

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Tinjauan Medis**

##### **1. Kehamilan**

###### **a. Pengertian Kehamilan**

Kehamilan merupakan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi sampai aterm (Manuaba IGB, 2010; h. 75).

Kehamilan adalah dimulainya dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saefudin AB, 2008; h. 89) sedangkan menurut Prawirohardjo (2008;h.213) kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah proses alamiah (bukan patologis) dan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin sejak dari konsepsi sampai aterm.

## b. Fisiologi Kehamilan

Konsepsi merupakan pertemuan antara sperma dan sel telur yang menandai awal kehamilan. Peristiwa ini merupakan rangkaian kejadian yang meliputi pembentukan gamet ( telur dan sperma ), ovulasi ( pelepasan telur), penggabungan gamet dan implantasi dan embrio di dalam uterus

Setiap bulan satu ovum atau kadang – kadang lebih menjadi matur, dengan sebuah penjamu mengelilingi sel pendukung. Saat ovulasi ovum keluar dari folikel ovarium yang pecah. Ovum tidak dapat berjalan sendiri. Kadar ekstrogen yang tinggi meningkatkan gerakan uterina, sehingga silia tuba tersebut dapat menangkap ovum dan menggerakannya sepanjang tuba menuju rongga rahim. Ovum dianggap subur selama 24 jam setelah ovulasi.

Terjadinya pertemuan dan persenyawaan antara sel mani dan sel telur disebut penghamilan ( fertilisasi ). Fertilisasi terjadi di ampula tuba dan syarat dari setiap kehamilan adalah harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum ( konsepsi ) dan nidasi hasil konsepsi.

Dengan adanya fertilisasi inti ovum segera berubah menjadi pronukleus betina, sementara spermatozoon setelah melepaskan ekornya berubah menjadi pronukleus jantan. Kedua pronukleus ini akhirnya melebur ditengah – tengah sitoplasma sel telur dan terjadilah zigot, sebuah sel tunggal, awal sebuah kehidupan baru makhluk manusia. ( kusmiyati Y, 2009; h.33 ).

### 1) Ovulasi

Ovulasi terhenti dan masih terdapat korpus luteum gravidarum sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia kehamilan 16 minggu (Manuaba IGB, 2010; h. 92)

### 2) Spermatozoa

Sperma berbentuk seperti kecebong, terdiri atas, kepala, yang bentuk lojong agak gepeng berisi inti (nukleus); leher, yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah; dan ekor, yang dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat. Panjang ekor kira-kira 10x bagian kepala. (Mochtar R, 2012: h.16)

Sebagian spermatozoa dalam perjalanannya mengalami kematian dan hanya beberapa ratus yang dapat dicapai tuba fallopi. Spermatozoa yang masuk kedalam alat genitalia wanita dapat hidup selama 3 hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi (Manuaba, 2010; h.76)

### 3) Konsepsi

Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. Proses konsepsi dapat berlangsung seperti uraian dibawah ini. Keseluruhan proses tersebut merupakan rantai fertilisasi atau konsepsi.

- a) Ovum yang lepas dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata, yang mengandung persediaan nutrisi.
- b) Pada ovum dijumpai inti dalam bentuk metafase ditengah sitoplasma yang disebut vitellus
- c) Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitellus, melalui saluran pada zona pelusida.

- d) Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup selama didalam ampula tuba.
- e) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanal servikalis dengan kekuatan sendiri. (Manuaba, 2010, h. 75-79).

#### 4) Nidasi

Nidasi atau Implantasi adalah penanaman sel telur yang sudah dibuahi ( pada stadium blastokista) ke dalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior atau posterior. Pada saat implantasi, selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2-3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok-kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan.

Proses Nidasi:

Blastokista tingkat lanjut diselubungi oleh suatu selaput disebut trofoblas yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastokista mencapai rongga rahim jaringan endometrium berada dalam masa sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen, serta mudah dihancurkan oleh trofoblas. Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (inner-cell mass) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya,

terkadang saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (Tanda Hartman). Umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri. (Ummi dkk, 2010, h. 38-39)

Flek yang dianggap normal adalah tibia terjadi pada trimester pertama, jumlahnya sedikit dan tidak berlangsung lama (kurang dari 1 hari) dan tidak ada gejala.

Flek yang dianggap tidak normal dan harus diperhatikan adalah flek yang keluar dari alat genitalia dan jumlahnya  $\pm 4$  cc dan disertai nyeri perut bagian bawah.

a) Penyebab flek yang tidak berbahaya

- (1) Melekatnya sel telur yang sudah dibuahi ke dinding rahim, hal ini normal pada kehamilan, jumlah darah yang sangat sedikit.
- (2) Perubahan hormone, keluar flek yang disebabkan oleh perubahan hormone saat hamil, biasanya terjadi pada minggu-minggu awal kehamilan, tetapi pada sebagian wanita dapat menetap sampai akhir kehamilan.

b) Penyebab yang membahayakan.

- (1) Keguguran, perdarahan vagina merupakan tanda awal keguguran disertai dengan nyeri perut.
- (2) Blighted ovum, walaupun dari pemeriksaan USG terlihat tanda-tanda kehamilan didalam rahim, namun embrio gagal berkembang sehingga akan terjadi perdarahan.
- (3) KET, sel telur telah dibuahi menempel diluar rahim, yang sering menempel di tuba fallopi sehingga tidak dapat

berkembang karena kekurangan nutrisi, disertai nyeri perut dan perdarahan-perdarahan akibat kehamilan ektopik sangat berbahaya karena bisa mengancam nyawa ibu.

c) Diagnosa kehamilan

1) Tanda tidak pasti kehamilan

Tanda tidak pasti kehamilan dapat ditentukan oleh :

a. Tanda hegar

Ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 ampai 6 minggu.

b. Tanda Chadwick

Perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat diporsio, vagina dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.

c. Tanda Piskacek

Pembesaran dan pelunakan rahim kesalah satu sisi rahim yang berdekatan dengan tuba uterine. Biasanya, tanda ini ditemukan di usia kehamilan 7-8 minggu.

d. Kontraksi Braxton-Hicks

Kontraksi-kontraksi kecil uterus jika dirangsang.

2) Tanda mungkin kehamilan

- a) Amenorea ( terlambat datang bulan ). Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de Graaf dan ovulasi

- b) Mual dan muntah (emesis). Pengaruh ekstrogen dan progesterone menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan.
- c) Sinkope atau pingsan. Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkop atau pingsan.
- d) Payudara tegang. Pengaruh estrogen-progestron dan samatomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara.
- e) Konstipasi atau obstipasi. Pengaruh progesterone dapat menghambat peristaltic usus, menyebabkan kesulitan buang air besar.
- f) Varises atau penampakan pembuluh darah vena. (manuaba, 2010, h. 107-108)
- g) Test kehamilan. Yang " banyak dipakai dalam pemeriksaan kehamilan adalah Hormon Chorionic Gonadotropin (HCG) dalam urin. Dasarnya reaksi antigen-antibody-HCG sebagai antigen (Varney, 2006).

### 3) Tanda pasti kehamilan

Tanda pasti kehamilan dapat ditentukan melalui :

- a) Adanya pergerakan janin.
- b) Terlihat / teraba bagian-bagian janin.
- c) Denyut jantung janin. Didengar dengan stetoskop Laenec, alat kardio tokografi, alat Doppler. Dilihat dengan ultrasonografi. Pemeriksaan dengan alat canggih yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin,

ultrasonografi.( Manuaba,2012, h. 109)

d) Pemeriksaan penunjang

(1) USG

USG merupakan suatu metoda diagnostic dengan menggunakan gelombang ultrasonic untuk mendapatkan gambaran dari janin, plasenta dan uterus.Pada trimester II dan III USG sering digunakan untuk menentukan letak dan presentasi janin.( Wiknjosastro, 2006)

(2) Pemeriksaan laboratorium

1) Tes kehamilan

Tes kehamilan pada wanita hamil dengan abortus imminens dihasilkan positif, ini menandakan janin masih hidup, bahkan 2-3 minggu setelah abortus (Sujiyatini dkk, 2009; h. 31).

2) Kadar Hemoglobin

Kadar haemoglobin untuk mengetahui apakah ibu dalam keadaan anemia atau tidak.Kadar Hb normalnya pada wanita hamil adalah 11 gr % (Kriebs JM, 2010; h. 250).

d) Perubahan fisiologi ibu hamil

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi ( janin, plasenta, amnio) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dan



cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 g dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, cairan amnion rata – rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 l bahkan dapat mencapai 20 l atau lebih dengan berat rata – rata 1100 gr (Prawirohardjo S, 2008; h.175).

2) Ovarium

a) Ovulasi terhenti

b) Masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron (Mochtar, 2012).

3) Vagina dan vulva

Karena pengaruh estrogen, terjadi perubahan pada vagina dan vulva. Akibat hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina dan porsio serviks disebut tanda Chadwick (Wiknjosastro, 2006).

4) Dinding perut

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya selabut elastik dibawah kulit sehingga timbul striae gravidarum. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan

ganda dapat terjadi diastasis rekti bahkan hernia. Kulit perit pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra (Mochtar, 2012).

e) Diagnosa banding kehamilan

Pembesaran perut wanita tidak selamanya merupakan kehamilan sehingga perlu dilakukan diagnosis banding di antaranya :

(1) Hamil palsu (pseudosisis) atau kehamilan spuria.

Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat cangih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan

(2) Tumor kandungan atau mioma uteri. Terdapat pembesaran rahim, tetapi tidak disertai tanda hamil. Bentuk pembesaran tidak merata. Perdarahan banyak saat menstruasi

(3) Kista ovarium. Pembesaran perut, tetapi tidak disertai tanda hamil dan menstruasi terus berlangsung, lamanya pembesaran perut dapat melampaui usia kehamilan. Pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan hasil negative

(4) Hematometra terlambat datang bulan yang dapat dilampaui usia kehamilan. ( Manuaba, 2010, h. 109)

f) Penatalaksanaan kehamilan normal

a. Menentukan diagnosis ada tau tidak adanya kehamilan

b. Menentukan usia kehamilan dan perkiraan persalinan.

- c. Pengawasan kesehatan ibu, deteksi dini penyakit penyerta dan komplikasi kehamilan, menetapkan dan merencanakan yang optimal terhadap resiko kehamilan (tinggi, meragukan dan rendah)
- d. Menentukan status kesehatan ibu dan janin
- e. Menentukan rencana dan penatalaksanaan selanjutnya.  
(Fitramaya, 2010; h. 29)

g) Penyulit yang menyertai kehamilan

Penyulit yang menyertai kehamilan ditandai dengan bahaya ibu dan janin pada kehamilan muda dimana kehamilan tersebut merupakan hal yang fisiologis. Pada hakekatnya kehamilan yang normal dapat berubah menjadi kehamilan yang patologis. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh seorang bidan untuk menapis resiko yaitu dengan melakukan pendeteksian dini adanya komplikasi ataupun penyulit yang kemungkinan terjadi selama hamil muda. Komplikasi ibu dan janin yang mungkin terjadi pada masa kehamilan muda meliputi, emesis dan hiperemesis gravidarum, anemia pada kehamilan. (Manuaba, 2010; h. 227-237).

Perdarahan selama kehamilan terbagi menjadi dua yaitu perdarahan pada kehamilan muda atau umur kehamilan <20 minggu seperti abortus, kehamilan ektopik, dan kehamilan mola hidatidosa. Sedangkan perdarahan yang terjadi pada kehamilan lanjut atau umur kehamilan >20 minggu seperti

plasenta previa, solusio plasenta, dan ruptur uteri.  
(Prawirohardjo, 2009; h. 474-488).

## 2. Abortus

### a. Definisi

Abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin cukup berkembang untuk dapat hidup diluar kandungan yakni sebelum usia kehamilan 20 minggu dari tanggal hari pertama haid terakhir atau berat janin kurang dari 500 gram.( Noerjasin, 2012)

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belummampu untuk hidup di luar kandungan (Prawirohardjo S, 2008; h.145).

Abortus adalah dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandung kandungan dengan berat badan kurang dari 1000 gram atau usia kehamilan kurang dari 28 minggu (Manuaba IGB, 2010; h.287).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa abortus adalah keluarnya janin sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat badan bayi < 500 gram.

### b. Klasifikasi

Berdasarkan jenis tindakan, abortus dapat dibagi atas 2 golongan :

#### 1) Abortus spontan (spontaneous abortion)

Adalah abortus yang terjadi dengan tidak didahului faktor-faktor mekanis ataupun medisinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor-faktor alamiah, sekitas 15%-20% terminasi kehamilan merupakan abortus spontan.(Taufan, 2012, h. 72)

Abortus spontan terdiri atas :

a) Abortus imminens ( threatened)

Suatu abortus imminens dicurigai bila terdapat pengeluaran vagina yang mengandung darah, atau pendarahan pervaginam pada trimester pertama kehamilan. Suatu abortus imminens dapat atau tanpa disertai rasa mulas ringan, sama dengan pada waktu menstruasi atau nyeri pinggang bawah. Perdarahan pada abortus imminens seringkali hanya sedikit, namun hal tersebut berlangsung beberapa hari atau minggu. ( mufdlillah, 2009, h. 22)

b) Abortus insipiens (inivitable)

Merupakan suatu abortus yang tidak dapat dipertahankan lagi ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya pembukaan serviks. Pada keadaan ini didapatkan juga nyeri perut dibagian bawah atau nyeri kolik uterus yang hebat. Pada pemeriksaan vagina memperlihatkan dilatasi ostium serviks dengan bagian konsepsi menonjol. Hasil pemeriksaan USG mungkin didapatkan jantung janin masih berdenyut, kantong gestasi kosong (5-6,5 minggu), uterus kosong (3-5 minggu) atau perdarahan banyak dibagian bawah. (Mufdlillah, 2009, h. 23)

c) Abortus inkompletus (incomplete)

Abortus inkompletus adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis terbuka dan jaringan

dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum. Pada USG didapatkan endometrium yang tipis dan irreguler. (Mufdlilah, 2009, h.23)

d) Abortus kompletus (complete)

Pada abortus kompletus semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan. Pada penderita ditemukan perdarahan sedikit, ostium uteri telah menutup, an uterus sudah banyak mengecil. Selain ini, tidak ada lagi gejala kehamilan dan uji kehamilan menjadi negatif. Pada pemeriksaan USG didapatkan uterus yang kosong. (Mufdlilah, 2009, h. 23-24)

e) Abortus tertunda (missed abortion)

Abortus tertunda adalah kematian janin sebelum 20 minggu, tetapi janin yang telah mati tersebut tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih. Etiologi missed abortion tidak diketahui, tetapi diduga adanya pengaruh hormone progesteron. Pemakaian hormon progesteron pada abortus imminens mungkin juga dapat menyebabkan missed abortion. (Marsha, 2012, h. 135)

f) Abortus habitualis

Abortus habitualis adalah abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih berturut-turut. Abotus spontan terjadi dalam 10 % kehamilan dan abortus habitualis 3,6-9,8% dari abortus spontan. (Taufan, 2012, h.84)

g) Abortus infeksiosa, abortus septik

Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai infeksi pada genetalia. (Masha, 2012, h. 135)

Abortus septik adalah keguguran yang tidak disertai infeksi berat dengan kuman atau toksinnya kedalam peredaran darah atau periotenum. Hal ini sering ditemukan pada abortus kriminalis tanpa memperhatikan syarat-syarat aseptik dan antiseptik. Bahkan pada keadaan tertentu dapat terjadi perforasi rahim. (Taufan, 2012, h.85-88)

h) Abortus servikalis

Pada abortus servikalis keluarnya hasil konsepsi dari uterus dihalangi oleh ostium uteri eksternum yang tidak membuka, sehingga semuanya terkumpul dalam kanalis servikalis, dan serviks uteri menjadi besar dengan dinding yang menipis. (Marsha, 2012, h. 135)

2) Abortus provokatus (induced abortion)

Adalah abortus yang dsengaja, baik dengan memakai obat-obatan maupun alat-alat. Abortus ini dibagi lagi menjadi :

a) Abortus medisinalis(therapeutic abortion)

Adalah abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan, dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis).

Biasanya perlu mendapatkan persetujuan 2 sampai 3 dokter ahli.

b) Abortus kriminalis (criminal abortion)

Adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis. (Taufan, 2012, h. 72)

### 3. Abortus incomplet

#### a. Definisi

Abortus inkompletus adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum. Pada USG didapatkan endometrium yang tipis dan irreguler. (Mufdlilah, 2009, h.23)

#### b. Etiologi

##### 1) Factor janin

Temuan morfologis tersering pada abortus dini adalah kelainan perkembangan zigot, janin bentuk awal atau kadang-kadang plasenta. (Cunningham, 2006; h 952)

##### 2) Factor ibu (maternal)

###### a) Umur

Umur pada resiko abortus spontan meningkat seiring dengan usia ibu dan ayah. Faktor abortus secara klinis terdeteksi meningkat dari 12% pada wanita berusia <20 minggu dan menjadi 26% pada mereka yang usianya lebih dari 40 tahun. (Cunningham, 2006; h.951)

###### b) Paritas atau jumlah anak lahir

Paritas juga mempengaruhi peningkatan terjadinya abortus apabila wanita atau klien hamil dalam 3 bulan setelah melahirkan aterm. (Cunningham, 2006;h.951).



c) Penyakit menahun ibu seperti hipertensi, penyakit ginjal, penyakit hati, dan penyakit diabetes militus. (Manuaba, 2010;h.289).

d) Penyakit infeksi

Sejumlah penyakit kronik diperkirakan menyebabkan abortus seperti herpes simplek yang dapat menyebabkan abortus setelah terjadi infeksi genetalia pada awal kehamilan, HIV dalam darah ibu. (Cunningham, 2006; h. 953)

3) Pola kebutuhan sehari-hari

a) Nutrisi

Tidak ada bukti yang menyakinkan bahwa defisiensi salah satu zat gizi atau defisiensi sedang semua nutrien merupakan penyebab abortus yang penting. Mula dan muntah yang timbul agak sering pada awal kehamilan, dan semua penyakit yang dipicunya, jarang diikuti oleh abortus spontan, dimana jika ibu yang mengkonsumsi kafein dalam jumlah banyak beresiko terdapat abirtus. (Cunningham, 2006;h. 954).

b) Aktivitas

Perlu dikaji untuk mengetahui dimana ibu yang bekerja sebagai perawat gigi sering terpapar gas-gas anasetik sehingga beresiko terjadi abortus incomplet, dan melakukan pekerjaan berat atau mengangkat beban berat.( Cunningham, 2006, h.955)

c) Pola istirahat

Dikaji untuk mengetahui apakah kebutuhan istirahat ibu tercukupi karena kurang istirahat pada ibu hamil akan

mengakibatkan sistem imun tubuh berkurang sehingga dapat menyebabkan terjadinya abortus.(Cunningham, 2006; 956)

d) Pola seksual

Dikaji untuk mengetahui senggama terakhir yang berpengaruh terhadap nyeri / perdarahan yang di alami, karena sperma mengandung prostagandin yang dapat mengakibatkan kontraksi sehingga terjadi perdarahan.( Cunningham, 2006, h. 956)

4) Faktor psikologi sosial dan kultural

Dengan adanya dukungan yang diberikan oleh suami dan keluarga secara langsung memberikan dampak positif kepada ibu karena dapat menciptakan kondisi yang nyaman dan tenang dalam dirinya sehingga ibu akan lebih semangat.

Dikaji untuk mengetahui pada pasien atau klien yang biasa merokok dan mengkonsumsi alkohol selama 8 minggu saat kehamilan dapat menyebabkan resiko terjadinya abortus spontan (Cunningham,2006;h. 954).

5) Pemakaian obat dan factor lingkungan, berbagai zat dilaporkan berperan, tetapi belum dipastikan, sebagai penyebab meningkatnya insidensi abortus. (Cunningham, 2006; h 954)

6) Factor imunologi

System imun juga termasuk sebagai factor penting dalam kematian janin berulang. Factor imunologi ini dibagi menjadi dua model patologi utama yang berkembang yaitu:

- a) Factor autoimun
- b) Factor aloimun

#### 7) Gamet yang menua

Peningkatan insidensi abortus yang relative terhadap kehamilan normal apabila inseminasi terjadi 4 hari sebelum atau 3 hari sesudah saat pergeseran suhu tubuh basal. Dengan demikian, mereka menyimpulkan bahwa penuaan gamet didalam saluran genitalia wanita sebelum pembuahan meningkatkan kemungkinan abortus. (Cunningham, 2006; h 957)

8) Trauma Fisik yaitu trauma yang tidak menyebabkan terhentinya kehamilan sering dilupakan. (Cunningham, 2006; h 957)

9) Kelainan yang terdapat dalam rahim. (Manuaba, 2010; h 216)

10) Laparotomi yaitu pembedahan yang dilakukan pada kehamilan tahap awal dapat meningkatkan angka abortus. Sebagai contoh tumor ovarium dan mioma bertangkai yang pada umumnya diangkat tanpa mengganggu kehamilan, akan tetapi peritonitis dapat meningkatkan kemungkinan abortus (Cunningham, 2006; h 957)

#### c. Patofisiologis

Patofisiologi terjadinya keguguran mulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta, yang menyebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan O<sub>2</sub>. Bagian yang terlepas dianggap benda, sehingga rahim berusaha untuk mengeluarkan dengan kontraksi.

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

atau sebagian hasil konsepsi. (Manuaba IGB, 2010; h 216)

d. Tanda dan gejala

- 1) Amenorea, disertai dengan PP test (+)
- 2) Nyeri perut / abdominal cramping, terkadang nyeri dideskripsikan menyerupai nyeri saat persalinan
- 3) Perdarahan yang bisa sedikit atau banyak, biasanya berupa stolsel (darah beku), sudah keluar fetus atau jaringan. (Joseph, 2011, h. 87)

e. Diagnose

Abortus diduga bila seseorang perempuan dalam masa reproduksi mengeluh adanya keterlambatan haid atau amenorea kurang dari 20 minggu yang disertai perdarahan pervaginam, disertai jaringan dan rasa nyeri atau kram dibagian supra simfisis. Pada abortus inkomplit jika sebagian hasil konsepsi telah keluar, namun sebagian masih tertinggal di dalam rahim dan ostium uteri eksternum dijumpai terbuka, kadang-kadang teraba adanya jaringan atau bahkan kadang menonjol di ostium. (Achadiat, 2009; h. 27).

f. Komplikasi

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

## 2) Perforasi

a) Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini penderita perlu diamati dengan teliti jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparatomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi, penjahitan luka perforasi atau perlu histerektomi.

b) Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh seorang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi pada kandung kemih atau usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadi perforasi, laparatomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi komplikasi.

## 3) Infeksi

Infeksi dalam uterus dan adneksa dapat terjadi dalam setiap abortus tetapi biasanya didapatkan pada uterus inkomplet yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman (unsafe abortion)

## 4) Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik). (Taufan, 2010, h. 32-33)

## g. Penatalaksanaan

### 1) Melakukan rujukan

- 2) Apabila disertai syok karena perdarahan, harus diberikan infus cairan NaCl fisiologi atau cairan Ringer Laktat, bila perlu disusul pemberian darah.
- 3) Setelah syok teratasi dilakukan ( kuretase)
- 4) Pasca tindakan diberikan injeksi metil ergometrin intra muscular untuk mempertahankan kontraksi otot uterus.( taufan, 2010, h. 36-37)
- 5) Jika perdarahan tidak terlalu banyak dan kehamilan kurang dari 16 minggu, evakuasi dapat dilakukan secara digital atau dengan cunam ovum untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang keluar melalui serviks. Jika perdarahan berhenti, beri ergometrin 0,2 mg I.M atau misoprosol 400 mcg per oral
- 6) Memastikan untuk tetap memantau kondisi ibu setelah penanganan.(Marmi, 2011, h. 59-60)
- 7) Kejadian abortus pada kehamilan kurang 20 minggu untuk tindakannya dilakukan AVM (Aspirasi Vakum Manual), tindakan dilatasi dan kuretase hanya dilakukan jika AVM tidak tersedia. Perencanaan yang dilakukan adalah infuse, pemberian antibiotik, persiapan curretage, perawatan post curettage dan anjurkan untuk control 1 minggu lagi, kemudian di lakukan perencanaan pada kasus Ny. S kehamilan 13 minggu 5 hari dilakukan Dilatasi dan kuretase. Padahal menurut teori di lakukan AVM namun pada kasus dilakukan Dilatase dan kuretase, hal ini disebabkan karena tidak tersedianya AVM.(Rukiyah, 2010, h. 151)

#### h. Pemeriksaan penunjang

- 1) USG kehamilan untuk mendeteksi adanya retensi produk/sisa kehamilan.
- b) Cek darah untuk mengantisipasi transfusi darah. (Taufan, 2012, h. 80)

### **B. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan**

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian analisa data, diagnose kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (PP IBI, 2006; h. 126).

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas bayi setelah lahir serta keluarga berencana (PP IBI, 2006; h. 126).

Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan ini berubah sesuai dengan kebutuhan klien.

Adapun penerapan 7 langkah varney tersebut yaitu:

#### 1. Tinjauan manajemen kebidanan varney

Proses manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara periodik yaitu:

a. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien yang meliputi data subyektif dan data objektif (Eatiwidani D, 2008; h. 134).

b. Langkah II : Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnose atau masalah berdasarkan interpretasi data-data yang telah dikumpulkan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah yang spesifik (Eatiwidani D, 2008; h. 134).

c. Langkah II : Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan diagnose atau masalah yang sudah diidentifikasi, dan membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan (Estiwidani D, 2008; h. 135).

d. Langkah IV : Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi dan kolaborasi

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

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan periodik atau kunjungan perinatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus (Estiwidani D, 2008; h. 136).



e. Langkah V : Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah– langkah sebelumnya.(Estiwidani D; 2008. h. 137).

f. Langkah VI : Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima yang dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana. (Estiwidani D, 2008; h. 138).

g. Langkah VII : Evaluasi tindakan

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.(Estiwidani D, 2008; h. 138).

**C. Pendokumentasian manajemen kebidanan dengan metode SOAP, meliputi:**

Data subjektif : Berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang di catat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

**Data objektif** : Merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan diagnostic lain. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

**Assesment** : Merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi ( kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

**Planning** : Membuat rencana asuhan ini dan yang akan datang. Rencana disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Dalam planning ini juga harus mencantumkan evaluation/evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang trlah di ambil untuk menilai efektifitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. (Mufdillah, 2009; h.90-91).

## 2. Tinjauan asuhan kebidanan

### a. Langkah I : Pengkajian (pengumpulan data)

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien yang meliputi data subjektik dan data objektif (Estiwidani D, 2008; h. 134).

#### A. Data Subjektif

##### 1. Identitas Klien

###### a. Nama

Identitas dimulai dengan nama pasien, yang harus jelas dan lengkap: nama depan, nama tengah ( bila ada ), nama keluarga, dan nama panggilan akrabnya (

Matondang S, 2009; h.5 ).

b. Umur

Umur yang beresiko kejadian abortus adalah wanita yang berumur kurang dari 20 tahun dan yang lebih dari 30 tahun karena organ reproduksi yang tidak sempurna.( Matondang S, 2009; h.5 ).

b. Agama

Data tentang agama juga memantapkan identitas, disamping itu perilaku seseorang tentang kesehatan dan penyakit sering berhubungan dengan agama.Kebiasaan, kepercayaan dan tradisi dapat menunjang namun tidak jarang dapat menghambat perilaku hidup sehat. Beberapa penyakit juga mempunyai predileksi rasial tertentu ( Matondang S,2009; h.6 ).

d. Pendidikan

Selain sebagai tambahan identitas, informasi tentang pendidikan, dapat mengakuratkan data yang akan diperoleh serta dapat ditentukan pola pendekatan dalam anamnesis ( matondang S,2009; h.6 ).

e. Pekerjaan

Berguna untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut dan berhubungan dengan kehamilan apakah pekerjaannya membahayakan kelangsungan kehamilan/tidak (Manuaba, 2010; h.120).

f. Suku bangsa

Data tentang suku bangsa juga memantapkan identitas, disamping itu perilaku seseorang tentang kesehatan dan penyakit sering berhubungan dengan suku bangsa. Kebiasaan, kepercayaan dan tradisi dapat menunjang namun tidak jarang dapat menghambat perilaku hidup sehat ( Matondang S,2009; h.6 ).

g. Alamat

Tempat tinggal pasien harus dituliskan dengan jelas dan lengkap dengan nomer rumah, nama jalan, RT, RW, kelurahan dan kecamatan serta bila ada nomer telponnya. Kejelasan alamat keluarga ini amat diperlukan agar sewaktu-waktu dapat dihubungi, disamping itu setelah pasien pulang mungkin diperlukan kunjungan rumah (Matondang S, 2009; h.6).

2. Keluhan utama

Keluhan utama dikaji tentang perdarahan dan nyeri, merupakan keluhan yang pertama disampaikan oleh pasien, (Matondang S, 2009; h. 6-7).

3. Riwayat kesehatan

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit infeksi dan menahun

a. Riwayat kesehatan dahulu

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu memiliki penyakit infeksi seperti HIV, sifilis, maupun virus TORCH, dimana penyakit tersebut dapat masuk ke peredaran

darah di plasenta sehingga mengakibatkan abortus. Dan penyakit menahun seperti diabetes dan hipertensi, dimana penyakit tersebut dapat masuk ke peredaran darah di plasenta sehingga mengakibatkan abortus. (Manuaba, 2010; h.619)

b. Riwayat kesehatan sekarang

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu memiliki penyakit infeksi seperti HIV, sifilis, maupun virus TORCH, dimana penyakit tersebut dapat masuk ke peredaran darah di plasenta sehingga mengakibatkan abortus. Dan penyakit menahun seperti diabetes dan hipertensi, dimana penyakit tersebut dapat masuk ke peredaran darah di plasenta sehingga mengakibatkan abortus. (Manuaba, 2010; h.619)

c. Riwayat kesehatan keluarga

Dikaji untuk mengetahui apakah di keluarga ibu memiliki penyakit infeksi seperti HIV, sifilis, maupun virus TORCH, penyakit menahun seperti diabetes dan hipertensi. Dan penyakit infeksi lainnya seperti tifus abdominal. (Manuaba, 2010; h.619)

4. Riwayat obstetrik

a. Riwayat menstruasi

Pengkajian terutama difokuskan pada HPHT (hari pertama haid terakhir) untuk dapat menentukan umur

kehamilan dan hari perkiraan kelahiran (HPL) (Kriebs JM, 2010; h. 248).

b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Dikaji kehamilan, persalinan, nifas yang lalu tujuannya untuk mengetahui adakah komplikasi atau tidak, jika pada kehamilan lalu ditanyakan pernah abortus, merupakan indikasinya terjadi abortus kembali. Sedangkan multigravida merupakan factor terbesar terjadinya abortus dibandingkan dengan primigravida (Fraser D,2009;h.274). Wanita dengan abortus spontan tiga kali atau lebih beresiko lebih besar mengalami kelahiran preterm, plasenta previa, presentasi bokong, dan malformasi janin pada kehamilan berikutnya (Cunningham, 2006; h. 965).

c. Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat perlu dikaji untuk mengetahui apakah terdapat kelainan perkembangan zigot, janin bentuk awal atau plasenta karena factor janin merupakan etiologi terjadinya abortu incomplete.( Cunningham, 2006; h. 952).

Dan pada kehamilan sekarang pasien atau klien mengeluh mengalami keterlambatan haid (aminorea) kurang dari 20 minggu yang disertai perdarahan pervaginam, padat, disertai jaringan dan rasa nyeri atau kram terutama didaerah supra simpisis. (Achadiat, 2009; h. 27). Pada abortus inkomplit pasien akan ditandai dengan

keterlambatan haid (amenorea), disertai dengan PP test positif (+), perdarahan dari jalan lahir biasanya banyak dan dapat disertai syok. (Sastrawinata, 2005; h. 7)

#### 1) ANC

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan secara berkala dan teratur. Pada kehamilan normal kunjungan antenatal selama kehamilan normalnya sebanyak 4 kali yaitu 1 kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester ke dua, dan dua kali pada trimester ke tiga. Hal ini untuk mengenali secara dini sebagai penyulit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil. (Prawirohardjo, 2007;h.284)

#### 2) HPHT

Untuk menentukan usia kehamilan dan hari perkiraan lahir, karena dikatakan abortus apabila usia kehamilan kurang dari 20 minggu. (HK, joseph, dkk, 2010;h.84)

Dikatakan abortus apabila umur kehamilan kurang dari 28 minggu atau berat janin kurang dari 1000 gram.(Manuaba I.G.B,2008;h.58)

#### 5. Status perkawinan

Riwayat perkawinan perlu dikaji untuk mengetahui usia perkawinan ibu dan lamanya perkawinan ibu. Umur yang

terlalu tua atau terlalu muda akan menimbulkan terjadinya abortus. (Matondang S, 2009; h. 5)

Kehamilan yang tidak diinginkan biasanya banyak dialami oleh remaja yang dikarenakan sek pernikahan atau seks bebas. Pada kehamilan yang diluar nikah dan yang tidak diinginkan kemungkinan orang tuanya akan single parents. Dan apabila terjadi pernikahan biasanya pernikahan tersebut bermasalah dengan beban perasaan tidak nyaman, stress dihantui raa malu, merasa bermasalah, depresi, pesimis, dan lain-lain (Cunningham, 2006;h. 951)

#### 6. Riwayat KB

Beberapa alat kontrasepsi dapat mengakibatkan buruk pada janin, ibu atau keduanya. Riwayat kontrasepsi yang lengkap harus di dapatkan pada kunjungan pertama. Penggunaan kontrasepsi oral sebelum kelahiran dan berlanjut saat kehamilan yang tidak diketahui dapat berakibat buruk pada pembentukan organ seksual janin. (Varney, 2007;h.413)

Faktor yang meningkatkan risiko abortus pada kehamilan yaitu masih terpasangnya IUD pada uterus (Kriebs JM, 2010; h. 248).

#### 7. Pola kebutuhan sehari-hari

##### a. Pola nutrisi

Tidak ada bukti yang menyakinkan bahwa defisiensi salah satu zat gizi atau defisiensi sedang semua nutrien



merupakan penyebab abortus yang penting. Mula dan muntah yang timbul agak sering pada awal kehamilan, dan semua penyakit yang dipicunya, jarang diikuti oleh abortus spontan, dimana jika ibu yang mengkonsumsi kafein dalam jumlah banyak beresiko terdapat abirtus. (Cunningham, 2006;h. 954).

b. Pola aktivitas

Perlu dikaji untuk mengetahui dimana ibu yang bekerja sebagai perawat gigi sering terpapar gas-gas anestetik sehingga beresiko terjadi abortus incomplet, dan melakukan pekerjaan berat atau mengangkat beban berat. (Cunningham, 2006, h.955)

c. Pola istirahat

Dikaji untuk mengetahui apakah kebutuhan istirahat ibu tercukupi karena kurang istirahat pada ibu hamil akan mengakibatkan sistem imun tubuh berkurang sehingga dapat, menyebabkan terjadinya abortus. (Cunningham, 2006; 956)

d. Pola seksual

Dikaji untuk mengetahui senggama terakhir yang berpengaruh terhadap nyeri / perdarahan yang di alami, karena sperma mengandung prostagandin yang dapat mengakibatkan kontraksi sehingga terjadi perdarahan. (Cunningham, 2006, h. 956)

#### 8. Factor psikologis social dan kultural

Dengan adanya dukungan yang diberikan oleh suami dan keluarga secara langsung memberikan dampak positif kepada ibu karena dapat menciptakan kondisi yang nyaman dan tenang dalam dirinya sehingga ibu akan lebih semangat.

Dikaji untuk mengetahui pada pasien atau klien yang biasa merokok dan mengkonsumsi alkohol selama 8 minggu saat kehamilan dapat menyebabkan resiko terjadinya abortus spontan (Cunningham,2006;h. 954).

#### 9. Data pengetahuan ibu

Dikaji untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang kehamilannya.

#### 10. Lingkungan yang berpengaruh

Dikaji untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada kehamilan, misalnya pada kebiasaan pantangan makanan yang akan mengakibatkan malnutrisi sehingga janin kekurangan  $O_2$  dan dapat menyebabkan terjadinya abortus ( Chunningham, 2006; h. 954)

#### B. Data Objektif

##### 1. Keadaan umum

Dikaji untuk mengetahui apakah pasien dalam kondisi lemah atau sedang, karena pada pasien abortus keadaanya akan terlihat pucat karena pasien kehilangan darah akibat perdarahan . (Taufan, 2010, h. 32-33)

## 2. Kesadaran

Tingkat kesadaran perlu untuk dikaji karena dapat mengetahui tingkat kesadaran pasien. Pada pasien abortus inkomplit biasanya tingkat kesadaran composmentis atau pasien masih dalam keadaan sadar penuh, hal ini mungkin disebabkan karena perdarahan yang sedikit dan mungkin pada tahap yang lain parah samapi terjadi syok. (Myles,2009; h. 275).

## 3. Tanda vital

### a. Tekanan darah

Bertujuan untuk mengetahui tekanan darah ibu pada waktu hamil karena mempengaruhi proses kehamilan. Pada kondisi ibu yang mengalami abortus incomplete dimana ibu merasa cemas atau gelisah sehingga tekanan sistolik dapat mengalami peningkatan palsu. Tekanan darah yang normal adalah untuk sistolik 110-120 mmHg dan untuk diastolik 70-80 mmHg. (Myles,2009;h.265) Suhu

### b. Suhu

Dikaji untuk mengetahui apakah perdarahan abortus incomplete menyebabkan infeksi atau tidak, karena pada abortus incomplete yang terkena infeksi akan mengalami kenaikan suhu tubuh  $\geq 38^{\circ}\text{c}$ . (saifuddin, 2008; h.643)

### c. Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama masa hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit

(dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi lebih dari 100 dpm (Wheeler, 2004; h. 73).

d. Respirasi

Frekuensi pernafasan selama hamil berkisar antara 16-24 kali per menit (mitayani,2011;h.5). respirasi berfungsi untuk mengetahui pernafasan ibu masih normal atau tidak. Tanda vital ketiga yang perlu dinilai adalah pernafasan pasien, pemeriksaan harus mencakup: laju pernafasan, irama atau keteraturan, kedalaman dan tipe atau pola pernafasan (Matondang, 2009; h. 30).

Pada penderita abortus mengalami peningkatan respirasi >20 kali per menit karena disebabkan telah terjadi syok. (Manuaba,2010;h.294)

e. Suhu

Suhu normal selama hamil adalah 36,2-37,6°C. Peningkatan suhu menandakan terjadi infeksi dan membutuhkan perawatan medis. (Mitayani;2009.h.5)

Pada kasus abortus inkomplit suhu tubuh pasien >38°C karena terjadinya infeksi sehingga mengakibatkan demam. (Manuaba, 2010;h. 294)

f. Berat badan sekarang dan sebelum hamil.

Dikaji untuk mengetahui kenormalan penambahan berat badan pasien dengan umur kehamilan.Selama kehamilan ibu harus ditimbang berat badannya, jika berat

badan tidak sesuai dengan umur kehamilan harus dipantau secara baik dengan diberikan konseling nutrisi.

#### 4. Tinggi badan

Menurut (Mufdlilah, 2009; h. 15) tinggi badan diukur pada saat kunjungan pertama. Perhatikan kemungkinan adanya panggul sempit (terutama pada ibu yang pendek). Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Jika tubuh klien lebih pendek daripada tubuh anggota keluarga yang lain atau tinggi badannya melebihi dua deviasi standar dibawah rerata, konsul dengan konselor genetic tentang perlunya evaluasi sindrom Turner (Wheeler L, 2004; h. 71).

#### 5. Lila

Pengukuran dengan cm, lingkaran lengan atas normalnya lebih dari 23,5 cm. Jika kurang dari 23,5 cm, menandakan status ibu hamil kurang dan dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin (Kriebs JM, 2010; h. 249).

#### 6. Status present

##### a. Kepala

Kepala di kaji untuk mengetahui bentuk kepala dan benjolan di kepala (Varney H, 2007; h. 35).

##### b. Rambut

Inspeksi dan palpasi rambut dan perhatikan jumlah, distribusi dan teksturnya (Varney H, 2007; h. 35).

c. Muka

Dikaji untuk mengetahui apakah muka tampak pucat atau tidak yang disebabkan oleh anemia (Manuaba IGB, 2010; h. 289). Dan adanya kloasma gravidarum yang dipengaruhi oleh *melanophore stimulating hormone* (MSH). (Manuaba, 2010; h. 107).

Pada abortus inkomplit muka pasien terlihat pucat, karena pada kejadian abortus inkomplit mengalami perdarahan memanjang, hingga terjadi keadaan anemis. (Manuaba, 2010; h. 294).

d. Mata

Pemeriksaan mata meliputi bentuk kesimetrisannya, penglihatan kabur atau tidak, warna kantong konjungtiva bawah, warna sclera, edema kelopak mata (Varney H, 2007; h. 36). Untuk mengetahui apakah konjungtiva pucat atau tidak, pada abortus karena perdarahan yang lama maka akan ditandai dengan konjungtiva pucat (Manuaba IGB, 2010; h. 289).

e. Mulut

Pemeriksaan mulut dikaji untuk mengetahui kesimetrisan, warna, karies, perdarahan dan edema pada gusi (Varney H, 2007; h. 37).

f. Telinga

Pemeriksaan telinga dikaji untuk mengetahui kebersihannya, ada serumen atau tidak, ketajaman

pendengaran secara umum (Varney H, 2007; h. 36).

g. Hidung

Pemeriksaan hidung dikaji untuk mengetahui kebersihannya, ada polip atau tidak (Varney H, 2007; h. 36).

h. Leher

Untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe (Varney H, 2007; h. 37).

i. Dada

Mamae membesar, puting susu makin menonjol, areola hiperpigmentasi, kelenjar montgomeri terlihat jelas, karena dipengaruhi oleh *melanophore stimulating hormone* (MSH). (Manuaba, 2010;h.1007-108)

j. Abdomen

Pemeriksaan abdomen dilakukan untuk menentukan apakah pertumbuhan janin sesuai dengan umur gestasi sejalan dengan kemajuan kehamilan, pemeriksaan abdomen dilakukan dengan metode inspeksi, palpasi dan perkusi. Rahim membesar sesuai dengan umur kehamilan (Manuaba, 2010;h. 108).

Pada pengkajian abortus ditandai adanya nyeri perut dan diikuti oleh pengeluaran hasil konsepsi. (Manuaba, 2010; h.291), serta bunyi jantung janin tidak bisa terdengar.(Sastrawinata, 2009;h. 7).

#### k. Genetalia

Melihat bentuk, warna, pembengkakan, luka, varices, kelenjar bartholini, pengeluaran cairan (warna, konsistensi, jumlah, dan bau), nyeri tekan, hemoroid. Pada pemeriksaan dalam, dijumpai tanda hegar, tanda chadwick, tanda piscaseck, dan teraba ballotemen. (Winkjosastro, 2007;h.126)

Pada pengkajian abortus inkomplit akan mengalami perdarahan yang banyak dari jalan lahir dan sebagian hasil konsepsi telah keluar, namun sebagian masih tertinggal di dalam rahim dan ostium uteri eksternum dijumpai terbuka. (Achadiat, 2009;h.27).

#### l. Ekstremitas

Untuk mengetahui kondisi ekstremitas atas dan bawah apakah berfungsi dengan baik atau tidak, apakah ada oedem, apakah adavarices, apakah ada sianosis.(Sulistyawati A, 2011; h.176).

### 7. Status Obstetrikus

#### a. Inspeksi

Inspeksi adalah suatu proses observasi yang dilaksanakan dengan menggunakan indra pengelihatan (Kriebs JM, 20010; h. 249).



## 1) Muka

Adanya kloasma gravidarum yang dipengaruhi oleh *melanophore stimulating hormone* (MSH). (Manuaba, 2010;h.107).

## 2) Dada

Mamae membesar, puting susu makin menonjol, areola hiperpigmentasi, kelenjar montgomeri terlihat jelas, karena dipengaruhi oleh *melanophore stimulating hormone* (MSH). (Manuaba, 2010;h.1007-108)

## 3) Genetalia

Pada kasus abortus inkomplit akan mengalami perdarahan banyak dan sebagian hasil konsepsi akan keluar, namun sebagian masih tertinggal di dalam rahim dan ostium uteri eksternum dijumpai terbuka. (Achadiat, 2009. h; 27)

- Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik observasi yang menggunakan indra peraba.

- Abdomen

Pada abortus incomplete disertai kontraksi uterus dan ada nyeri tekan (Kriebs JM, 2010; h.249)

- Pemeriksaan dalam

Pada abortus inkomplit ostium uteri terbuka dan teraba sisa jaringan buah kehamilan.(Sastrawinata, 2005; h. 7).

Pada pemeriksaan dalam, dijumpai tanda hegar, tanda chadwick, tanda piscoeck, dan teraba ballotemen. (Winkjosastro, 2007;h. 126).

- Pemeriksaan penunjang

- USG

Gambaran abortus inkomplit tidak spesifik, bergantung pada usia kehamilan dan banyaknya sisa jaringan konsepsi yang tertinggal di dalam kavum uteri ( Prawirohardjo, 2008; h. 256)

- Laboratorium

- Tes kehamilan

Tes kehamilan pada wanita hamil dengan dihasilkan positif, (Sujiyatini dkk, 2009; h. 31).

- Kadar Haemoglobin

Kadar haemoglobin, untuk mengetahui apakah ibu dalam keadaan anemia atau tidak. Kadar Hb normalnya pada wanita hamil adalah 11 gr % (Kriebs JM, 2010; h. 250).

Pada pemeriksaan laboratorium sangat penting karena untuk bisa menegakan diagnosa yang tepat (real). Sehingga bisa memberikan terapi yang tepat juga. Hal ini penting untuk menentukan prognosis kehamilan selanjutnya. (Prawirohardjo, 2007; h. 14).

- Langkah II: Interpretasi Data

Langkah kedua bermula dari data dasar : menginterpretasi data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta

kebutuhan keperawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus (Varney H, 2007; h.27)

- Diagnosa kebidanan

Diagnosa kebidanan pada abortus terdiri dari nama, umur, gravida, para, abortus, umur kehamilan, dan keadaan kehamilan yaitu dengan abortus imminens.

Contoh :

Ny. ... G...P...A..., umur ... tahun, umur kehamilan ... minggu, janin tunggal, hidup, intra uterin, presentasi ..., dengan abortus imminens.

Data dasar :

- Data Subjektif
  - Ibu mengatakan bernama .... dan berumur .... tahun.
  - Ibu mengatakan sedang hamil yang ke .... pernah melahirkan .... kali dan pernah keguguran .... kali.
  - Umur kehamilan HPHT (hari pertama haid terakhir) untuk dapat menentukan umur kehamilan dan HPL dengan rumus  $(+7 - 3 + 1)$  (Varney H, 2007; h. 524)
  - Ibu mengatakan mengeluarkan darah dari kemaluannya, jumlah sedikit dan disertai rasa nyeri ringan pada perut bagian bawah.
- Data Objektif
  - Pemeriksaan fisik

Keadaan umum, kesadaran kompos mentis sampai dengan syok/koma (Sulistiyawati, 2011; h. 174-175).

- Pemeriksaan obstetrik

- Inspeksi

Pada genitalia ditemukan pengeluaran pervaginam yaitu jumlah darah yang keluar banyak atau sedikit.

- Palpasi

Dijumpai besarnya rahim sama dengan umur kehamilannya dan terjadi adanya kontraksi otot rahim.

- Pemeriksaan dalam

Pada abortus inkomplit ostium uteri terbuka dan teraba sisa jaringan buah kehamilan. (Sastrawinata, 2005; h. 7)

- Pemeriksaan penunjang

- Pemeriksaan laboratorium

- Tes kehamilan hasilnya positif

- Pemeriksaan Hb

- Pemeriksaan radiologi

Pada pemeriksaan USG, gambaran abortus inkomplit tidak spesifik, bergantung pada usia kehamilan dan banyaknya sisa jaringan konsepsi yang tertinggal di dalam kavum uteri ( Prawirohardjo, 2008; h. 256)

- Masalah

Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan keadaan yang sedang dialami oleh pasien tersebut. Masalah sering berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosanya (Sulistiyawati A, 2011; h. 178).

Psikologis: kecemasan terhadap keadaan yang dialami pasien saat ini adalah perdarahan.

- Diagnosa Potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis masalah lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul. Langkah ini langkah yang sangat penting dalam member perawatan kesehatan yang aman. (Varney H, 2007; h.27).

- Perdarahan yang terus menerus akan menyebabkan pasien kehilangan banyak darah, sehingga akan mempengaruhi kadar hemoglobin dalam darah. Dan jika kadar hemoglobin berkurang maka akan menyebabkan anemia (Manuaba IGB, 2010; h. 289)
- Infeksi: infeksi dapat membawa risiko bagi janin yang sedang berkembang (Sastrawinata, 2004; h. 2).
- Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera atau Kolaborasi dan Konsultasi

Langkah keempat mencerminkan sifat kesinambungan proses penatalaksanaan, yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer atau kunjungan prenatal periodik, tetapi juga saat bidan

melakukan perawatan berkelanjutan bagi wanita tersebut. Data baru yang diperoleh terus dikaji dan kemudian dievaluasi. Beberapa data mengindikasikan situasi kedaruratan yang mengharuskan bidan mengambil tindakan secara cepat untuk mempertahankan nyawa ibu dan bayinya (Varney H, 2007; h.27).

Antisipasi yang perlu dilakukan adalah

- Pada keadaan gawat darurat karena kekurangan darah, maka dapat dipasang infus dan tranfusi darah.
- Memasangkan oksigen
- Antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi
- Anti perdarahan: Adona dan transamin, untuk mengurangi terjadinya perdarahan.
- Anti kontraksi rahim: Duvadilan dan papaverin, untuk mengurangi kontraksi agar tidak terjadi pembukaan servik sehingga kehamilan bisa dipertahankan (Manuaba IGB, 2010; h. 293).
- Perencanaan

Langkah kelima, mengembangkan sebuah rencana keperawatan yang menyeluruh, ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi baik pada saat ini maupun yang dapat diantisipasi serta perawatan kesehatan yang dibutuhkan (Varney H, 2007; h.27).

Rencana ini meliputi:

- Pantau KU, TTV, PPV dan kontraksi untuk mengetahui keadaan pasien, dan menilai jumlah dan lamanya perdarahan.
- Beri penjelasan mengenai kondisi kehamilannya saat ini.

- Anjurkan ibu untuk istirahat total untuk meningkatkan aliran darah dan mengurangi rangsangan mekanis.
- Pemberian obat-obatan hormonal untuk mempertahankan kehamilan atau memperkuat rahim (Manuaba IGB, 2010; h. 293).
- Tindakan kuretase
- Pelaksanaan

Melaksanakan rencana kebidanan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan oleh bidan atau dilakukan oleh ibu, atau orang tua, atau anggota kesehatan lain. (Varney, 2007; h.28). Dalam kasus abortus incomplete ini dilakukan kuretase dengan prosedur sebagai berikut :

- Instruksikan asisten untuk memberikan sedatif dan analgetik Pethidine hanya diberikan apabila tersedia antidotum dan alat resusitasi.
- Lakukan kateterisasi kandung kemih ( lihat prosedur kateterisasi)
- Lakukan pemeriksaan bimanual ulangan untuk menentukan bukan serviks, besar, arah dan konsistensi uterus.  
Periksa juga kemungkinan penyulit atau kondisi patologis lainnya
- Bersihkan dan lakukan dekontaminasi sarung tangan dengan larutan klorin 0.5%
- Pakai sarung tangan DTT / steril yang baru.
- Dengan satu tangan masukan spekulum Sim's/L secara vertikal kedalam vagina, setelah itu diputar ke bawah sehingga posisi bila menjadi transversal.
- Minta asisten untuk menahan spekulum bawah pada posisinya.

- Dengan sedikit menarik spekulum bawah (hingga lumen vagina tampak jelas) masukan bila spekulum atas secara vertikal kemudian putar dan tarik ke atas sehingga jelas terlihat erviks.
  - Minta asisten untuk memegang spekulum atas pada posisinya
  - Bersihkan jaringan dan darah dalam vagina ( dengan kapas antiseptic yang dijepit dengan cunam tampon), tentikan bagian serviks yang akan dijepit ( jam 11 dan 13).
  - Jepit serviks dengan tenakulum pada tempat yang telah ditentukan.
  - Setelah penjepitan terpasang baik, keluarkan spekulum atas.
  - Lakukan pemeriksaan kedalaman dan lengkung uterus dengan penera kavum uteri. Pegang gagang tenakulum, masukkan klem ovum yang sesuai dengan bukaan serviks hingga menyentuh fundus (keluarkan dulu jaringan yang tertahan pada kanalis)
- Bila dilatasi serviks cukup besar, lakukan pengambilan jaringan dengan klem ovum (dorong klem keadaan terbuka hingga menyentuh fundus kemudian tutup dan tarik)
- Pilih klem ovum yang mempunyai permukaan cincin yang halus dan rata, agar tidak melukai dinding dalam uterus.
- Keluarkan klem ovum jika dirasakan sudah tidak ada lagi jaringan yang terjepit tau keluar.
- Pegang gagang sendok kuret dengan ibu jari dan telunjuk, masukan ujung sendok kuret (sesuai lengkung uterus) melalui kanalis servisis kedalam uterus hinga menyentuh fundus uteri (untuk mengukur kedalaman)



- Lakukan kerokan dinding uterus secara sistematis dan searah jarum jam, hingga bersih (seperti mengenai bagian bersabut).

Untuk dinding kavum uteri yang berlawanan dengan lengkung kavum uteri, masukan sendok kuret sesuai dengan lengkung uteri, setelah mencapai fundus putar gagang sendok 180 derajat, baru lakukan pengerokan.

- Keluarkan semua jaringan dan bersihkan darah yang menggenangi lumen vagina bagian belakang.
- Lepaskan jepitan tenakulum pada serviks
- Lepaskan spekulum bawah
- Kumpulkan jaringan untuk dikirim ke laboratorium patologi
- Evaluasi

Langkah terakhir evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar – benar telah mencapai tujuan yaitu memenuhi kebutuhan ibu seperti yang diidentifikasi pada langkah kedua tentang masalah, diagnosis maupun kebutuhan perawatan kesehatan (Varney H, 2007; h.28).

- **Landasan Hukum Kewenangan Bidan**

- Peran, fungsi dan kompetensi bidan
- Peran bidan
  - Peran sebagai pelaksana

Bidan sebagai pelaksana berperan memberikan pelayanan dasar dan asuhan kebidanan pada anak remaja, wanita pra nikah, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir,

bayi dan balita, wanita subur dan wanita dalam masa klimakterium dan menopause secara mandiri, kolaborasi ataupun secara ketergantungan merujuk.

- Peran sebagai pengelola

Bidan sebagai pengelola berperan dalam mengembangkan pelayanan dasar kesehatan dan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain di wilayah kerjanya dengan melibatkan peran serta masyarakat dan klien.

- Peran sebagai pendidik

Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang penanggulangan masalah kesehatan khususnya yang berhubungan dengan pihak terkait KIA

- Peran sebagai peneliti

Melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan, baik secara mandiri maupun kelompok (PP IBI, 2006; h.114 – 123).

- Fungsi bidan

- Fungsi mandiri

Bidan menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan pada wanita pranikah dan remaja, ibu hamil normal, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, wanita usia subur, yang memerlukan pelayanan KB (Keluarga Berencana) wanita dengan gangguan sistem reproduksi, wanita dalam masa klimakterium dan menopause secara mandiri.

- Fungsi kolaborasi

Bidan menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dan memberikan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan. Pada ibu hamil dengan resiko tinggi.

- Fungsi ketergantungan/merujuk

Bidan menerapkan manajemen bidan pada setiap asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu hamil dengan resiko tinggi, masa persalinan dengan penyulit tertentu, masa nifas dengan penyakit tertentu, bayi baru lahir dengan kelainan tertentu pada anak balita dengan kelainan tertentu dengan melibatkan klien/keluarga.

- Kompetensi bidan

kompetensi bidan merupakan kemampuan yang meliputi pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang harus dimiliki oleh seseorang bidan dalam melaksanakan praktek kebidanan secara aman dan bertanggung jawab pada berbagai tatanan pelayanan kebidanan. (50 tahun IBI, 2006)

- Standar pelayanan kebidanan

Standar 3: Identifikasi ibu hamil

Pernyataan standar:

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berintegrasi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarga agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilan sejak dini dan secara teratur.

#### Standar 4: Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

##### Pernyataan standar:

Bidan sedikitnya memberikan 4 x pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung dengan normal.

#### Standar 5: Palpasi abdomen

##### Pernyataan standar:

Bidan melakukan pemeriksaan abdomen dengan seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan bila usia kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah, kepala sudah masuk panggul untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010, tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan dengan rahmat tuhan yang maha esa, menteri kesehatan republik indonesia .

Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 pasal 9.

Bidan dalam menalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

- Pelayanan kesehatan ibu;
- Pelayanan kesehatan anak; dan

- Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 pasal 10.

- Pelayanan kesehatan ibu sebagai mana dimaksud dalam pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
- Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
  - Pelayanan konseling pada masa pra hamil;
  - Pelayanan antenatal pada kehamilan normal;
  - Pelayanan persalinan normal;
  - Pelayanan ibu nifas normal;
  - Pelayanan ibu menyusui;
  - Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.
- Bidan dalam memberikan pelayanan sebagai mana dikasud pada ayat 2 berwenang untuk :
  - Episiotomi;
  - Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
  - Penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
  - Pemberian tablet Fe pada ibu hamil;
  - Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
  - Fasilitasi/ bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;

- Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan post partum ;
- Penyuluhan dan konseling;
- Bimbingan pada kelompok ibu hamil;
- Pemberian surat keterangan kematian; dan
- Pemberian surat keterangan cuti bersama.

