dasar 4 kriterium dari Spiegelberg, yakni (1) tuba pada sisi kehamilan harus normal, (2) kantong janin harus berlokasi pada ovarium, (3) kantong janin dihubungkan dengan uterus oleh ligamentum ovary proprium, (4) jaringan ovarium yang nyata harus ditemukan dalam dinding kantong janin. Pada kehamilan ovarial biasanya terjadi ruptur pada kehamilan muda dengan akibat perdarahan pada perut.

4. Kehamilan Ektopik Kronik

Terjadi setelah ruptur tuba atau abortus tuba dan selanjutnya janin dapat tumbuh terus karena mendapat cukup zat-zat makanan dan oksigen dari plasenta yang dapat meluaskan insersinya pada jaringan sekitarnya seperti tuba, uterus dan dinding panggul. Bila janin tetap tumbuh besar dapat bertahan hidup sebagai kehamilan abdominal.

2.2.5 Penatalaksanaan

Pada ruptur tuba segera dilakukan transfuse darah dan Laparotomi. Pada laparotomi perdarahan secepat mungkin dihentikan dengan menjepit bagian adneks yang menjadi sumber perdarahan. Antibiotika dan antiinflamasi. Sisa-sisa darah dikeluarkan dan dibersihkan sedapat mungkin supaya penyembuhan lebih cepat dan harus dirawat inap di rumah sakit (Sarwono, 2009).

A. Penanganan Dini:

Bila kehamilan ektopik di diagnosa sejak dini, sebelum gejala ruptur atau perdarahan, wanita bisa diobati secara medis tanpa tindakan bedah. Pengobatan ini cocok bagi wanita dengan kehamilan ektopik tanpa ruptur yang besarnya

lebih kecil dari 4cm (0,8in) yang terlihat dengan *ultrasound*. Obat yang disebut Methotrexate, yang mencegah penggandaan sel diberikan secara IM atau secara langsung pada kehamilan ektopik. Resolusi dipastikan dengan tes kehamilan dan ultrasound

Tabel 2.2: Terapi Methotrexate Sebagai Terapi Primer Kehamilan Ektopik

Regimen	Tindak Lanjut
Dosis Tunggal Methotrexate, 50mg/m ² IM	Ukur β -hCG hari ke-4 dan ke-7 a. Jika perbedaan $\geq 15\%$, ulangi setiap minggu sampai $< 15\text{mIU/mL}$ b. Jika perbedaan $< 15\%$, ulangi dosis methotrexate dan mulai dari hari pertama c. Jika terlihat aktivitas jantung janin pada hari ke-7, ulangi dosis methotrexate mulai dari hari pertama lagi. d. Terapi bedah jika kadar β -hCG tidak turun atau aktivitas jantung janin mnetap setelah tiga dosis methotrexate
Dosis Variabel a. Methotrexate, 1mg/kg IM, hari ke-1, 3, 5, 7 b. Leukovorin 0,1mg/kg IM, hari ke-2, 4, 6, 8	i. Lanjutkan injeksi sampai kadar β -hCG turun $> 15\%$ dalam 48 jam, atau setelah diberikan 4 dosis methotrexate ii. Kemudian setiap minggu sampai β -hCG $< 5,0\text{mIU/mL}$

B. Penanganan Bedah:

1. Penanganan kehamilan ektopik pada umumnya ialah Laparotomi. Dalam tindakan ini, beberapa hal yang harus diperhatikan dan dipertimbangkan yaitu: kondisi penderita, keinginan penderita akan fungsi reproduksinya, lokasi kehamilan ektopik, kondisi anatomic organ pelvis, serta kemampuan teknik bedah mikro dari dokter operator. Tindakan ini lebih disukai jika wanita tersebut secara hemodinamik tidak stabil atau jikalau tidak mungkin dilakukan Laparoskopi.

2. Laparoskopi hanya dapat digunakan sebagai alat bantu diagnostic terakhir untuk kehamilan ektopik apabila hasil penilaian prosedur diagnostic yang lain meragukan. Adanya darah dalam rongga pelvis mungkin mempersulit visualisasi alat kandungan, akan tetapi hal ini menjadi indikasi untuk dilakukan laparotomy (Sarwono, 2008). Keuntungan laparoskopi diagnostic antara lain adalah:

- a. Diagnosis definitif pada kebanyakan kasus
- b. Tindakan laparoskopi lebih murah dan masa pemulihan pasca operasi lebih singkat
- c. Sekaligus untuk mengangkat massa ektopik dengan laproskopi operatif
- d. Menyuntikkan agen kemoterapi kedalam massa ektopik secara langsung.

2.3 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

2.3.1 Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisir pikiran serta tindakan berdasarkan teori yang ilmiah, penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan untuk mengambil keputusan yang berfokus pada klien. Proses manajemen harus mengikuti urutan logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien. (Varney H, 2012)

Manajemen Kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang bidan yang memberikan arah / kerangka kerja dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya. Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan

yang utuh dan menyeluruh dari kepada kliennya, yang merupakan suatu proses manajemen kebidanan yang diselenggarakan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan-tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai dengan keputusan tindakan klinik yang dilakukan dengan tepat, efektif dan efisien prinsip .

2.3.2 Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney

1. Langkah 1: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara:

1. Keluhan pasien
2. Riwayat kesehatan klien
3. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital
4. Meninjau catatan terbaru dan catatan sebelumnya
5. Informasi Meninjau data laboratorium. Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber berkaitan dengan kondisi klien.

Bila klien mengalami komplikasi yang perlu di konsultasikan kepada dokter dalam penatalaksanaan maka bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus

yang di hadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga dalam pendekatan ini harus yang komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi / masukan klien yang sebenarnya dan valid. Kaji ulang data yang sudah di kumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat (Varney H, 2012).

2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan (Varney H, 2012).

3. Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga

merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potesial tidak terjadi (Varney H, 2012).

4. Langkah IV: Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus (Varney H, 2012).

5. Langkah V: Merencana Asuhan Secara Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari 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 psikologi (Varney H, 2012).

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut.

6. Langkah VI: Implementasi

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik.

2.3.3 Metode Pendokumentasian Kebidanan

Penerapan langkah asuhan kebidanan dengan pendekatan SOAP. Umumnya digunakan untuk pengkajian awal. Proses pencatatan dan pendokumentasian ini disebut dengan dokumentasi kebidanan (Varney H, 2012).

Secara umum, tujuan pencatatan asuhan kebidanan adalah

- a. Bukti pelayanan yang bermutu atau standar

- b. Tanggung jawab legal
- c. Informasi untuk perlindungan tenaga
- d. Data statistik untuk perencanaan layanan
- e. Informasi pembiayaan/asuransi
- f. Informasi untuk penelitian dan pendidikan
- g. Perlindungan hak pasien

2.3.4 Dokumentasi SOAP :

1. Pembuatan grafik metode SOAP merupakan pengelolaan informasi yang sistematis yang mengatur penemuan dan konklusi kita menjadi suatu asuhan
2. Metode ini merupakan intisari dari proses penatalaksanaan kebidanan guna menyusun dokumentasi kebidanan
3. SOAP merupakan urutan langkah yang dapat membantu bidan mengatur pola pikir bidan dalam memberikan asuhan yang menyeluruh

S: Data Subjektif

Berisi tentang data dari klien (segala bentuk pernyataan atau keluhan klien) diperoleh dari anamnesa yang merupakan ungkapan langsung

O: Data Objektif

Data yang diperoleh dari hasil observasi melalui pemeriksaan umum, fisik, obstetrik, penunjang (laboratorium, USG, inspekulo, VT, dll)

A: Analisis /Assessment

Kesimpulan berdasarkan dari data S dan O, meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlunya tindakan segera

P: Planning

Rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis, termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis atau laboratorium, serta konseling.

Tabel 2.3: Keterkaitan antara proses manajemen kebidanan dan pendokumentasian asuhan kebidanan

7 Langkah Varney	5 Langkah (Kompetensi Bidan)	SOAP
DATA	DATA	Subjektif Objektif
Diagnosa Masalah	Assesment/Diagnosis	Analisis dan Interpretasi a. Diagnosa b. Antisipasi diagnosa/masalah potensial c. Tindakan segera
Antisipasi Diagnosa/Masalah Potensial		
Kebutuhan Segera untuk Konsultasi, Kolaborasi		
Planning: a. Konsultasi b. Tes diagnostic/lab c. Pendidikan/konseling d. Follow up	Planning	Planning (Dokumentasi Implementasi) a. Asuhan Mandiri b. Kolaborasi c. Tes diagnostic/lab d. Konseling e. Fpllow up
Implementasi	Implementasi	
Evaluasi	Evaluasi	

BAB III

METODE STUDI KASUS

3.1 Jenis Studi Kasus

Jenis studi kasus yang digunakan pada laporan tugas akhir ini adalah dengan menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan oleh penulis melalui pendekatan manajemen kebidanan. Kasus yang diamati penulis dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah Asuhan Kebidanan Pada Ny. T Usia 28 tahun P₁A₂ *Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018”.

Penulis menemukan kasus ibu hamil dengan Kehamilan Ektopik Terganggu disaat penulis melaksanakan praktek di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan serta ibu bersedia dilakukan pengkajian ditempat dan waktu pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 6 Maret 2018 – 8 Maret 2018 yaitu dimulai dari pengambilan kasus sampai dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir.

3.2 Lokasi Studi Kasus

Pengambilan kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan, Jl.Haji Misbah No. . Alasan penulis mengambil kasus tersebut ialah pada saat penulis melaksanakan praktek Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dan menemukan kasus *post curettage* atas indikasi kehamilan ektopik terganggu sehingga penulis tertarik untuk mengkaji kasus tersebut.

Kasus *post curettage* atas indikasi kehamilan ektopik dikaji oleh penulis disaat ibu bersedia dilakukan pengkajian ditempat dan waktu pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 6 Maret 2018 sampai 8 Maret 2018 yaitu dimulai dari pengambilan kasus sampai dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir.

3.3 Subjek Studi Kasus

Dalam pengambilan kasus ini penulis mengambil Subjek yaitu Pada Ny. T Usia 28 tahun P₁A₂ *Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi merupakan pasien yang bersedia saat dilakukan pengkajian

3.4 Teknik Pengambilan

1. Metode

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

a. Data Primer

Materi atau kumpulan fakta yang dikumpulkan sendiri oleh peneliti pada saat berlangsungnya penelitian (Varney, 2012)

1. Pemeriksaan Fisik

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

2. Wawancara

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

3. Observasi

Observasi dilakukan secara langsung pada Ny. T usia 28 Tahun P₁A₂ di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang berpedoman pada format asuhan kebidanan pada ibu Hamil untuk mendapatkan data. Pada kasus ini observasi ditujukan pada TTV, skala nyeri, pemantauan perdarahan dan perawatan luka post operasi.

b. Data Sekunder

1. Dokumentasi Pasien

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

2. Catatan Asuhan Kebidanan

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

3. Studi Kepustakaan

Studi kasus kepustakaan diambil dari buku terbitan tahun 2008-2018.

c. Etika Studi Kasus

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

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

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

3.5 Instrument Studi Kasus

Penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk mengumpulkan data. Instrumen penelitian ini dapat berupa kuesioner (lembar pertanyaan, formulir pengkajian observasi, formulir-formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan data dan sebagainya)

3.6 Alat dan Bahan Yang Dibutuhkan

Alat dan Bahan Yang Dibutuhkan		
Wawancara	Pemeriksaan Fisik	Pendokumentasian
Format pengkajian ibu hamil	Tensimeter	Status atau Catatan pasien
Buku tulis	Stetoskop	Alat tulis
Bolpoin/penggaris	Thermometer	
	Timbangan BB dan TB	
	Alat pengukur LILA	
	Jam tangan dengan petunjuk detik	
	Baik instrument	
	Bengkok	
	Penlight	
	Reflek hummer	

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Tinjauan Kasus

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. T USIA 28 TAHUN P₁A₂ POST
CURETTAGE ATAS INDIKASI KEHAMILAN EKTOTIK
TERGANGGU DENGAN TINDAKAN LAPAROTOMI
DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2018**

Tanggal Masuk : 5 Maret 2018

Tgl pengkajian : 6 Maret 2018

Jam Masuk : 21.45 Wib

Jam Pengkajian : 08.30 Wib

Tempat : RSE Medan

Pengkaji : Lismawati Waruwu

I. PENGUMPULAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu : Ny. T

Nama Suami : Tn. Y

Umur : 28 tahun

Umur : 29 tahun

Agama : Katolik

Agama : Katolik

Suku/bangsa: Batak/Indonesia

Suku/bangsa : Batak/Indonesia

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Peg. RSE Medan

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Medan Johor

Alamat : Medan Johor

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

1. Alasan kunjungan : Ingin memeriksakan kandungannya Post Curettage dari RS Mitra Sejati ke praktek dr. Herbert di RS Elisabeth Medan

2. Keluhan utama :

- a. Pasien mengatakan nyeri pada abdomen sejak tanggal 5 Maret 2018
- b. Pasien mengatakan pernah keguguran dan sudah curettage di Rumah Sakit Mitra Sejati
- c. Keluar darah (flek kecoklatan) pada area kemaluan.

d. Pasien mengatakan badan menggigil

2. Riwayat menstruasi :

Menarche : 15 thn, siklus 28 hari, teratur

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

Keluhan : Tidak ada

3. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Anak Ke	Tgl Lahir/ Umur	UK	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/BB/JK	Kedaaan	Keadaaan	Keadaaan
1	27-10-2016	39 mgg	Normal	RS. Mitra Sejati	Dokter	-	-	49/2850/LK	Baik	Baik	Baik
2	A	B	O	R	T	U	S				
	H	A	M	I	L	I	N	I			

4. Riwayat kehamilan sekarang

a. G₃ P₁ A₁

b. HPHT : 16-01-2018

HPL : 23-10-2018

c. UK : 7 minggu

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

e. Imunisasi Toxoid Tetanus : -

f. Kecemasan : Ada

g. Tanda-tanda bahaya : Ada

h. Tanda-tanda persalinan : Tidak ada

5. Riwayat penyakit yang pernah diderita:

Jantung : Tidak ada

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Mellitus : Tidak ada

Ginjal : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Hepatitis : Tidak ada

Riwayat operasi abdomen/SC : Tidak ada

6. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak ada

- Diabetes Mellitus : Tidak ada
- Asma : Tidak ada
- Lain-lain : Tidak ada riwayat kembar
7. Riwayat KB : Tidak ada
8. Riwayat psikososial
- Status perkawinan : Sah
- Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang
- Pengambilan keputusan dalam keluarga : Musyawarah
- Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : Klinik
- Tempat rujukan jika ada komplikasi: Rumah Sakit
- Persiapan menjelang persalinan : Ada
9. Activity Daily Living
- a. Pola makan dan minum :
- Frekuensi : 3 kali sehari
- Jenis : Nasi + lauk + pauk + buah + air putih
- Keluhan/pantangan : Tidak ada
- b. Pola istirahat
- Tidur siang : \pm 1-2 jam
- Tidur malam : \pm 6-7 jam
- c. Pola eliminasi
- BAK : \pm 5-6 kali/hari, warna: Kuning Jernih, Konsistensi: Cair
- BAB : \pm 2 kali/hari, konsistensi: Lembek, warna: Kuning
Kecoklatan
- d. Personal hygiene
- Mandi : 2 kali/hari
- Ganti pakaian/pakaian dalam : 2 kali/hari
- e. Pola aktivitas
- Pekerjaan sehari-hari : Ibu Rumah Tangga
- f. Kebiasaan hidup
- Merokok : Tidak ada
- Minum-minuman keras: Tidak ada

Obat terlarang : Tidak ada

Minum jamu : Tidak ada

C. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 100/80 mmHg

Nadi : 88 kali/menit

Suhu : 37,6 °C

Pernapasan : 28 kali/menit

3. Pengukuran tinggi badan dan berat badan:

Berat badan : 56 kg, kenaikan BB selama hamil : 2 kg

Tinggi badan : 155 cm

Lila : 25 cm

4. Pemeriksaan fisik

a. Postur tubuh : Tegak

b. Kepala

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

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

Hidung : Simetris, polip : Tidak ada

Mulut/bibir : Simetris, Tidak ada karang gigi

c. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid

d. Payudara : Simetris

Keadaan putting susu : Menonjol (kiri-kanan)

Areola mammae : Hiperpigmentasi

Colostrum : tidak ada

e. Perut

Inspeksi : Pembesaran abdomen sesuai usia kehamilan

Palpasi :

a) Leopold I : Tidak Dilakukan

b) Leopold II : Tidak Dilakukan

- c) Leopold III : Tidak Dilakukan
- d) Leopold IV : Tidak Dilakukan
- e) TBJ : Tidak Ada
- f) TFU : Tidak Ada
- g) Auskultasi :
 - DJJ : Tidak Ada
 - Frekuensi : Tidak Ada
- h) Ekstremitas
 - Atas : Simetris, tidak ada oedema, tidak pucat, lengkap
 - Bawah : Simetris, tidak ada oedema, tidak pucat, lengkap
- i) Genetalia
 - Anus : Tidak ada Hemoroid

5. Pemeriksaan Panggul

- Lingkar Panggul : tidak dilakukan
- Distosia Cristerum : tidak dilakukan
- Distosia Spinarum : tidak dilakukan
- Conjugata Bourdeloque : tidak dilakukan

6. Pemeriksaan dalam : tidak dilakukan

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG:

Pemeriksaan Laboratorium (* Jika ada indikasi Albumin) :

1. Inspekulo : Tampak sisa-sisa jaringan

2. Urine Profil

Kesimpulan: Masih tampak bayangan endrogenik yang menyerupai fetus di dalam cavum uteri

3. Hasil Lab: Hematologi

- Hb : 11,5 g%
- Leukosit : 10.100 mm³
- Eritrosit : 3,64 mm³
- Jlh.trombosit : 274.000
- Laju endap Darah : 12 mm/jam

- Hematokrit : 31 %
- 4. Elektrolit
 - Clorida : 108 mmol/L
 - Kalium : 4.4 mmol/L
 - Natrium : 104 mmol/L
- 5. Urine : Asam pH 6.0
- 6. USG: Tidak ada kantung kehamilan dalam kavum uteri

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN :

Diagnosa: Asuhan Kebidanan Pada Ny. T Usia 28 Tahun P₁a₂ *Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi

Dasar

Data Subjektif:

- Ibu mengatakan ini kehamilan ketiga, pernah keguguran dan sudah curettage di Rumah Sakit Mitra Sehati
- Ibu mengatakan HPHT 16-01-2018
- Ibu mengatakan lemas, pusing, nyeri pada abdomen serta keluar darah dari kemaluan (flek) sejak tanggal 5 Maret 2018
- Ibu mengatakan badan menggigil

Data Objektif:

- KU: Baik
- Kesadaran: CM
- TTV: TD : 100/80mmHg P : 88 kali/menit
T : 37,6 °C RR : 28 kali/menit

Data Penunjang:

- a. Inspekulo: Tampak sisa-sisa jaringan
- b. Urine Profil : Kesimpulan: Masih tampak bayangan endrogenik yang menyerupai fetus di dalam cavum uteri
- c. Hasil Lab: Hematologi
 - Hb : 11,5 g%

- Leukosit : 10.100 mm³
- Eritrosit : 3,64 mm³
- Jlh.trombosit : 274.000
- LED : 12 mm/jam
- Hematokrit : 31 %
- d. Elektrolit
 - Clorida : 108 mmol/L
 - Kalium : 4.4 mmol/L
 - Natrium : 104 mmol/L
- e. Urine : Asam pH 6.0
- f. Hasil USG : Tidak ada kantung kehamilan dalam kavum uetri

Masalah: Nyeri pada abdomen serta keluarnya darah (flek) pada area kemaluan.

Kebutuhan:

1. Beri dukungan psikologis kepada ibu
2. Pantau keadaan umum ibu serta tanda-tanda vital
3. Pantau perdarahan
4. Pantau intake dan output
5. Beri therapy sesuai dengan anjuran dokter

III. ANTISIPASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

Syok Hipovolemik

IV. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI/ RUJUK

- Bed rest
- Konsultasi dengan dokter obgyn dalam pemberian terapi serta pelaksanaa tindakan medis

V. INTERVENSI

Tanggal : 6 – 3 – 2018

No	Intervensi	Rasionalisasi
1	Lakukan pendekatan dengan pasien dan perkenalan diri	Terjadinya hubungan baik dengan pasien, sehingga pasien lebih kooperatif terhadap setiap tindakan yang dilakukan
2	Beri informasi tentang kondisi yang dialami saat ini khususnya nyeri pada bagian perut.	Memberi informasi yang tepat pada ibu akan membantu ibu untuk mengurangi rasa cemas dan khawatir.
3	Hadirkan suami atau orang terdekat dalam pendampingan ibu	Menghadirkan suami atau orang terdekat dapat memberi rasa nyaman dan perasaan terlindungi.
4	Beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan saat ini serta kondisi janin si ibu	Merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina komunikasi yang efektif dalam proses KIE
5	Beri ibu cairan dan nutrisi	Dengan asupan cairan dan nutrisi yang di beri pada dapat menambah energi dan mengurangi terjadinya dehidrasi.
6	Jaga kebersihan pasien	Personal hygiene untuk mencegah terjadinya infeksi dan penularan kuman
7	Berikan dukungan emosial kepada ibu	Ibu lebih tenang dan dapat menerima keadaan
8	Pantau keadaan umum ibu serta tanda-tanda vital	Deteksi dini adanya kelainan
9	Kolaborasi dengan dokter obgyn dalam pemberian therapy serta pelaksanaan tindakan medis yaitu operasi dengan Laparomi	Tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan harus dengan instruksi dokter

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal : 06-03-2018

NO	Waktu	Tindakan	Paraf
1	09.30	Melakukan pendekatan dengan pasien dan melakukan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan vital sign Keadaan umum : Baik ; Kes: CM Vital sign : TD : 110/80 mmHg N : 84 x/menit S : 37,5 °C RR : 24 x/menit TB : 155 cm Lila : 25cm BB : 56 kg Ev: Ibu dan keluarga sudah mengetahui hasil pemeriksaan fisik	Lisma
2	09.30	Melibatkan suami dan orang terdekat si ibu. Dukungan yang baik membawa dampak yang positif, pendamping diajarkan menggosok punggung ibu untuk mengurangi rasa nyeri dan pendamping juga dapat melakukan : 1. Mengusap keringat 2. Memberikan minum 3. Mengubah posisi 4. Memijat punggung, kepala, atau kaki Ev: Suami dan keluarga selalu berada disamping si ibu	Lisma
3	09.45	Memberi ibu dukungan emosional agar ibu tidak merasa khawatir, cemas dan menerima akan keadaan saat ini. Ev: Ibu tampak mengangguk akan penjelasan bidan	Lisma
4	10.00	Memberi ibu makanan dan minum untuk memberikan energi yang cukup dan mencegah dehidrasi. Ev: Ibu sudah makan dan minum yang diberikan oleh suami si ibu	Lisma
5	10.15	Menganjurkan ibu untuk berkemih atau BAB, jika pasien tidak mampu turun dari tempat tidur berikan pispot pada ibu. Ev: Ibu sudah berkemih dengan menggunakan pispot	Lisma
6	10.35	Menjaga personal hygiene pasien untuk memberi kenyamanan bagi pasien Ev: Sudah dilakukan vulva hygiene kepada si ibu	Lisma
7	10.40	Memasang infus ditangan sebelah kanan ibu	Lisma

		guna memenuhi cairan nutria ibu serta memasng D. Cateter guna mempermudah ibu untuk berkemih Ev: Sudah terpasang infus dan kateter dengan baik	
8	10.45	Melihat tindakan dokter obgyn saat melakukan inspekulo melalui kepada si ibu antara lain: 1. Pisahkan labia dengan telunjuk tangan kiri saat memasukkan speculum dengan tangan kanan kedalam vagina 2. Saat ujung speculum sudah menyentuh daerah fornix posterior, speculum dapat dibuka agar dapat terlihat portio a. Bila ada indikasi: lakukan pengambilan Pap Smear dan Kultur b. Perhatikan keadaan serviks-ostium uteri eksternum c. Perhatikan mukosa vagina 3. Keluarkan speculum dalam keadaan tertutup dan dengan cara seperti saat insersi Ev: tampak sisa-sisa jaringan	Lisma
9	11.30	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy dan tindakan medis yaitu Operasi dengan tindakan Laparatomi Ev: Pasien sudah diantarkan ke ruang operasi untuk Laparotomi pada pukul 12.00 Wib	Lisma

VII. EVALUASI

Tanggal: 06– 03 - 2018

Jam: 14.00 Wib/DS

S :

- Ibu mengatakan ini kehamilan ketiga dan pernah keguguran
- Ibu mengatakan HPHT 16-01-2018
- Ibu mengatakan lemas, pusing serta keluar drah dari kemaluan (flek) sejak tanggal 5 Maret 2018
- Ibu mengatakan nyeri di bagian bawah perut

O :

KU: Baik Kes: CM

Ibu tampak menggigil

Ibu tampak meringis akibat nyeri yang dirasakan pada abdomen

A :

Diagnosa : Ny. T Usia 28 Tahun P₁A₂ *Post Curettage* Atas Indikasi
Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan
Laparotomi

Masalah : Belum Teratasi, dimana nyeri pada abdomen serta
keluarnya darah (flek) pada area kemaluan.

Kebutuhan : Pantau tanda-tanda vital dan keadaan umum ibu

Beri dukungan emosional dan menghadirkan
suami/keluarga

Pantau perdarahan

P :

- Pantau keadaan umum dan tanda-tanda vital

Ev: KU dan TTV ibu dipantau secara berkesinambungan

- Pantau perdarahan

Ev: Antisipasi agar ibu tidak kehilangan darah terlalu banyak

- Kolaborasi dengan obgyn dokter dalam pemberian therapy dan
pelaksanaa tindakan medis yaitu persiapan operasi atas instruksi
dokter untuk Laparatomi

Ev: Operasi akan dilakukan pada tanggal 6 Maret 2018 pada ukul

12.10 Wib

Data Perkembangan Hari Ke II

Tanggal: 07– 03 - 2018

Jam: 14.00 Wib/DS

S :

- Ibu mengatakan merasa nyeri pada ulu hati
- Ibu mengatakan nyeri pada bekas luka operasi

O :

- KU: Baik
- Kesadaran: CM
- TTV: TD : 120/70mmHg P : 82 kali/menit
T : 37,1 °C RR : 20 kali/menit
- Terpasang infus Ring As 20tts/menit pada tangan sebelah kanan
- Terpasang D.Cateter 400cc (sudah dibuang)
- Skala nyeri 4-5
- Luka operasi ditutup horizontal dengan kassa ± 13 cm diatas symphysis

A :

Diagnosa : Ny. T Usia 28 Tahun P_{1a2} *Post Curettage* Atas

Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan
Tindakan Laparotomi

Masalah : Nyeri pada luka operasi

Masalah Potensial: Infeksi pada luka operasi

Tindakan Segera: Tidak Ada

Kebutuhan :

- Pantau KU dan TTV
- Beri pendkes kepada ibu tentang nyeri yang dirasakan
- Pantau skala nyeri dan lakukan perawatan luka
- Pantau kebutuhan nutrisi dan cairan ibu
- Beri therapy sesuai anjuran dokter
 - R. As 20 tt/menit
 - Terfacet 1gr/8jam
 - Ketorolac 1 amp/8jam
 - Pumpitor 1 amp/8jam

P :

- Pantau tanda-tanda vital dan keadaan umum ibu
Ev: Tanda-tanda vital dan keadaan umum ibu dalam batas normal
- Pantau skala nyeri yang dirasakan ibu serta perawatan luka guna menghindari infeksi post operasi laparatomi
Ev: Perawatan luka selalu dilakukan dua kali sehari guna mengantisipasi infeksi pada luka operasi
- Kolaborasi dengan obgyn dokter dalam pelaksanaan tindakan medis dan pemberian therapy
Ev: Tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan harus sesuai dengan instruksi dokter

Data Perkembangan Hari Ke III

Tanggal: 08– 03 - 2018

Jam: 07.00 Wib/DM

S :

Ibu mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan lagi

O :

- KU: Baik
- Kesadaran: CM
- TTV: TD : 110/70mmHg P : 80 kali/menit
T : 36,9 °C RR : 20 kali/menit
- Terpasang inj. Threeway pada tangan sebelah kanan
- D. Cateter sudah dibuka

A :

Diagnosa : Ny. T Usia 28 Tahun P_{1a2} *Post Curettage* Atas

Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan
Tindakan Laparotomi

Masalah : Sudah Teratasi, dimana ibu sudah dapat
melakukan mobilisasi sendiri dan ibu sudah dapat
berjalan

Masalah Potensial: Tidak Ada

Tindakan Segera: Tidak Ada

Kebutuhan :

- a. Pantau KU dan TTV
- b. Pantau kebutuhan nutrisi dan cairan ibu

c. Beri therapy sesuai anjuran dokter

- Terfacet 1gr/8jam
- Ketorolac 1 amp/8jam
- Pumpitor 1 amp/8jam

P :

Ibu sudah bisa pulang pada tanggal 9 Maret 2018 atas instruksi dokter dimana sebelum ibu pulang dilakukan perawatan luka bekas operasi terlebih dahulu dan ibu dianjurkan mobilisasi secara bertahap serta dianjurkan ibu tetap menjaga bekas luka operasi agar tidak basah serta tiga hari kemudian kembali ke praktek dokter obgyn untuk dilakukan perawatan luka kembali.

Pendkes ibu bahwa ibu bisa hamil kembali akan tetapi kejadian dengan Kehamilan Ektopik bisa terulang kembali

Ev: Ibu dan keluarga sudah mengerti akan penjelasan yang disampaikan oleh tenaga kesehatan

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan menjelaskan tentang kesenjangan yang terjadi antara praktek dan teori yang dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dengan teori yang ada. Di sini penulis akan menjelaskan kesenjangan tersebut menurut langkah-langkah dalam manajemen kebidanan menurut Varney yang meliputi tujuh langkah. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesempatan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang meliputi:

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian dan pengumpulan data dasar yang merupakan tahap awal dari manajemen kebidanan dilaksanakan dengan cara pengkajian data subyektif dan data objektif serta keluhan pasien, riwayat kesehatan klien, pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai kebutuhan, meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya dan data penunjang. (*Helen Varney, 2012*).

Berdasarkan data subyektif dan data obyektif yang penulis peroleh pada kasus Ny. T Usia 28 Tahun, P₁A₂ usia kehamilan 7 minggu didapatkan data ibu mengatakan nyeri pada abdomen sejak tanggal 5 Maret 2018 dan keluar darah (flek kecoklatan) pada area kemaluan dan sebelumnya pernah keguguran. TD: 100/80 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,5⁰C, P: 24 x/menit.

Data Subyektif pada kehamilan ektopik biasanya terdapat rasa nyeri dibahu dan seluruh abdomen serta perdarahan melalui vagina dan Data Obyektif pada

kehamilan ektopik meliputi pemeriksaan fisik dan pemeriksaan dalam (nyeri goyang pada pemeriksaan serviks), USG. *Manuaba, 2010*

Berdasarkan pengkajian yang saya lakukan terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dimana penerapan standard pelayanan 14 T tidak memenuhi standar yaitu tidak dilakukan Pemeriksaan VDRL, Pemberian Obat malaria, Perawatan Payudara, Pemeriksaan Protein, Pemberian imunisasi TT, Pemeriksaan panggul, disini tidak sesuai dengan praktek dan teori.

4.2.2 Interpretasi Data

Interpretasi data terdiri dari diagnosa kebidanan yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis masalah. (*Helen Varney, 2012*)

Pada kasus ini diagnosa kebidanannya adalah Ny. T Usia 28 Tahun, P₁A₂ usia kehamilan 7 minggu Post Laparotomi atas Indikasi Post Curettage dengan Kehamilan Ektopik Terganggu. Masalah yang dialami Ny. T adalah merasa cemas dan gelisah menghadapi kehamilan, ibu mengatakan nyeri pada abdomen sejak tanggal 5 Maret 2018, keluar darah (flek kecoklatan) pada area kemaluan serta pernah mengalami keguguran pada kehamilan sebelumnya. Kebutuhan yang diberikan pada Ny. T adalah KIE tentang makanan bergizi (intake-output), Beri dukungan emosional, Memantau keadaan ibu beserta tanda-tanda vital. Masalah yang timbul adalah Nyeri pada abdomen

Pada langkah ini berdasarkan pemeriksaan kembali tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek, baik dalam penegakan diagnosa kebidanan, masalah maupun kebutuhan.

4.2.3 Diagnosa Masalah Potensial

Diagnosa potensial adalah suatu pernyataan yang timbul berdasarkan masalah yang sudah identifikasi. Langkah ini dibutuhkan antisipasi dan bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Dengan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial yang akan terjadi berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah ada dan merumuskan tindakan apa yang perlu diberikan untuk mencegah atau menghindari masalah/ diagnosa potensial yang akan terjadi. (*Helen Varney, 2012*).

Diagnosa potensial pada ibu hamil dengan Kehamilan Ektopik Terganggu adalah Syok Hipovolemik. (*Sarwono, 2009*) Dalam langkah ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dalam mengidentifikasikan diagnosa atau masalah potensial.

4.2.4 Antisipasi Tindakan Segera

Antisipasi mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan, bila kehamilan ektopik di diagnosa sejak dini-sebelum gejala ruptur atau perdarahan, wanita bisa diobati secara medis daripada tindakan bedah. Tindakan segera yang harus dilakukan pada kasus ibu hamil dengan Kehamilan Ektopik Terganggu adalah dengan pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan urine profil, USG, pemeriksaan Hb, pemeriksaan urin dan pemeriksaan dengan inspekulo serta penatalaksanaan bedah dengan Laparotomi.

Penanganan kehamilan ektopik pada umumnya ialah Laparotomi. Dalam tindakan ini, beberapa hal yang harus diperhatikan dan dipertimbangkan yaitu: kondisi penderita, keinginan penderita akan fungsi reproduksinya, lokasi

kehamilan ektopik, kondisi anatomic organ pelvis, serta kemampuan teknik bedah mikro dari dokter operator. Tindakan ini lebih disukai jika wanita tersebut secara hemodinamik tidak stabil atau jikalau tidak mungkin dilakukan Laparoskopi.

Sesuai dengan pemeriksaan dan penegakkan diagnosa tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dalam menetapkan antisipasi terhadap tindakan segera

4.2.5 Intervensi/Perencanaan

Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan dengan langkah- langkah sebelumnya. Keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh harus rasional dan benar-benar tepat berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* dan setiap rencana harus disetujui oleh pihak dokter yang menangani tenaga kesehatan dan pasien. (*Helen Varney, 2012*).

Berdasarkan hasil pengkajian dan penegakkan diagnosa ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dalam menetapkan perencanaan asuhan dengan kehamilan ektopik terganggu.

4.2.6 Pelaksanaan

Pada langkah pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Kehamilan Ektopik Terganggu merupakan pelaksanaan dari rencana tindakan asuhan menyeluruh (*Helen Varney, 2012*). Pada langkah pelaksanaan ini dilakukan dengan kolaborasi antara dokter obgyn dan tenaga kesehatan yang dikerjakan sesuai dengan rencana asuhan yang telah dibuat.

Pada kasus ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dalam menetapkan pelaksanaan secara menyeluruh.

4.2.7 Evaluasi

Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, yang mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar terlaksana/terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosa. (*Helen Varney, 2012*) Evaluasi dari kasus ini setelah dilakukan perawatan dengan Operasi Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan terjadi perubahan yang baik dimana si ibu sudah dapat melakukan mobilisasi secara bertahap, nyeri yang dialami ibu sudah tidak dirasakan lagi, bekas luka operasi sudah kering dan tetap dilakukan perawatan luka sehingga dapat disimpulkan selama evaluasi ini keadaan umum ibu baik, kesadaran *composmentis*, TD = 110/ 70 mmHg, N = 80 x/ menit, S = 36,9⁰C, R = 20 x/ menit.

Dalam kasus ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan dalam evaluasi kasus tersebut.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dengan terselesaikannya pembuatan laporan tugas akhir yang berjudul “Ibu Hamil Ny. T Usia 28 tahun P₁A₂ *Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada tanggal 6 Maret 2018 sampai 8 Maret 2018”. Maka penulis mengambil kesimpulan:

1. Penulis mendapatkan pengalaman nyata tentang pelaksanaan Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Kehamilan Ektopik Terganggu di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Kehamilan Ektopik Terganggu di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.sudah sesuai dengan teori yang ada.
2. Penulis menemukan adanya kesenjangan pada beberapa langkah manajemen (7 langkah Helen Varney) pada Ny. T dengan Kehamilan Ektopik Terganggu. Ada ini ditemukan beberapa kesenjangan antara lain: (1) Pada pemeriksaan fisik yaitu tidak dilakukannya pemeriksaan panggul luar dan reflleks patella, namun kesenjangan tersebut dapat diatasi dengan baik sehingga tidak terjadi komplikasi pada Ny. T; (2) Penulis melakukan pemeriksaan, namun tidak sesuai dengan standar pelayanan minimal 14 T yaitu tidak dilakukan Pemeriksaan VDRL, Pemberian Obat malaria, Perawatan Payudara, Pemeriksaan Protein, Pemberian imunisasi TT, Pemeriksaan panggul disini

tidak sesuai dengan praktek dan teori. Penerapan 7 langkah Helen.Varney pada kasus ibu sesuai dengan teori dan kompetensi kebidanan

5.2 Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan mahasiswa/penulis mampu menerapkan manajemen kebidanan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Kehamilan Ektopik Terganggu baik secara teori maupun praktek sehingga nantinya pada saat bekerja di lapangan dapat dilakukan secara sistematis yang pada akhirnya meningkatkan mutu pelayanan yang akan memberikan dampak penurunan angka kematian ibu dan bayi.

2. Bagi Institusi

Di harapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan oleh mahasiswa sehingga dapat memberikan wawasan yang luas mengenai mutu pelayanan kebidanan sesuai standar asuhan kebidanan melalui pendekatan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Kehamilan Ektopik Terganggu. Sesuai standart asuhan kebidanan yang berkesinambungan sehingga adanya pendekatan manajemen asuhan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan serta mampu mengetahui adanya kesenjangan dan faktor-faktor penyebab kesenjangan antara teori dan praktek sebagai bahan analisa untuk pendidikan kasus yang akan datang.

3. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat dijadikan bahan masukan dalam melaksanakan asuhan kebidanan ibu hamil dengan Kehamilan Ektopik Terganggu untuk meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

4. Bagi Klien

Diharapkan klien/pasien mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan serta menambah pengetahuan klien khususnya dan masyarakat umumnya dalam perawatan pada ibu hamil dengan kehamilan ektopik terganggu yang sesuai dengan ketentuan standart pelayanan asuhan kebidanan yang berkesinambungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjarwati R dkk, 2013. *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Gary F dan dkk, 2008. *Obstertric Williams*. Jakarta: EGC
- [http://www.google.com/ejournal.2013.Gambaran Kehamilan Ektopik Terganggu di RSUP Prof. Dr. R. Kandou Manado](http://www.google.com/ejournal.2013.Gambaran%20Kehamilan%20Ektopik%20Terganggu%20di%20RSUP%20Prof.%20Dr.%20R.%20Kandou%20Manado). Diakses Tanggal 8 Mei 2018
- Lyndon Dr, 2014. *The Pregnancy Health Guide*. Karisma Publishing Group
- Mengkuji B & dkk, *Asuhan Kebidanan 7 Langkah SOAP*. Jakarta: EGC, 2012
- Manuaba, Ida Bagus Gede. 2008. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan KB*. Jakarta : EGC
- _____. 2010. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan KB*. Jakarta : EGC
- M Diane, Fraser M. 2011. *Buku Saku Praktik Klinik Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Maryanti dwi & dkk . 2011.*Buku ajar neonatus bayi dan balita*. Jakarta: Penerbit Trans info media
- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Bina pustaka
- _____. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Bina pustaka
- _____. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Bina pustaka
- _____. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Bina pustaka



**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, 26 Februari 2018

Nomor: 316/STIKes/RSE/II/2018

Lamp. : 1 (satu) lset

Hal : Pemberitahuan Jadwal Dinas Mahasiswa STIKes Santa Elisabeth Medan

Kepada Yth.:

Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

di -

Tempat

Dengan hormat,

Melalui surat ini kami beritahukan kepada Ibu beserta jajarannya tentang jadwal dinas Mahasiswa STIKes Santa Elisabeth Medan, yaitu:

1. Prodi D3 Keperawatan Semester VI : mulai tanggal 1-31 Maret 2018
2. Prodi D3 Kebidanan Semester VI : mulai tanggal 1- 18 April 2018
3. Prodi Ners Semester VIII : mulai tanggal 1-31 Maret 2018
(daftar dinas terlampir).

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

Hormat kami,
STIKes Santa Elisabeth Medan

Mestiana Br Koro, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Ketua

Tembusan Yth.:

1. Wadir Pelayanan Keperawatan RSE Medan
2. Ka.Sie: Diklat, SDM, Instalasi Gizi RSE Medan
3. Ka/CI Ruangan :
4. Preceptor Klinik:
5. Waket I, II, III
6. Koordinator: Asrama, SDM, Keuangan
7. Petinggal.

SURAT REKOMENDASI

Yang bertandatangan di bawah ini saya sebagai bidan di lahan praktik PKK, mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan di BPM/RS/PKM/RB :

Nama : Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan (Ruangan St. Elisabeth)

Alamat : Jl. Haji Misbah, No. 7 Medan. Sumatera Utara-Indonesia

Menyatakan bahwa mahasiswa dibawah ini :

Nama : Lismawati Waruwu

NIM : 022015037

Tingkat : III (Tiga)

Dinyatakan telah kompeten dalam melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ny.

T Usia 28 tahun P₁A₂ *Post Curettage* Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu

Dengan Tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

Sejak tanggal 6 Maret 2018 s/d 8 Maret 2018.

Demikian surat rekomendasi ini dibuat dan bisa dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, Mei 2018

Ka.Ru/CI Ruangan



(Gr. M. Innocentia, FSE)

Date		Date
Dik. Oleh :		Hari/tgl : 6 Maret 2018
Pemeriksaan :		Pasien : H. Elizabeth
Pemeriksaan :		Dinas : DR
Pemeriksaan :		Kegiatan / tindakan
07.00		Dia bangun, tukar shift dari shift malam ke shift pagi
07.30		Mengganti clock pasien km. 63.4 dan melakukan personal hygiene dgn post. op. sc.
08.00		TD = 110/80 \uparrow P = 36.6°/32x6i PR = 22x6i
↓		Melakukan perawatan dengan pasien km. 63.4, melakukan pemeriksaan fisik & vital sign dan memberitahu Ibu
Kasus		Cara keluarga solidis pasien.
L		Dx = Kehamilan Abortif Tenganga (KET). \uparrow P = 36.6°/32x6i
T		DMT = 16-01-2018. \uparrow TP = 93-10-2018.
A		UC = 6 mng sbat 63P.1A0
		TV = TD = 100/90 mmHg
		T = 36.8°C
		P = 70x6i
		PR = 22x6i
08.30		Mengajarkan pasien untuk tidur & bedrest (63.4)
09.00		Menemani pegawai melakukan perawatan post. op. Kith Ou
		65.2. \Rightarrow TD = 120/80 \uparrow P = 36.5°/84x6i
		PR = 22x6i
OKIEY		OKIEY

Date		Date	
09.45	Memberi dukungan emosional kepada Ibu (G2.4) dan memberitahu tindakan yg akan dilakukan	13.30	dilakukan tindakan Laparotomi. Pasien Ny. T dengan KET tiba ditangan setelah menjalani post-op Laparotomi.
10.30	Memberi ibu snack pagi dan membantu		Tersayang IRT : - Asring (Tentamul lamp + Remopun lamp) dip 20HSL
10.35	Langsung nutrisi + Cairan si ibu (G2.4). Mengikuti pegawai dan dr. obgyn dalam pemberian therapy kpd pasien (G2.4), dan dilaksanakan pemeriksaan dalam di ruangan st. katarsina.		- Tersayang D. Cateter dgn uin 200 cc. - Luka operasi ditutup horisontal dengan kassa ± 13 cm di atas symphysis.
10.40	Memindahkan pasien (G2.4) dengan KET dari ruangan ke ruangan - st. katarsina (UE). Ku : Sedang Kec : CM.	13.45	Mengobservasi vital sign Ny. T (G2.4). - TTU : TD : 100/60 mmHg T : 36,8°C P : 88 x /i RR : 24 x /i
10.45	TTU : TD : 100/60 T/P : 88 x /i RR : 24 x /i Membantu dan melihat tindakan dokter obgyn kepada pasien Ny. T dengan KET		- Mengkaji skala nyeri. - Memberi info informasi post-op. Serta tidak makan & minum setelah 6 jam.
11.00	Setelah selesai dilakukan tindakan, maka dilakukan personal hygiene kepada pasien serta mengantarkan cet. ket operasi ke ruang OK. untuk di operasi pukul 12.00 atas instruksi dr. Herbert, SpB (Laparotomi) dgn anastesi dr. Thumbur, Sp.An.	14.15	Membiang urine pasien Ny. T (G2.4) dengan bangkanya urine 200 cc.
11.30	Menemani pegawai mengantarkan pasien Ny. T ke ruang operasi untuk		
OKKEY		OKKEY	

Dik-Dit	Date
Pj. Ruangan Pj. Rendani	Makassar, Jember Lismawati W
Hari/tgl : 7 Maret 2018.	
Ruangan : St. Theresa	
Dinas : OS	
Tindakan / kegiatan	
14.05	tiba di ruangan, dan bersama serta piket shift dari pagi ke sore
14.45	izin kepada Pj. Ruangan st. Theresa (a-n bky) untuk mengkaji kembali pasien di ruangan st. Elisabet a-n Ny. T (tm. 624)
15.00	Melakukan komunikasi dengan pasien a-n Ny. T Km. 6 dan ibu mengatakan : - Nyeri pada ulu hati - Nyeri pada luka operasi Obs. TTV : TD ~ 120/70 mmHg RR. 20 x/m T/P ~ 82 x/m - Tetap pasang IUTD 12.45 20 tdk li - " D. Latexer 400 cc (Sudah dibuang) - Skala nyeri 4-5. Menemani pegawai untuk melakukan perawatan luka post. op. Ny. T. Memberi informasi dan edukasi (Penkes) kepada pasien Ny. T dengan Dx = ket.

No.	Daftar Isi	Page
16.	Memberi ibu snack sore serta memantau cairan & nutrisi si ibu.	16
16.25.	Mengganti Cairan Infus Ny-T (62.4) dengan R.15 20H5/.	16
16.40	Memberikan dan mengganti ibu untuk relaksasi.	16
17.00	Kembali ke ruangan 4. Theresia.	17
17.10	Meng-up infus pasien 24.1 dengan Dx = GE	17
19.20	Menganti selang infus pasien km. 39 (boor pada bolus) dgn: Dx = Febris.	19
19.45	Memberi makan dgn Mlet 90cc a.n Aurel pasien km. 35.1	19
20.40	Dx = Meningitis.	20
20.40	Memberi / memasang nebus pada pasien a.n J km. 31. A. 2 dengan Dx =	20
20.50	Menganti infus pasien dgn ka. en 16 20H5/ (km. 32) dengan Dx =	20

Date		Date (a-n)	
Hari / tanggal = 8 Maret 2018			
Ruangan = St. Theresa			
Pinas = Dinas Makam.			
Jam	Kegiatan / tindakan.		
21.00	Tiba draungan, dua bersama serta hibang terima dari shift sore ke shift malam.	23.00	Menganti cairan infus pasien km. 314-2 dengan R.AS 30H5/l; menggunakan infus pump.
21.15	Menganti cairan pasien. (a-n A)		Dx : Faringitis.
21.30	Menganti infus pasien km. 23-7 dengan IUT Aseing 8H5/l; Terpasang NGT dan O.Cateter dengan baik.		TIV : T/P = 36°C / 94 x li PR : 30 x li
	Dx : DHT.	23.45	Menganti cairan infus pasien km. 25-1 (a-n Aurel) dengan IUT DS 1/4 NS s 8H5 / menit, terpasang O3 1 liter / li dan NGT dengan baik
			Dx : Post Op Tusi Barthole bilateral.
			TIV : T/P = 37°C / 100 x li PR : 30 x li
		23.50	Menganti cairan infus pasien km. 30-1 dengan R.AS 10H5/l; Dx : Dengue haemorrhagic fever.
			TIV : T/P = 37°C / 84 x li PR : 20 x li
21.45	Memasang IUT Samol 8H5/l dengan infus pump, pasien km. 23. (a-n)		Minta izin ke katak pedugas untuk mengkas langutan pasien di ruangan St. Elisabeth km. 62-4. My. 7 dgn KET.
	Dx : DHD + GE		Mengobrolas pasien km. 62-4 dgn KET.
22.05	Mantau cairan infus pasien km. 26.1 (a-n. R) dgn Nacl 0.9 %	00.20	TD : 110 / 70 T/P = 36,9 / 100 x li PR : 20 x li
	Dx : dose Fr. Collum humerus.		Ku : Pasien Baik
			Kes : CM.
22.30	TIV : T/P = 36,5°C / 80 x li PR : 26 x li		Terpasang inj. Threeway.
	Menganti cairan infus pasien km. 26.2 (a-n 7) dengan ka-en 16 50H5/l		Pasien sudah dapat mobilisasi dan berjalan Cateter
	Dx : GE	00.45	Menganti flu (My. 7) km. 62-4 teknik pola napas yang dan memandi si ibu untuk BAK ke kamar mandi.
	TIV : T/P = 38,5°C / 94 x li PR : 30 x li		
OKIEY		OKIEY	

STIKES Santa Elisabeth
Medan

	Date	Diketahui Oleh :	Date
01.20	Kembali ke ruangan St. Theresia.		
01.30	Menganti cairan infus pasien (a.n.H) km. 23-4 dengan ka-en 3b 12 ttt/l	R. Ruangan	Mahasiswa,
	Dx : GE	Juanita	Handymanasari
02.00	TTP : 36,5°C / 86 x 15 RR : 24 x 15 Spilling infus pasien (a.n.G) km. 24-1 dengan Dx : GE + Dehidras Ringan.	Hafidza	Usmawati Wawan
03.10	TTP : 36,5°C / 104 x 15 RR : 24 x 15 Menganti cairan infus pasien (a.n.H) km. 23-1 dengan R. As 10 ttt/l	Dosen Pembimbing,	
	Dx : GHA.	(Signature)	
04.30	TTP : 36,3°C / 86 x 15 RR : 24 x 15 Menganti cairan infus pasien (a.n.A) km. 24-2 dengan ka-en 1b 10 ttt/l (Sebelumnya terpasang IVTD Paracetamol 8 ttt/l menggunakan infus pump.	Emavatu A. Sollagan, SST, M.Ker.	
	Dx : demamitis + TB paru.		
	TTP : 38,3°C / 99 x 15 => suhu turun setelah diberi PCT ke 37,4°C RR : 28 x 15		
05.15	Memeriksa pasien dirakas tempat tidur (a.n.A) km. 23-7 Menganti 0km dan dakin pasien. DHT.		
06.00	Obs. pasien LTA ruangan St. Elisabeth dgn Dx : ket. TD : TTP : RR :		
	Pasien sudah mandi dan makan sayur.		
	OKEY	OKEY	

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Tanggal Masuk : 5-3-2018 Tgl pengkajian : 6-3-2018
 Jam Masuk : 21.45 Jam Pengkajian : 08.30
 Tempat : PSE Medan (St. Elisabeth) Pengkaji : Usmawati Waruon.
 No. Register : 00.30-12-49.

I. PENGUMPULAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

2.

Nama Ibu : Ny. Tiador Elisabeth Pandeyan Nama Suami : Tenas Shugkir -09.
 Umur : 30th 9bulan 0hari Umur : 29 tahun
 Agama : Katolik Agama : Katolik
 Suku/bangsa : B. Toba Suku/bangsa : B. Toba
 Pendidikan : SMA Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : HKT Pekerjaan : Wiraswasta
 Alamat : Jl. Karya Wisata No. 61 D Alamat : Jl. Karya Wisata No. 61 D
 14 x Medan Johor. 14 x Medan Johor.

B. ANAMNESIS (DATA SUBJEKTIF)

1. Alasan kunjungan : Ingin memerikatkan kehamilan (ANC) di praktik dr. Herbert.
 3. Keluhan utama : Rasion mengatakan nyeri perut sejak tgl 5/3-2018 dan keluar darah (flek) pada kemaluan.

4. Riwayat menstruasi :

Menarche : 18 thn, siklus 28 hari, teratur/tidak teratur
 Lama : 4 - 5 hari, Banyak :
 Keluhan : Dismenorea.

5. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Anak No	Tgl Lahir/Umur	UK	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PH/BB/JK	Kedua	Kedua	Laktasi
1.	27/10-2016 39mg	4	Matural	RS. Mitra Segati	Dokter/ Bidan	-	-	49/2850/14	baik	baik	baik
	14	4	M	1	L	1	N	1			

6. Riwayat kehamilan sekarang

- a. G₂ P₁ A₀
 b. HPHT : 16-01-2018 HPL : 23-10-2018.
 c. UK :
 d. Gerakan janin : - x sehari, pergerakan janin pertama kali bulan.....
 e. Imunisasi Tokoid Tetanus : sebanyak.....kali, yaitu :

- f. Kecemasan : tidak ada
 g. Tanda-tanda bahaya : tidak ada
 h. Tanda-tanda persalinan : tidak ada
7. Riwayat penyakit yang pernah diderita
 Jantung : tidak ada
 Hipertensi : tidak ada
 Diabetes Mellitus : tidak ada
 Malaria : tidak ada
 Ginjal : tidak ada
 Asma : tidak ada
 Hepatitis : tidak ada
 Riwayat operasi abdomen/SC : tidak ada
8. Riwayat penyakit keluarga
 Hipertensi : tidak ada
 Diabetes Mellitus : tidak ada
 Asma : tidak ada
 Lain-lain : ada/tidak riwayat kembar
9. Riwayat KB : KB suntik 3 bulan
10. Riwayat psikososial
 Status perkawinan : sah kawin : 1 kali
 Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : senang
 Pengambilan keputusan dalam keluarga : musyawarah
 Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : Rumah Sakit
 Tempat rujukan jika ada komplikasi : RS
 Persiapan menjelang persalinan :
11. Activity Daily Living
 a. Pola makan dan minum :
 Frekuensi : 3 kali (minum : 5-6 gelas/hari)
 Jenis : porsir : 1 piring sedang
 Keluhan/pantangan : nasi + sayur + buah
 b. Pola istirahat
 Tidur siang : 1-2 jam
 Tidur malam : 7-8 jam
 c. Pola eliminasi
 BAK : 5-6 kali/hari, warna : kuning jernih
 BAB : 6-7 kali/hari, konsistensi :
 d. Personal hygiene
 Mandi : 2 kali/hari
 Ganti pakaian/pakaian dalam : 2 kali/hari
 e. Pola aktivitas
 Pekerjaan sehari-hari : IRT
 f. Kebiasaan hidup
 Merokok :
 Minum-minuman keras : tidak ada
 Obat terlarang :
 Minum jamu :

C. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Sedang
2. Tanda-tanda vital
 - . Tekanan darah : 100/80 mmHg
 - . Nadi : 82 kali/menit
 - . Suhu : 36.5 °C
 - . Respirasi : 24 kali/menit
3. Pengukuran tinggi badan dan berat badan
 - . Berat badan : 56 kg, kenaikan BB selama hamil : 12 kg
 - . Tinggi badan : 155 cm
 - . Lila : 25 cm
4. Pemeriksaan fisik
 - a. Postur tubuh :
 - b. Kepala
 - . Muka : Bersih, cloasma : tidak ada, oedema : tidak ada.
 - . Mata : Bersih, Conjunctiva : Sclera :
 - . Hidung : Bersih, polip : tidak ada.
 - . Mulut/bibir :
 - c. Leher : tidak ada pembengkakan thyroid.
 - d. Payudara :
 - Bentuk simetris : Simetris
 - Keadaan puting susu : hiperpigmentasi menonjol.
 - Areola mammae : Hiperpigmentasi
 - Colostrum : Belum ada.
 - e. Perut
 - . Inspeksi :
 - . Palpasi :
 - a) Leopold I :
b) Leopold II :
c) Leopold III :
d) Leopold IV :
e) TBJ :
f) TFU :
g) Kontraksi :
Auskultasi :
DJJ :
h) Ekstremitas Atas : lengkap, bersih, simetris, tidak oedema (varices)
Bawah : lengkap, bersih, simetris, tidak oedema / varices.
 - i) Genitalia :
Anus :
5. Pemeriksaan Panggul
 - Lingkar Panggul :
Distosia Cristarum :
Distosia Spinarum :
} tidak dilakukan.

Conjuncta Bourdeloque : tidak dilakukan.
6. Pemeriksaan dalam

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG:

Pemeriksaan Laboratorium (* Jika ada indikasi Albumin):

* Keton:

Hb : 11,5

Gol darah: 0⁺

Ht :

Rh :

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN :

- Diagnosa :
DS :
DO :
- Masalah :
DS :
DO :
Kebutuhan :
DS :
DO :

III. ANTISIPASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

.....
Dasar :

IV. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI/ RUJUK

.....
Dasar

V. INTERVENSI : JAM :

Merencanakan asuhan secara menyeluruh dengan rasional meliputi:

1. Terapi dan asuhan
2. Pendidikan dan kesehatan
3. Konseling
4. Kolaborasi (jika diperlukan)
5. Rujukan (jika diperlukan)
6. Tindak lanjut

No	Intervensi	Rasional

II. Identifikasi Diagnosa, Masalah dan kebutuhan.

Diagnosa : Ny. T, G3 P1 A0 usia 28 tahun - UK 6 minggu sehari, Janin tunggal, keadaan dengan kehamilan Ektopik terganggu.

DS : - Ibu mengatakan lemas, pusing, serta keluar darah leucor (kemungkinan efek) sejak tanggal 4/3 - 2018.
- Ibu mengatakan nyeri pada bagian bawah perut.

DO : - KGS : CM
- KU : Sedang
TTV : TD = 100/90
T = 36,8
P = 88 x / m
R = 24 x / m
- Hasil USG : KET.

Masalah : Nyeri pada bagian abdomen.

Kebutuhan : - Dukungan psikologis
- Pantau KU & TTV
- Pantau pemberian nutrisi
- Beri therapy sesuai arahan dokter.

III. Diagnosa Masalah Potensial
Syok Hipovolemik.

Antisipasi
Identifikasi Tindakan segera.

- Bed rest.
- Konsultasi dgn dokter obgyn.

Intervensi.

No.	Intervensi	Rasionalisasi
1.	Beritahu ibu dan keluarga pemeriksaan saat ini serta kondisi janinnya dan hasil pemeriksaan fisile.	Menyapkan langkah awal bagi bidan dlm membina komunikasi yang efektif dlm proses keE
2.	Lakukan pendekatan dengan pasien.	Terjalinnya hubungan baik dengan pasien, sehingga pasien lebih kooperatif terhadap setiap tindakan yang dilakukan
3.	Berikan dukungan psikologis pada pasien	Ibu lebih tenang dan dapat menerima keadaan.
4.	Pantau lau dan rtv	Defeksi dini adanya kelainan.
5.	Kolaborasi dengan dokter dlm pemberian therapy.	Fungsi dependent bidan.

IV. Implementasi.

No.	Pukul	Kegiatan	Pang.
1.	08.00	<p>Melakukan pendekatan dengan pasien (perkenalan diri) dan melakukan pemeriksaan fisile serta pemeriksaan vital sign.</p> <p>HTH : 16-01-2018. \Rightarrow G2 P1 A0.</p> <p>TTP : 23-10-2018.</p> <p>UK : 6 mng shari</p> <p> $L_1 =$ $L_2 =$ $L_3 =$ $L_4 =$ </p> <p>hidak dilakukan.</p> <p>RTV : TD : 100/gommltg.</p> <p>$T = 36,8^{\circ}\text{C}$</p> <p>$P = 88 \times L_i$</p> <p>$Re = 24 \times L_i$</p> <p>Eu : Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan.</p>	
2.	08.30	<p>Mengajakkan ibu untuk tidur & bed rest.</p> <p>Eu : Ibu sudah mengetahui dan melakukannya.</p>	

No.	Ruku	Kegiatan	Punf.
3.	09.45	Memberi Ibu dukungan emosional. Ev : Ibu menerima saran dari bidan dan bersedia dilakukan tindakan.	
4.	10.30	Mamantau kebutuhan nutrisi Ibu Ev : Ibu sudah mengetahui dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi.	
5.	10.35	Kolaborasi dengan dokter obgyn dalam pemberian terapi dan tindakan. Ev : Dokter sudah mengetahui kondisi pasien dan akan dilakukan laparotomi.	

VII. Evaluasi.

=> Data Perkembangan Hari ke-I. (14.00)/DS

- S :
- Ny. T 60 P. 40, 28 tahun uk 6mg shari, janin tunggal dengan kehamilan ektopik terganggu.
 - Ibu mengatakan lemas, pusing serta keluar darah dari kemaluan (flek) sejak tgl 4/3-2018.
 - Ibu mengatakan nyeri pada bagian abdomen.

O :

Kes = Gm
ku = sedang.
TTU = TD = 100/90 mmHg.
T = 36.8.
P = 94/Li
R2 = 24 x Li

uk : 6mg shari

HPHT : 16-01-2018. TTP : 23-10-2018.

L1-L4 : tidak dilakukan.

A : Ibu G.P. A.O 20 tahun uk. 6 mng shan dengan ket.

Masalah : Belum Teraksi.

Kebutuhan : Kolaborasi tindakan dan pemberian therapy kepala dr. eklyn.

P :
- Pantau ku dan TTV
- Persiapan operasi (laparotomi) 12.10 / 6-3/2019.
- Beri dukungan emosional
- Pantau perdarahan.
- Kolaborasi dgn dokter dalam pemberian therapy.

→ Data Penunjang

Urine Profil

⇒ kesimpulan : Masih tampak bayangan endogenik yang menyempai fetus di dalam cavum uteri

Hasil Lab : Hematologi.

Hemoglobin	= 11,5 g%
Leukosit	= 10.100
Eritrosit	= 3,64
Jlh. Trombosit	= 274.000
Laju Endap Darah	= 10
Hematokrit	= 31

Elektrolit :
⇒ clorida = 108
kalium = 4.4
Natrium = 104.

me → asam pH 6.0.

Data Perkembangan Hari ke-11.
20.00 / DS / 7/3-2000.

S

- Ibu mengatakan nyeri pada ulu hati
- Ibu mengatakan nyeri pada luka operasi.

O

- Kes : CM
- KU : Baik
- TV \Rightarrow TD = 120/90 mmHg.
- T = 37,1 °C
- P = 62 x/i
- RR = 20 x/i

- Terpacang IUTD R-As 20ttc/i
- Terpacang D.Cateter 400cc (sudah di buang)
- Skala nyeri 4-5

A:

Ibu G2P1A0 28 tahun, uk 6mgg shari dengan KET.

Masalah : Nyeri
(Masalah sebagian teratasi).

Kebutuhan : Pantau ku dan TV.

Pantau kebutuhan nutrisi & Cairan ibu.




Beri therapy sesuai anjuran dokter :

- IUTD R-As 20ttc/i
- Terpacet 1gram / 8jam
- Kefurolac 1amp / 8jam.
- Pumpster 1amp / 12jam.

P

- Pantau ku & TV.
- Beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan.
- Kaji skala nyeri.
- Ajarkan teknik relaksasi.
- Kolaborasi dgn dokter dalam pemberian therapy.

KEGIATAN KONSULTASI PENYELESAIAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)




No.	Hari/Tgl	Dosen Pembimbing	Pembahasan	Paraf Dosen Pembimbing
1.	9 Mei 2018	R. Oktaviana S, Simorangkir, SST, M.Kes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perkenalan dengan dosen pembimbing LTA 2. Arahan pengetahuan tugas Laporan Akhir. 3. Penyelesaian BAB I - V untuk dikoreksi pada konsultasi selanjutnya. 4. Konsultasi kepada Pembimbing untuk persetujuan judul LTA. 	
2.	14 Mei 2018	R. Oktaviana S, SST, M.Kes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasi kepada dosen pembimbing dimulai dari BAB I - V + cover 2. Memperbaiki format penulisan, referensi buku ditambah, jurnal harus akurat 3. Penambahan Teori pada BAB II, (Penanganan tanpa tindakan bedah). 4. Bedah dan penanganan dengan tindakan bedah). 5. Perbaikan pada BAB IV (Pembahasan) 6. Menambahkan tindakan sebelum dilakukan laparotomi pada kasus penulis dan keakuratan kasus tsb. (di RSE Medan 15/5-2018). 	
3.	16 Mei 2018	R. Oktaviana S, SST, M.Kes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaikan pada BAB III (Data Pertimbangan, data penunjang dan Penanganan pada kasus LTA) 2. Penambahan pada BAB V - Perbaikan pada kesimpulan (dalam bentuk Paragraf) dan farzin. 3. Melengkapi BAB I-V, Cover pada Esat konsultasi selanjutnya. 4. Perbaikan Penomoran. 	

STIKes
Medan

Elisabeth

4.	17 Mei 2018	R. Oktaviana S, SSI, M.Kes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaikan pada BAB II (Penulisan dan teori) 2. Perbaikan teknik penulisan, paragraf dan Jarak Penulisan pada kertas. 3. Menambahkan daftar isi, kata pengantar, persetyujuan pada kertas LTA 4. Membuat teori dan kasus dalam bentuk Power Point. 5. Maksimal di print lengkap 	ROD
5.	18 Mei 2018	R. Oktaviana S, SSI, M.Kes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menambahkan intikasi / Abstrak pada pendahuluan laporan. 2. Perbaikan pada Daftar isi. 3. Perbaikan penulisan urutan pada BAB I dan II. <p>Kec. Nid</p>	ROD
6.	23 Mei 2018	R. Oktaviana S, SSI, M.Kes	<p>Sidang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Sistem penulisan. - Ikuti Pedoman LTA dan BAB I - V - Perbaikan judul LTA. 	ROD

KEGIATAN KONSULTASI PENYELESAIAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

No.	Hari/Tgl	Dosen Pembimbing	Pembahasan	Paraf Dosen Pembimbing
	24 Mei 2018	R. Oktaviana S, SST, M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan Sistem penelitian - Penambahan Teori - Ahar Paragraf - Lengkapi cv, lembar persetujuan, pengesahan dan mengatur cover - Melengkapi leaflet 	
	25 Mei 2018	R. Oktaviana S, SST, M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan logo baru D3 kebidanan. - Konsultasi ke Koordinator LTA 	
	26 Mei 2018	Ko. LTA Flora Nabaho, SST, M.Kes.	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan judul - Perbaikan cover, logo, pengesahan, persetujuan dan penelitian. - Perbaikan infikan, penelitian dan judul. 	

STIKes Santa Elisabeth
Medan

26 Mei 2010	Koordinator LTA Flora Nabaho, EST, M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan Daftar Pustaka - Masalah dalam implementasi untuk pendaftaran - Laporan: Rombongan ACC jilid 	<i>[Signature]</i>
26 Mei 2010	R. Oktaviana S, EST, M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> - Logo Baru DS Kebidanan ACC jilid 	<i>[Signature]</i>

Kehamilan Ektopik Terganggu



PRODI D3 KEBIDANAN

Oleh:

Lismawati Waruwu

15.037

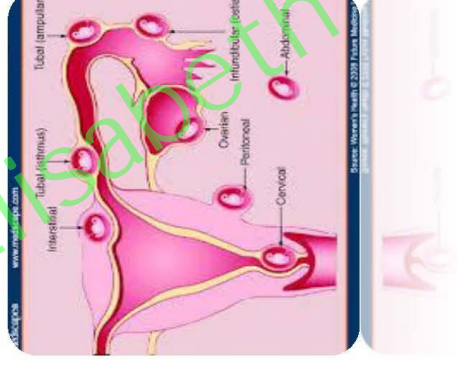
Program Studi D3 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
(STIKes) Santa Elisabeth

Medan

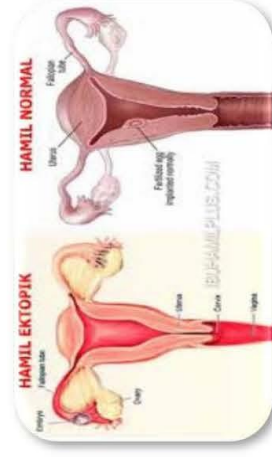
Tahun 2018

Kehamilan Ektopik adalah kehamilan yang berlangsung diluar endometrium yang normal (kavum uteri). Perjalanan hasil konsepsi dapat terganggu dalam perjalanannya sehingga tersangkut dalam lumen tuba. Tuba fallopi tidak mempunyai kemampuan untuk berkembang dan menampung pertumbuhan janin sehingga setiap saat kehamilan yang terjadi, terancam pecah.

Kehamilan ektopik sudah banyak disebabkan karena secara patofisiologis mudah dimengerti sesuai dengan proses awal kehamilan sejak pembuahan sampai nidasi. Dengan demikian, faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya hambatan dalam nidasi embrio ke endometrium menjadi penyebab kehamilan ektopik



Terdapat dua pengertian Ektopik
Terganggu yng perlu mendapat
perhatian yaitu kehamilan ektopik
adalah kehamilan yang berimplantasi
diluar endometrium dan kehamilan
ekstrauterin adalah kehamilan yang
berimplantasi diluar uterus.



Namun, 100% kehamilan ektopik
berakhir dengan kematian fetus,
biasanya dalam delapan minggu
pertama kehamilan. Sekitar 0,1%
kehamilan ektopik berakhir dengan ibu
bila struktur tempat fetus berkembang
mengalami rupture sehingga
menyebabkan perdarahan
intraabdominal.

Kehamilan Ektopik adalah
kehamilan yang berlangsung
(bermidsi) diluar endometrium
yang normal (kavum uteri).
Perjalanan hasil konsepsi dapat
terganggu dalam perjalanannya
sehingga tersangkut dalam
lumen tuba. Tuba fallopi tidak
mempunyai kemampuan untuk
berkembang dan menampung
pertumbuhan janin sehingga
setiap saat kehamilan yang
terjadi, terancam pecah.

**Penanganan Kehamilan Ektopik
Terganggu:**

Penanganan Dini:

Bila kehamilan ektopik di diagnosa
sejak dini, sebelum gejala rupture atau
perdarahan, wanita bisa diobati secara
medis tanpa tindakan bedah.

Penanganan Bedah

1. Laparotomi adalah tindakan ini
lebih disukai jika wanita tersebut
secara hemodinamik tidak stabil
atau jikalau tidak mungkin
dilakukan Laparoskopi.
2. Laparoskopi adalah tindakan yang
dapat digunakan sebagai alat bantu
diagnostic terakhir untuk
kehamilan ektopik apabila hasil
penilaian prosedur diagnostic yang
lain meragukan

