

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Medis

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan di definisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implementasi. (Prawirohardjo S, 2008;h.213).

Kehamilan merupakan dimulai dari masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. (Saifuddin, 2008;h.89).

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin melalui sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. (Khumaira, 2012; h. 97).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan proses alamiah (normal) dari pertumbuhan dan perkembangan janin sejak dari konsepsi dan berakhir sampai lahirnya janin .

b. Pembagian Kehamilan

Kehamilan dibagi menjadi tiga kriteria trimester, yaitu:

- 1) Trimester I, yaitu : 0 minggu – 12 minggu.
- 2) Trimester II, yaitu : 13 minggu – 27 minggu.
- 3) Trimester III, yaitu : 28 minggu – 40 minggu.

(Prawirohardjo S, 2008; h. 213)

c. Tanda – tanda Kehamilan

Agar dapat menegakan kehamilan di tetapkan dengan melakukan penilaian terhadap tanda dan gejala pada kehamilan, diantaranya:

1) Tanda dugaan kehamilan

Beberapa tanda dugaan kehamilan, yaitu:

a) Amenorhea (Tidak dapat haid)

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan persalinan bila diperkirakan akan terjadi. (Wiknjosastro H, 2007; h. 125).

b) Mual dan muntah

Mual dan muntah merupakan gejala umum, pengaruh estrogen dan progesteron yang menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual muntah terjadi dari rasa tidak enak sampai muntah yang berkepanjangan, yang sering disebut juga dengan morning sickness kerana munculnya seringkali pada pagi hari. Dalam batasan yang fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat terjadinya mual dan muntah maka nafsu makan menjadi berkurang.

(Manuaba, 2010; h.107)

c) Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. (Manuaba, 2010; h.107)

d) Sinkope atau pingsan

Terjadi gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan syaraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu (Manuaba, 2010; h.107)

e) Payudara tegang

Pengaruh estrogen – progesteron dan somatomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Sehingga payudara membesar dan tegang dan ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama. (Manuaba, 2010; h.107)

f) Sering miksi (buang air kecil)

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi atau buang air kecil. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang. (Manuaba, 2010; h.107).

g) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar. (Manuaba, 2010; h.107).

h) Pigmentasi kulit

Terjadi pada kehamilan 12 minggu ke atas. Pada pipi, hidung, dahi kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai *chloasma gravidarum*. Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebihan. Daerah leher menjadi lebih hitam. Pigmentasi ini terjadi karena pengaruh dari hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. (Wiknjosastro H, 2007; h. 126).

i) Epulsi

Adalah suatu hipertrofi papilla gingivae. Sering terjadi pada triwulan pertama. (Wiknjosastro H, 2007; h. 126).

j) Varises atau penampakan pembuluh darah vena

Varises atau penampakan pembuluh darah vena terjadi karena pengaruh dari estrogen dan progesteron, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah vena itu terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki betis, dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan. (Manuaba, 2010; h.108)

2) Tanda tidak pasti kehamilan

Tanda tidak pasti kehamilan dapat ditentukan oleh:

a) Rahim membesar, sesuai dengan umur kehamilan.

(Manuaba, 2010; h.108).

- b) Pada pemeriksaan dalam, tanda Hegar, tanda Chadwick, tanda piscoeck, kontraksi Braxton Hicks, dan teraba Ballotement. (Wiknjosastro H, 2007; h. 126).
- c) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif. Tetapi sebagian kemungkinan positif palsu. (Manuaba, 2010; h.108).

3) Tanda pasti kehamilan

Tanda pasti kehamilan dapat ditentukan, melalui:

- a) Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibu pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida pada 16 minggu, oleh karena sudah berpengalaman dari kehamilan terdahulu. (Wiknjosastro H, 2007; h. 129).
 - b) Terlihat atau teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin. (Manuaba, 2010; h.108).
 - c) Denyut jantung janin. Didengar dengan stetoskop laenec, alat Doppler, dapat di dengar bising dari uterus yang sinkron dengan nadi ibu karena pembuluh-pembuluh darah uterus membesar. (Wiknjosastro H, 2007; h. 129).
- d. 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, 2008; h. 460-488).

e. Pembagian kehamilan menurut umur

1) Abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. (Prawirohardjo, 2008; h. 460)

2) Imatur

Imatur adalah umur kehamilan antara 20-28 minggu dengan berat janin antara 500-1000 gram. (Sastrawinata, 2005; h.1)

3) Prematur

Kehamilan antara 28 minggu dan 36 minggu. (Wiknjosastro H, 2007; h. 125).

4) Matur

Matur atau kehamilan cukup bulan adalah umur kehamilan antara 37-42 minggu dengan berat janin >2500 gram. (Sastrawinata, 2005; h.1)

2. Abortus

a. Pengertian abortus

Abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar, tanpa mempersoalkan penyebabnya. (Sastrawinata, 2005; h. 1).

Abortus adalah terhentinya kehamilan sebelum minggu ke 20 dan pengeluaran hasil konsepsi dengan berat janin kurang dari 500 gram. (Joseph HK, 2011; h. 85)

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. (Rustam muchtar, 2012; h. 150). Abortus adalah penghentian kehamilan sebelum umur 20 minggu kehamilan lengkap yang berat janin <500gram. (Benson,2009;h. 293)

Abortus adalah suatu proses berakhirnya suatu kehamilan, dimana janin belum mampu hidup di luar rahim (belum viable), dengan kriteria usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. (Achadiat, 2004; h. 26).

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

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi (pertemuan sel telur dan sel sperma) pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin < 500 gram.

b. Klasifikasi

Abortus dapat dibagi menjadi dua golongan:

1) Abortus spontan

Abortus spontan adalah keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis maupun mekanis. (Sastrawinata, 2005;h.1).

a) Abortus imminens

Abortus imminens adalah peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih dalam uterus dan tanpa dilatasi serviks. Pada kondisi seperti ini, kehamilan masih mungkin berlanjut dan dipertahankan. (Khumaira M, 2012; h.134).

Abortus imminens adalah keguguran yang mengancam, keguguran belum terjadi sehingga dapat dipertahankan. (Rustam Muchtar, 2012; h. 150).

Abortus imminens adalah perdarahan pervaginam tanpa pengeluaran hasil konsepsi. Keberadaan kram menyebabkan rasa tidak nyaman. Perdarahan biasanya mulai terjadi 2 minggu setelah kehamilan berhenti berkembang. (Sinclair, 2010; h.76)

Abortus imminens adalah perdarahan pervaginam pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu. Pada keadaan ini terjadi ancaman proses keguguran, namun produk kehamilan belum keluar. (Joseph HK, 2011; h. 86)

Abortus Imminens adalah proses awal suatu keguguran yang ditandai dengan perdarahan pervaginam, sementara

ostium uteri eksternum masih tertutup dan janin masih baik intrauterin. (Achadiat, 2004; h. 26)

Abortus imminens adalah perdarahan pervaginam pada paruh pertama kehamilan. (Kriebs, Jan M, 2010; h. 247). Abortus imminens ialah peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih dalam uterus, dan tanpa adanya dilatasi serviks. (Wiknjosastro, H, 2007; h. 305).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa abortus imminens adalah peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih di dalam uterus.

b) Abortus insipiens

Abortus insipiens adalah perdarahan pervaginam (atau kehilangan cairan amnion) terjadi disebabkan dilatasi serviks, dengan atau tanpa nyeri abdomen. (Sinclair C, 2010;h.76).

Abortus insipiens merupakan suatu abortus yang sedang mengancam, ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka. (Nugroho T, 2010; h. 21).

Abortus insipiens adalah abortus yang sedang berlangsung, dengan ostium yang sedang terbuka dan ketuban yang teraba. Kehamilan tidak dapat dipertahankan lagi. (Joseph HK, 2011; h. 89).

Abortus insipiens adalah abortus membakat yang tidak dapat dihentikan, karena setiap saat dapat terjadi ancaman perdarahan dan pengeluaran hasil konsepsi. (Marmi, dkk, 2010;h. 58).

Abortus insipiens (abortus yang sedang berlangsung) adalah proses abortus yang sedang berlangsung dsan tidak dapat lagi dicegah, ditandai dengan terbuka ostium uteri eksternum, selain perdarahan. (Achadiat, 2004; h. 26)

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Abortus insipiens merupakan abortus yang terjadi pada umur kehamilan <20 minggu yang sedang berlangsung dan tidak dapat di pertahankan lagi, terjadi dengan pengeluaran ostium uteri

c) Abortus incomplit

Abortus incomplit adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. (Khumaira, 2012; h. 135)

Abortus incomplit adalah abortus sebagian tetapi tidak seluruh hasil konsepsi keluar dari uterus, sebelum 12 minggu, abortus cenderung berlangsung komplet, setelah 12 minggu , hasil konsepsi cenderung tertahan. (Sinclair,2010; h. 76)

Abortus incomplit merupakan perdarahan pada kehamilan muda dimana sebagian dari hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri melalui kanalis serviks yang tertinggal pada desidua atau plasenta. (Rukiyah, dkk, 2010; h. 143).

Abortus incomplit ialah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. (Wiknjosastro,A, 2007;h.307).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa abortus inkomplit adalah abortus yang terjadi pada umur kehamilan <20 minggu yang ditandai pengerluaran sebagian hasil konsepsi dari kavum uteri melalui kanalis servikalis.

d) Abortus komplite

Abortus komplite adalah keguguran lengkap dimana seluruh hasil konsepsi telah dikeluarkan, sehingga tidak memerlukan tindakan. (Manuaba,2010;h.294).

Abortus komplite adalah pengeluaran seluruh hasil konsepsi pada kehamilan, sebelum 20 minggu. (Khumaira,2012;h. 135). Abortus komplite adalah semua hasil konsepsi sudah keluar semua. (Sinclair,2010;h. 76).

Abortus komplite adalah perdarahan pada kehamilan muda dimana dari seluruh hasil konsepsi telah dikeluarkan dari kavum uteri. (Rukiyah,dkk, 2010;h. 144). Abortus komplite adalah abortus dimana keseluruhan hasil konsepsi di keluarkan (fetus dan plasenta), sehingga tidak ada yang tertinggal di dalam kavum uteri. (Joseph HK, 2011;h. 93).

Abortus komplite adalah seluruh hasil konsepsi telah dikeluarkan,sehingga tidak memerlukan tindakan. (Marmi,dkk, 2010;h. 60). Abortus komplite adalah proses abortus dimana

keseluruhan hasil konsepsi telah keluar melalui jalan lahir. (Achadiat,2004;h.26).

Dari pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa abortus komplite merupakan perdarahan pada umur kehamilan <20 minggu dimana semua hasil konsepsi sudah keluar semua melalui jalan lahir.

e) Missed abortion

Missed abortion merupakan buah kehamilan yang telah mati tertahan dalam rahim selama 8 minggu atau lebih. (Sastrawinata,2005;h. 8)

Missed Abortion merupakan retensi hasil konsepsi 4-8 minggu setelah kematian janin. (Sinclair,2010;h.76). Missed abortion adalah embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu, akan tetapi hasil konsepsi keseluruhan masih tertahan dalam kandungan selama 8 minggu atau lebih. (Nugroho,2010;h.22).

Missed abortion adalah retensi dari produk konsepsi yang telah mati di dalam uterus selama beberapa minggu, atau keadaan dimana janin sudah mati tetapi tetap berada di dalam rahim dan tidak dikeluarkan selama 2 bulan atau lebih. (Joseph HK,2011;h.94).

Missed abortion adalah berakhirnya suatu kehamilan sebelum 20 minggu, namun keseluruhan hasil konsepsi itu tertahan dalam uterus selama 6 minggu atau lebih. (Achadiat,2004;h. 26)..

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Missed abortion merupakan perdarahan pada umur kehamilan <20 minggu, berakhirnya suatu kehamilan dimana janin sudah meninggal didalam rahim dan hasil konsepsi masih tertahan dalam rahim selama 4-8 minggu atau lebih.

f) Abortus habitualis

Abortus habitualis adalah abortus spontan yang terjadi tiga kali berturut-turut atau lebih. (Sastrawinata, 2005;h. 8)

Abortus habitualis ialah abortus yang terjadi 3 (tiga) kali berturut – turut atau lebih oleh sebab apapun. (Achadiat, 2004; h.26).

Abortus habitualis adalah dimana penderita mengalami abortus spontan berturut –turut tiga kali atau lebih. (Joseph HK,2011;h.96)

Abortus habitualis adalah gagalnya tiga kali kehamilan atau lebih secara berurutan. (Myles,2009;h.279). Abortus habitualis adalah abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih secara berturut-turut. (Sinclair,C, 2010;h. 76).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa abortus habitualis adalah abortus spontan yang terjadi tiga kali atau lebih secara berturut-turut oleh sebab apapun.

2) Abortus Provokatus

Abortus Provokatus adalah abortus yang disengaja dilakukan tindakan (Prawirohardjo, 2008; h.460). Abortus ini dibagi lagi menjadi:

a) Abortus medisinalis

Abortus medisinalis adalah abortus yang didasarkan atas pertimbangan dokter minimal tiga dokter spesialis yaitu spesialis kebidanan dan kandungan, spesialis penyakit dalam, dan spesialis jiwa untuk menyelamatkan ibu. (Prawirohardjo, 2008;h. 460).

b) Abortus kriminalis

Abortus kriminalis adalah pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah atau oleh orang yang tidak berwenang dan dilarang oleh hukum atau dilakukan oleh yang tidak berwenang. (Sastrawinata,2005;h.2).

3. Abortus Incomplit

a. Pengertian

Abortus incomplit adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. (Khumaira, 2012; h. 135)

Abortus incomplit adalah abortus sebagian tetapi tidak seluruh hasil konsepsi keluar dari uterus, sebelum 12 minggu, abortus cenderung berlangsung komplet, setelah 12 minggu , hasil konsepsi cenderung tertahan. (Sinclair,2010; h. 76)

Abortus incomplit merupakan perdarahan pada kehamilan muda dimana sebagian dari hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri melalui kanalis serviks yang tertinggal pada desidua atau plasenta. (Rukiyah, dkk, 2010; h. 143).

Abortus incomplit ialah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. (Wiknjosastro,A, 2007;h.307).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa abortus inkomplit adalah abortus yang terjadi pada umur kehamilan <20 minggu yang ditandai pengerluaran sebagian hasil konsepsi dari kavum uteri melalui kanalis servikalis.

b. Etiologi

Penyebab abortus disebabkan karena beberapa faktor umumnya abortus didahului oleh kematian janin. (Sastrawinata,2005;h.2).

Faktor-faktoryang dapat menyebabkan terjadinya abortus antara lain:

1) Faktor janin

Kelainan yang sering dijumpai pada abortus adalah kelainan perkembangan zigot, embrio, janin bentuk awal, atau kadang-kadang plasenta (Chunningham, 2006;h.952). Kelainan tersebut biasanya menyebabkan abortus pada trimester pertama, yaitu:

a) Kelainan telur (Blighted ovum)

Pada separuh embrio mengalami degenerasi atau tidak ada sama sekali, kerusakan embrio, atau kelainan kromosom (trisomi autosom, monosomi). (Cunningham, 2006;h.952).

b) Faktor lingkungan endometrium

Endometrium yang belum siap untuk menerima implementasi hasil konsepsi dan gizi ibu yang kurang karena

anemia atau jarak kehamilan terlalu dekat. (Manuaba, 2010;h. 288)

c) Pengaruh luar

Infeksi endometrium yaitu endometrium tidak siap menerima hasil konsepsi dan hasil konsepsi terpengaruh oleh obat dan radiasi yang menyebabkan pertumbuhan hasil konsepsi terganggu. (Manuaba, 2010;h.288).

2) Faktor Ibu

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 genitalia pada awal kehamilan, HIV dalam darah ibu. (Cunningham, 2006; h. 953)

Infeksi maternal dapat membawa resiko bagi janin yang sedang berkembang, terutama pada akhir trimester pertama atau awal trimester kedua. (Sastrawinata, 2005;h.3). Selain itu penyakit infeksi yang menyebabkan terjadinya abortus seperti pneumonia, tifus abdominalis, malaria dan sifilis juga dapat secara langsung mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan melalui plasenta. (Manuaba, 2010; h. 289)

e) Kelainan endokrin

Abortus spontan dapat terjadi bila produksi progesteron tidak mencukupi atau pada penyakit disfungsi tiroid dan defisiensi insulin. (Sastrawinata, 2005;h.3)

f) Anemia ibu melalui gangguan nutrisi dan perdarahan oksigen menuju sirkulasi retroplasenta. (Manuaba, 2010;h. 289)

g) Defisiensi progesteron

Kurangnya sekresi progesteron oleh korpus luteum atau plasenta yang dapat menyebabkan peningkatan kejadian abortus. (Cunningham, 2006; h. 954)

3) Kelainan pada plasenta

Infeksi pada plasenta dengan berbagai sebab sehingga plasenta tidak berfungsi, gangguan pembuluh darah plasenta, diantaranya DM, sedangkan hipertensi yang menyebabkan gangguan perdarahan darah plasenta sehingga mengakibatkan keguguran atau abortus. (Manuaba, 2010;h.289)

4) Gamet yang menua

Peningkatan insiden abortus yang relatif terhadap kehamilan normal apabila inseminasi terjadi 4 hari sebelum atau 3 hari sesudah saat pergeseran suhu tubuh basal. Pada penuaan gamet di dalam saluran genitalia wanita sebelum pembuahan meningkatkan terjadinya abortus. (Cunningham, 2006;h. 957).

5) Trauma

Kasus trauma ini jarang terjadi, umumnya abortus terjadi segera setelah trauma tersebut, misalnya trauma akibat pembedahan yaitu pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum graviditatum sebelum minggu ke-8, pembedahan intra abdominal dan operasi pada uterus disaat hamil. (Sastrawinata, 2005; h.3)

6) 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. (Cunningham, 2006;h. 954).

7) Laparatomi

Tidak ada bukti bahwa pembedahan yang dilakukan pada awal kehamilan menyebabkan aborsi. Akan tetapi prioritas meningkatkan aborsi. (Kenneth J, 2009;h. 60).

8) Pemakaian obat dan Faktor lingkungan

a) Radiasi

Dalam dosis yang memadai, radiasi adalah suatu abortifasien. Bukti-bukti yang ada sekarang menyatakan bahwa tidak ada peningkatan resiko aborsi dari dosis radiasi yang kurang dari 5 Rad. Akan tetapi pada sebagian besar kasus, tidak banyak informasi yang dapat digunakan untuk mendakwa suatu bahan lingkungan tertentu. (Kenneth J, 2009;h. 59)

b) Kafein

Kadar paraxantin (metabolisme kafein) dalam darah ibu menyebabkan peningkatan dua kali lipat resiko abortus spontan hanya apabila kadar tersebut sangat tinggi. Namun jika mengkonsumsi kafein baik dalam jumlah sedang, kecil kemungkinan menyebabkan abortus. (Cunningham, 2006;h. 955).

c) Alkohol

Abortus spontan dan kelainan janin dapat terjadi akibat sering mengkonsumsi alkohol selama 8 minggu pertama kehamilan. (Cunningham, 2006; h. 954).

d) Tembakau

Merokok dapat menyebabkan resiko terjadinya abortus. (Cunningham, 2006; h. 954).

e) Kontrasepsi

Tidak terdapat bukti yang mendukung bahwa kontrasepsi oral dan zat spermasida yang digunakan dalam krim dan jeli kontrasepsi menyebabkan peningkatan kejadian abortus. Namun alat kontrasepsi dalam rahim berkaitan dengan peningkatan kejadian abortus septik setelah kegagalan kontrasepsi. (Cunningham, 2006;h. 955).

9) Faktor Hematologik

Beberapa kasus abortus berulang ditandai dengan defek plasentasi dan adanya mikrotrombi pada pembuluh darah plasenta. Berbagai komponen koagulasi dan fibrinolitik memegang peran penting pada implantasi embrio, invasi trofoblas, dan plasentasi. (Saifuddin, 2010;h.466)

10) Faktor imunologi

Sistem imun juga termasuk dalam faktor penting kematian janin berulang. Faktor ini dibagi menjadi dua model patologis utama yang berkembang, yaitu:

a) Faktor Autoimun

Kematian janin berulang memiliki faktor autoimunitas. Antibodi yang paling signifikan memiliki spesifisitas terhadap fosfolipid bermuatan negatif dan paling sering terdeteksi dengan pemeriksaan untuk anti koagulasi lupus dan anti bodi antikardiolipin. (Cunningham, 2006;h. 955)

b) Faktor Aloimun

Kematian janin yang berulang pada wanita di diagnosa sebagai faktor-faktor aloimun. Pada wanita ini mendapat beberapa rangasangan toleransi imun ke janin. Faktor ini berpusat pada beberapa pemeriksaan, seperti perbandingan faktor ibu dan ayah, pemeriksaan serum ibu untuk mendeteksi keberadaan antibodi sitotoksik terhadap leukosit ayah, dan pemeriksaan serum ibu untuk mendeteksi faktor penyakit pada reaksi pencampuran limfosit ibu dan juga ayah. (Cunningham, 2006; h. 956).

c. Patofisiologi

Keguguran atau abortus terjadinya dimulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh hasil konsepsi jaringan plasenta, yang menyebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan oksigenasi. Bagian yang terlepas dianggap benda asing, sehingga rahim berusaha untuk mengeluarkan dengan kontraksi. Pengeluaran tersebut dapat terjadi spontan seluruhnya atau sebagian masih tertinggal, yang mengakibatkan berbagai penyulit. Oleh karena itu, keguguran memiliki gejala umum sakit perut karena kontraksi rahim, terjadi perdarahan, dan disertai pengeluaran seluruh atau sebagian hasil konsepsi. (Manuaba, 2010; h. 289)

Pada abortus spontan biasanya kematian embrio terjadi paling lama 2 minggu sebelum perdarahan. Oleh karena itu pengobatan untuk mempertahankan janin tidak layak dilakukan jika telah terjadi

perdarahan banyak karena abortus tidak dapat dihindari. Sebelum minggu ke 10, hasil konsepsi biasanya dikeluarkan dengan lengkap. Hal ini disebabkan sebelum minggu ke 10 villi korialis belum menanamkan diri dengan erat ke dalam desidua hingga telur mudah lepas keseluruhannya. Antara minggu ke 10-12 korion tumbuh dengan cepat dan hubungan villi korialis dengan desidua makin erat hingga mulai saat tersebut sering sisa-sisa korion (plasenta) tertinggal jika terjadi abortus. (Sastrawinata,2005; h. 4)

Pengeluaran hasil konsepsi didasarkan 4 cara, yaitu:

- 1) Keluarnya kantong korion (plasenta) pada kehamilan yang sangat dini, meninggalkan desidua.
- 2) Kantong amnion dan isinya (fetus) di dorong keluar, meninggalkan korion dan desidua.
- 3) Pecahnya amnion terjadi dengan putus tali pusat dan pendorongan janin keluar, tetapi mempertahankan sisa amnion dan korion (hanya janin yang dikeluarkannya).
- 4) Seluruh janin dan desidua yang melekat didorong keluar secara utuh. Sebagian abortus termasuk dalam tiga tipe pertama, karena itu kuretasi diperlukan untuk membersihkan uterus dan mencegah perdarahan atau infeksi lebih lanjut. (Sastrawinata, 2005;h.4)

d. Tanda dan gejala abortus

- 1) Adanya keterlambatan datang bulan
- 2) Terjadinya perdarahan

- 3) Disertai sakit perut
- 4) Dapat diikuti oleh pengeluaran hasil konsepsi
- 5) Pemeriksaan hasil tes positif dapat masih positif atau sudah negatif.

(Manuaba, 2010; h. 291)

Gejala klinis abortus inkomplit, yaitu :

- 1) Perdarahan memanjang, sampai terjadi keadaan anemis.
- 2) Perdarahan mendadak banyak menimbulkan keadaan gawat.
- 3) Terjadi infeksi dengan ditandai suhu tinggi.
- 4) Dapat terjadi degenerasi ganas (korio karsinoma). (Manuaba, 2010; h. 294)

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, 2004; h. 27).

f. Komplikasi atau penyulit abortus

Komplikasi atau penyulit yang menyertai terjadinya abortus, beberapa diantaranya:

1) Perdarahan

Perdarahan dapat terjadi sedikit dalam waktu yang panjang atau lama yang mendadak banyak sehingga menimbulkan syok. (Manuaba, 2010;h. 291)

2) Penyulit saat melakukan kuretase

Dapat terjadi perforase dengan gejala kuret terasa tembus, penderita kesakitan, penderita syok, dan dapat terjadi perdarahan dalam perut dan infeksi dalam abdomen. (Manuaba, 2010; h. 291)

3) Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (Syok hemoragik) dan karena infeksi berat (Syok endoseptik). (Prawirohardjo, 2010;h. 312)

4) Degenerasi ganas

Keguguran dapat menjadi korio karsinoma sekitar 15-20 %. Gejala korio karsinoma adalah terdapat perdarahan berlangsung lama, terjadi pembesaran atau perlunakan rahim, terhadap metatase ke vagina atau lainnya. (Manuaba, 2010; h. 291).

g. Pemeriksaan penunjang.

1) Lakukan pemeriksaan HCG serial setiap 2-3 hari.

2) Pemeriksaan doppler atau USG, untuk menentukan apakah janin masih hidup.

3) Kunjungan klinik mingguan (kunjungan ulang).

(Sinclair, 2010;h. 78)

h. Penatalaksanaan abortus incomplit

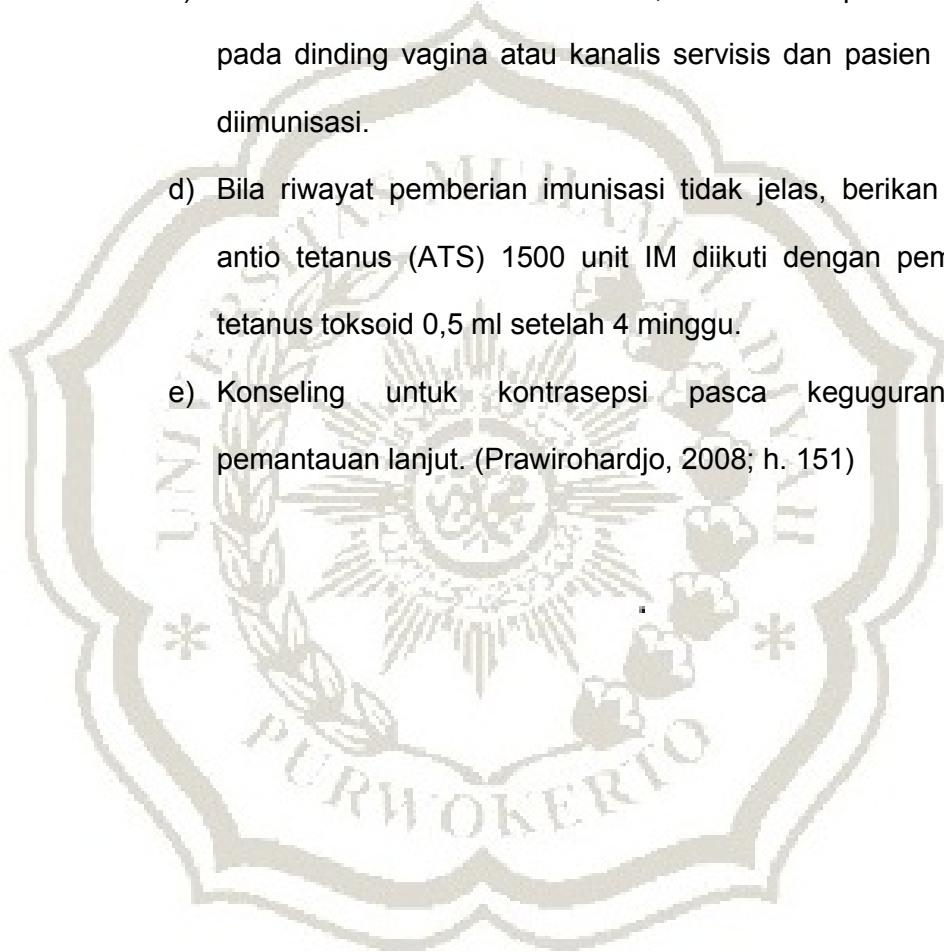
- 1) Menentukan besar uterus (taksiran usia gestasi), kenali dan atasi setiap komplikasi.
- 2) Hasil konsepsi yang terperangkap pada serviks yang disertai perdarahan hingga ukuran sedang, dapat dikeluarkan secara unam ovum. Setelah itu evaluasi perdarahan:
 - a) Bila perdarahan berhenti, beri ergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol 400 gr per oral.
 - b) Bila perdarahan terus berlangsung, evaluasi hasil konsepsi dengan AVM atau D&K tergantung dari usia gestasi, pembukaan serviks dan keberadaan bagian-bagian janin.
 - c) Bila tidak ada tanda-tanda infeksi, beri antibiotik profilaksis (ampisilil 500gr oral atau dosisiklin 100 gr).
 - d) Bila terjadi infeksi, beri ampisilin 1 gr dan metranodazole 500 mg setiap 8 jam.
 - e) Bila terjadi perdarahan hebat dan usia gestasi dibawah 16 minggu segera lakukan evakuasi dengan AVM.
 - f) Bila pasien tampak anemik, berikan sulfas ferosus 600mg per hari selama 2 minggu pada anemia sedang atau transfuse darah pada anemia berat. (Prawirohardjo, 2008; h. 150)

Untuk kasus abortus inkomplit erat kaitannya dengan abortus tidak aman, oleh karena itu perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a) Pastikan tidak ada komplikasi berat seperti sepsis, perforasi uterus dan cedera intra abdomen (mual-muntah, nyeri

pinggang, demam, perut kembung, nyeri perut bawah, dinding perut tegang).

- b) Bersihkan ramuan tradisional, jamu, bahan kuastik, kayu atau benda-benda lainnya dari region genitalia.
- c) Berikan boster tetanus toksoid 0,5 ml bila tampak luka kotor pada dinding vagina atau kanalis servisis dan pasien pernah diimunisasi.
- d) Bila riwayat pemberian imunisasi tidak jelas, berikan serum antio tetanus (ATS) 1500 unit IM diikuti dengan pemberian tetanus toksoid 0,5 ml setelah 4 minggu.
- e) Konseling untuk kontrasepsi pasca keguguran dan pemantauan lanjut. (Prawirohardjo, 2008; h. 151)





Gambar 2.1 : Penatalaksanaan keguguran (Manuaba IGB, 2010; h. 292)

II. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan

A. Teori Manajemen Varney.

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian analisa data, diagnosa 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).

Dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan manajemen kebidanan yaitu 7 langkah Varney meliputi : pengkajian, interpretasi data, diagnosa potensial, identifikasi akan tindakan segera atau kolaborasi dan konsultasi, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

1. Langkah I : Pengkajian.

Pengumpulan data tentang status kesehatan klien dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan. Data yang diperoleh dicatat dan dianalisis (PP IBI, 2006; h.136).

a. Data Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hanya mengumpulkan data klien melalui anamnesa tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami dan keluarga. (Rukiyah, 2010; h. 183).

b. **Data Objektif**

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan fisik klien , hasil lab, dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assesment. (Rukiyah, 2010; h. 183).

2. Langkah II : Interpretasi Data

Diagnosa kebidanan dirumuskan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan (PP IBI, 2006; h.136).

3. Langkah III : Diagnosa Potensial

Mengantisipasi masalah atau diagnosis yang akan terjadi lainnya, yang dapat menjadi tujuan yang diharapkan, karena telah ada masalah atau diagnosis yang teridentifikasi (Varney, 2007; h. 26).

4. Langkah IV : Identifikasi akan tindakan segera atau kolaborasi dan konsultasi.

Kolaborasi adalah bidan dan dokter bersama-sama mengatur perawatan kesehatan wanita atau bayi baru lahir yang mengalami komplikasi medis, ginekologis, atau obstetrik.

Konsultasi adalah nasehat atau pendapat seorang dokter atau anggota lain tim perawatan kesehatan dicari sementara bidan memegang tanggung jawab utama perawatan kesehatan wanita (Varney, 2007; h.25).

5. Langkah V : Perencanaan

Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan diagnosa kebidanan (IPI IBI, 2006;h.137)

6. Langkah VI : Pelaksanaan

Tindakan kebidanan dilaksanakan berdasarkan rencana dan perkembangan keadaan klien : tindakan kebidanan dilanjutkan dengan evaluasi keadaan klien (IPI IBI, 2006;h.137).

7. Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi asuhan kebidanan dilaksanakan terus menerus seiring dengan tindakan kebidanan yang dilaksanakan dan evaluasi dari rencana yang telah dirumuskan (IPI IBI, 2006;h.138).

B. Pendokumentasian Menggunakan metode SOAP

Metode empat langkah yang dinamakan SOAP (Subjektif, Objektif, Assessment, Plan) dipakai untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekam medis sebagai catatan kemajuan pasien. SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis.

Subjektif : menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnesis tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup). (Rukiyah, 2010; h. 183)

Objektif : menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil lab, dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung

assesment. Tanda gja objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda KU, Fital Sign, Fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. (Rukiyah, 2010; h. 183)

Assesment : masalah atau diagnosa yang ditegakan berdasarkan data atau informasi sibjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. (Rukiyah, 2010; h. 183)

Planning : membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Dimana harus mengusahakan terciptanya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini membantu kebutuhan pasien dan membantu kemajuan dalam kesehatan. Planing ini mencakup perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi sesuai dengan analisa yang ditetapkan. (Rukiyah, 2010; h. 184)

C. Penerapan Asuhan Kebidanan

Langkah I : PENGKAJIAN

1. Data Subjektif

1) Identitas Klien atau pasien.

a) Nama

Dikaji sebagai identitas yang jelas mulai dari nama pasien yang harus lengkap , nama depan dan nama tengah, nama keluarga dan nama panggilan akrabnya.

Tujuannya untuk membedakan dan mengenali identitas klien yang satu dengan yang lainnya. (Matondang dkk, 2009; h.5)

b) Umur

Pada wanita yang berusia kurang dari 20 tahun dan mereka yang usianya lebih dari 40 tahun beresiko lebih tinggi mengalami abortus spontan. (Cunningham, 2006;h.951)

c) Agama / Suku Bangsa

Data tentang agama juga memantapkan identitas, disamping itu diperlukannya seseorang tentang kesehatan dan penyakit sering berkaitan atau berhubungan dengan agama. (Matondang dkk, 2009; h.6)

d) Pendidikan

Selain tambahan identitas, informasi tentang pendidikan dapat menggambarkan keakuratan data yang akan diperoleh serta dapat ditentukan pola pendekatan dalam anamnesis, misalnya pemeriksaan penunjang dan penentuan tata laksana selanjutnya. (Matondang dkk, 2009; h.6)

e) Pekerjaan

Peningkatan resiko abortus spontan pada para perawat gigi yang terpajan senyawa karbon selama 3 jam atau lebih di kamar praktek tanpa alat pembersih, tetapi tidak pada kamar praktek yang menggunakan alat

pembersih. Sedangkan sebelum adanya alat pembersih, terdapat peningkatan resiko abortus spontan pada wanita yang terpapar senyawa karbon di tempat kerja. (Cunningham, 2006; h. 955)

f) Alamat

Pada lingkungan yang terpapar bahan tertentu seperti arsen, timbal, formaldehida, benzena, dapat menyebabkan abortus. (Cunningham, 2006;h. 955). Dan dalam dosis yang memadai, radiasi adalah suatu bukti bahwa tidak ada peningkatan resiko aborsi dari dosis radiasi 5 Rad. (Kenneth, J, 2009;h. 59)

2) Keluhan Utama

Pengkajian anamnesis keluhan utama didapat dengan menanyakan tentang gangguan terpenting yang dirasakan klien sampai perlu pertolongan. (Muttaqin,A,2010;h.7)

Adanya keterlambatan haid atau amenorea kurang dari 20 minggu yang disertai perdarahan pervaginam, padat dan disertai jaringan dan rasa sakit nyeri atau kram terutama di daerah 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 menonjol di ostium. (Achadiat, 2009;h. 27).

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu

untuk mengetahui apakah pasien dahulu memiliki riwayat penyakit kronik seperti herpes simplek, dan HIV/AIDS. (Cunningham, 2006; h. 953). Penyakit menahun ibu seperti hipertensi, penyakit ginjal, penyakit hati, penyakit diabetes melitus, dan penyakit infeksi lainnya bisa mempengaruhi faktor terjadinya abortus spontan. (Manuaba, 2010;h. 289)

b) Riwayat kesehatan sekarang

Dikaji pada pasien atau klien untuk mengetahui apakah pasien memiliki riwayat penyakit kronik seperti herpes simplek, HIV. (Cunningham, 2006;h. 953). Penyakit menahun ibu seperti hipertensi, penyakit ginjal, penyakit hati, penyakit diabetes melitus, dan penyakit infeksi lainnya seperti tifus abdominalis, malaria, dan sifilis, ini bisa mempengaruhi faktor terjadinya abortus spontan. (Manuaba, 2010;h. 289)

c) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui apakah dalam kesehatan keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit kronik seperti herpes simplek, HIV. (Cunningham, 2006;h. 953). Penyakit menahun seperti hipertensi, penyakit ginjal, penyakit hati, penyakit diabetes melitus, dan

penyakit infeksi lainnya seperti tifus abdominalis, malaria, dan sifilis. (Manuaba, 2010;h. 289)

4) Riwayat obstetric ibu

a) Riwayat haid

Pada kajian abortus ditandai dengan gejala keterlambatan datang bulan atau amenorea kurang dari 20 minggu terjadi perdarahan yang disertai sakit perut, dan dapat diikuti oleh pengeluaran hasil konsepsi. (Manuaba, 2010;h. 291). Pada abortus inkomplit ditandai dengan adanya perdarahan memanjang hingga terjadi keadaan anemis. (Manuaba, 2010;h. 291), dan adanya rasa nyeri atau kontraksi rahim. (Sastrawinata, 2005;h. 7).

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. (Myles, 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

Pada kehamilan sekarang pasien atau klien mengeluh mengalami keterlambatan haid (amenorea) kurang dari 20 minggu yang disertai perdarahan pervaginam, padat, disertai jaringan dan rasa nyeri atau kram terutama di daerah supra simfisis. (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).

5) Riwayat perkawinan

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

6) Riwayat KB

Tidak ada bukti yang mendukung bahwa kontrasepsi oral atau zat spermisida yang digunakan dalam krim dan jeli kontrasepsi menyebabkan peningkatan kejadian abortus. Namun alat kontrasepsi dalam rahim berkaitan dengan

peningkatan insiden abortus septik setelah kegagalan kontrasepsi. (Cunningham, 2006;h. 955).

7) Pola kebutuhan sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Tidak ada bukti yang meyakinkan bahwa defisiensi salah satu zat gizi atau defisiensi sedang semua nutrisi merupakan penyebab abortus. Mual dan muntah yang timbul agak sering pada awal kehamilan. (Cunningham, 2006;h. 954). Bagi pasien yang mengkonsumsi kopi dalam jumlah lebih dari empat cangkir perhari tampaknya sedikit meningkatkan resiko abortus. Apabila mengkonsumsi kafein dalam jumlah sedang kecil kemungkinan menyebabkan abortus spontan. (Cunningham, 2006;h. 955).

b) Pola Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui kebiasaan ibu buang air besar maupun buang air kecil selama kehamilan, buang air kecil normalnya 500cc/24 jam, (Manuaba, 2010; h. 94). Pada kasus abortus tidak ada pengaruh terhadap buang air besar melainkan pada buang air kecil perlu dilakukan pemantauan volume urine selama 24 jam (Manuaba, 2007; h. 690).

c) Pola Aktivitas

Peningkatan resiko abortus spontan pada wanita yang terpapar gas-gas anestesik ditempat kerja. (Cunningham, 2006;h. 955)

d) Pola Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien atau klien pada kasus abortus inkomplit untuk mempersiapkan energi menghadapi proses kuretase. (Manuaba. 2007; h. 688)

e) Pola Seksual

Senggama terakhir terpengaruh terhadap nyeri atau perdarahan yang dialami. (Kriebs dan Gegor, 2010; h. 248).

8) Kultural

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) Lingkungan yang berpengaruh

Pada lingkungan yang terpapar bahan tertentu seperti arsen, timbal, formaldehida, benzena, dapat menyebabkan abortus. (Cunningham, 2006;h. 955). Dan dalam dosis yang memadai, radiasi adalah suatu bukti bahwa tidak ada peningkatan resiko aborsi dari dosis radiasi 5 Rad. (Kenneth, J, 2009;h. 59)

Pada lingkungan yang berpengaruh terdapat hewan seperti kucing, tikus, dan hewan pemeliharaan lain, berpengaruh dapat menimbulkan cacat kongenital yang berat serta multipel, persalinan prematur atau abortus. Jalur kontaminasinya meliputi dari makanan yang terkontaminasi oleh kotoran hewan tersebut dalam bentuk kista yang tidak mati saat dimasak. (Manuaba,2010;h.340)

b. Data Objektif

1) Keadaan Umum

Pada abortus inkomplit keadaan umum pasien atau klien terlihat lemah, karena terjadi perdarahan memanjang sampai kejadian anemis. (Manuaba, 2010;h. 294)

2) Kesadaran

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

3) TTV

a) TD

Pada tekanan darah ibu pada waktu hamil dapat mempengaruhi proses kehamilan. Pada ibu yang mengalami abortus inkomplit dimana ibu merasa cemas atau gelisah

sehingga tekanan sistolik dapat mengalami peningkatan palsu. Tekanan darah yang normal adalah sistolik 110-120 mmHg sedangkan diastolik 70-80 mmHg. (Myles,2009;h.254).

b) Nadi

Frekuensi nadi normalnya 60-90 kali per menit. Takikardi bisa terjadi pada keadaan cemas, hipertiroid, dan infeksi. Nadi di periksa selama satu menit penuh untuk dapat menentukan keteraturan detak jantung. Nadi di periksa untuk menentukan masalah sirkulasi tungkai, nadi seharusnya sama kuat dan teratur. (Mitayani;2009.h.5).

Adapun reverensi lain menyebabkan bahwa pada kejadian abortus yang mengalami syok maka frekuensi nadi lebih dari 112 kali per menit. (Prawirohardjo, 2009; h. 148).

c) Pernafasan

Frekuensi pernafasan selama hamil berkisar antara 16-20 kali per menit, terjadi karena adanya infeksi pernafasan atau penyakit jantung. Suara napas harus sama bilateral, ekspansi paru simetris, dan lapangan paru bebas dari suara napas abdominal. (Mitayani;2009.h.5).

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

d) 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)

e) Berat Badan

Bertujuan untuk mengetahui kenaikan berat badan ibu selama hamil dalam keadaan normal atau tidak, dimana penambahan berat badan selama kehamilan, dikatakan normal antara 6,5 kg sampai 16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,6 kg/minggu. (Manuaba, 2010; h. 95)

4) Status Present

a) Muka

Dikaji muka untuk melihat apakah ada pigmentasi kulit yaitu chloasma gravidarum yang terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas. Pigmentasi ini terjadi karena pengaruh dari hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. (wiknjosastro H, 2007, h. 126). Kemudian dikaji keadaan selaput mata pucat atau merah, adakah oedema muka. (FKU Padjajaran, 1983. H. 159)

Pada abortus inkomplit muka pasien terlihat pucat, karena pada kejadian abortus inkomplit mengalami

perdarahan memanjang, hingga terjadi keadaan anemis.
(Manuaba,2010;h.294).

b) Mata

Pada pasien yang mengalami abortus inkomplit konjungtiva terlihat anemis, karena mengalami perdarahan banyak. (Manuaba, 2010;h.294).

c) Leher

Dikaji untuk melihat daerah leher terjadi pigmentasi kulit, menjadi lebih hitam. Ini dipengaruhi oleh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. (Wiknjosastro H, 2007;h. 126)

Autoantibodi tiroid meningkatkan kejadian abortus walaupun tidak terjadi hipotiroidisme yang nyata. (Cunningham, 2006;h. 954).

d) Payudara

Mamae membesar, puting susu semakin menonjol, areola hiperpigmentasi, kelenjar montgomeri terlihat jelas, karena dipengaruhi oleh *melanophore stimulating hormone* (MSH). (Manuaba, 2010;h. 107-108).

e) 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. (Myles,2009;h. 258). Rahim membesar sesuai dengan umur

kehamilan (Manuaba, 2010;h. 108). Dan bunyi jantung janin bisa terdengar pada akhir bulan ke V, walaupun dengan ultrasound sudah dapat didengar pada akhir bulan ke III. (FKUP Bandung, h. 169)

Pada kajian abortus ditandai adanya nyeri perut dan ikuti oleh pengeluaran hasil konsepsi. (Manuaba, 2010; h. 291). Dan pada abortus inkomplit ditandai dengan adanya nyeri atau kontraksi rahim. (Sastrawinata, 2005;h. 7), serta bunyi jantung janin tidak bisa terdengar.

f) 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). Dan pada pemeriksaan dalam dijumpai tanda hegar, tanda chadwick, tanda piscaseck, dan teraba ballotemen. (Winkjosastro, 2007;h. 126).

5) Status obstetrikus

a) Inspeksi muka

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

b) 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)

c) Abdomen

Adanya strea nigra dan linea alba makin hitam, karena dpengaruhi oleh *melanophore stimulating hormone* (MSH). (Manuaba, 2010;h. 107)

d) 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)

e) 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 piscaseck, dan teraba ballotemen. (Winkjosastro, 2007;h. 126).

6) Pemeriksaan penunjang

a) USG

Gambaran abortus inkomplit tidak spesifik, bergantung pada usia kehamilan dan banyaknya sisa jaringan konsepsi yang tertinggal di dalam kavum uteri. Kadang-kadang gambaran sisa konsepsi sulit dibedakan dari bekuan darah. (Prawirohardjo, 2008;h. 256).

b) Tes Darah

Untuk mengetahui masa dalam pembekuan darah, perdarahan, golongan darah, kadar haemoglobin, sehingga dapat segera diketahui penyakit yang diderita pasien seperti anemia, diabetes melitus atau tidak. (Myles, 2009;h. 254)

Bisa juga dalam perdarahan jumlah Hb menurun, ini diakibatkan karena banyak darah yang dikeluarkan. Perdraahan hebat juga bisa menyebabkan naiknya angka leokosit, dan ini bisa menyebabkan infeksi. Perdarahan yang sedikit bisa diperoleh angka leokosit yang normal. (Sastrawinata, 2005;h.21)

c) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium sangat penting karena untuk bisa menegakan diagnosa yang tepat (real). Sehingga bisa memberikan terapi yang tepat juga. Selain itu pemeriksaan USG sangat bermanfaat pada kejadian abortus, untuk menilai keadaan mudigah/ janin, serta luasnya daerah perdarahan

intrauterin. Hal ini penting untuk menentukan prognosis kehamilan selanjutnya. (Prawirohardjo, 2007; h. 14).

Langkah II : INTERPRETASI DATA

a. Diagnosa Kebidanan

Ny... umur...tahun G... P... A... usia kehamilan... minggu dengan abortus incomplit. Dari teori peningkatan kejadian abortus juga dipengaruhi oleh paritas ibu. (Cunningham, 2006; h. 951)

Data Dasar

1) Data Subjektif

- a) Biasanya abortus terjadi pada atau sebelum umur kehamilan 20 minggu, atau buah kehamilan belum mampu hidup diluar kandungan. (Saiffudin, 2009;h. 460).
- b) Riwayat kehamilan apabila ibu mengalami kehamilan lagi dalam waktu 3 bulan setelah melahirkan bayi aterm. (Cunningham, 2006; h. 951).
- c) Terjadinya resiko abortus terdeteksi pada wanita usia kurang dari 20 tahun dan juga mereka yang usianya lebih dari 40 tahun. (Cunningham, 2006; h. 951).
- d) Adanya pengeluaran perdarahan pervaginam, padat disertai jaringan dan rasa nyeri atau kram terutama di daerah supra simfisis. (Achadiat, 2009; h. 27).

2) Data Objektif

a) Keadaan Umum

Pada abortus inkomplit keadaan umum pasien atau klien terlihat lemah, karena terjadi perdarahan memanjang sampai terjadi keadaan anemis. (Manuaba, 2010; h. 294)

b) Tanda –tanda Vital

(1) Tekanan Darah

Pada tekanan darah ibu pada waktu hamil dapat mempengaruhi proses kehamilan. Pada ibu yang mengalami abortus incomplit dimana ibu merasa cemas atau gelisah sehingga tekanan sistolik dapat mengalami peningkatan palsu. Tekanan darah yang normal adalah sistolik 110-120 mmHg sedangkan diastolik 70-80 mmHg. (Myles, 2009; h. 254).

(2) Nadi

Pada kejadian abortus sampai dengan syok maka frekuensi nadinya >90x/menit. (Manuaba, 2007; h. 690)

(3) Suhu

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

(4) Respirasi

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

c) Abdomen

Pada kajian abortus ditandai adanya nyeri perut dan diikuti oleh pengeluaran hasil konsepsi. (Manuaba, 2010; h. 291). Dan pada abortus inkomplit ditandai dengan adanya nyeri atau kontraksi rahim. (Sastrawinata, 2005;h. 7).

d) Genetalia

Pada kasus abortus inkomplit akan mengalami perdarahan yang banyak dan sebagian hasil konsepsi telah keluar namun sebagian masih tertinggal di dalam rahim dan ostium uteri eksternum. (Achadiat, 2004;h. 27).

e) Pemeriksaan dalam

Pada pemeriksaan dalam ostium uteri terbuka teraba sisa jaringan buah kehamilan. (Sastrawinata, 2005; h. 7).

f) Pemeriksaan penunjang

(1) USG

Gambaran abortus inkomplit tidak spesifik, bergantung pada usia kehamilan dan banyaknya sisa jaringan konsepsi yang tertinggal di dalam kavum uteri. Kadang-kadang gambaran sisa konsepsi sulit dibedakan dari bekuan darah. (Prawirohardjo, 2008;h. 256).

(2) Tes Darah

Untuk mengetahui masa dalam pembekuan darah, perdarahan, golongan darah, kadar haemoglobin, sehingga dapat segera diketahui penyakit yang diderita

pasien seperti anemia, diabetes melitus atau tidak.
(Myles, 2009;h. 254)

Bisa juga dalam perdarahan jumlah Hb menurun, ini diakibatkan karena banyak darah yang dikeluarkan. Perdraahan hebat juga bisa menyebabkan naiknya angka leukosit, dan ini bisa menyebabkan infeksi. Perdarahan yang sedikit bisa diperoleh angka leukosit yang normal.
(Sastrawinata, 2005;h.21)

(3) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium sangat penting karena untuk bisa menegakan diagnosa yang tepat (real). Sehingga bisa memberikan terapi yang tepat juga. Selain itu pemeriksaan USG sangat bermanfaat pada kejadian abortus, untuk menilai keadaan mudigah/ janin, serta luasnya daerah perdarahan intrauterin. Hal ini penting untuk menentukan prognosis kehamilan selanjutnya.
(Prawirohardjo, 2007; h. 14).

b. Masalah

Perasaan cemas karena terjadi perdarahan panjang sampai terjadi anemis dan nyeri perut yang hebat, sehingga dalam hal ini pasien perlu mendapatkan dukungan psikologis. (Manuaba, 2010;h.294)

Langkah III : DIAGNOSA POTENSIAL

1) Perdarahan

Perdarahan dapat terjadi sedikit dalam waktu yang panjang atau lama yang mendadak banyak sehingga menimbulkan syok. (Manuaba, 2010;h. 291)

2) Perforase

Dapat terjadi perforase dengan gejala kuret terasa tembus, penderita kesakitan, penderita syok, dan dapat terjadi perdarahan dalam perut dan infeksi dalam abdomen. (Manuaba, 2010; h. 291).

3) Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (Syok hemoragik) dan karena infeksi berat (Syok endoseptik). (Prawirohardjo, 2010;h. 312)

4) Degenerasi ganas

Keguguran dapat menjadi korio karsinoma sekitar 15-20 %. Gejala korio karsinoma adalah terdapat perdarahan berlangsung lama, terjadi pembesaran atau perlunakan rahim, terhadap metastase ke vagina atau lainnya. (Manuaba, 2010; h. 291)

Dan komplikasi atau penyulit yang menyertai kejadian abortus diantaranya perdarahan , degenerasi, penyulit saat melakukan kuretase, dan infeksi. (Manuaba,2010;h.291).

**Langkah IV : IDENTIFIKASI KEBUTUHAN AKAN TINDAKAN
SEGERA ATAU KOLABORASI DAN KONSULTASI**

1. Memberikan infus larutan RL
2. Konsultasi dengan dokter obgyn
3. Menunggu advice dokter

Untuk kebutuhan yang harus dilakukan yaitu penatalaksanaan abortus incomplit dimana membutuhkan anamnesa yang terarah mengenai riwayat suami dan istri dan pemeriksaan fisik baik anatomis maupun laboratorik. Jika abortus terjadi pada trimester pertama atau kedua juga untuk diperhatikan. Apabila terjadi pada trimester pertama maka banyak faktor yang harus dipahami dengan kemungkinan dari etiologi dan mekanisme terjadinya abortus. Dan apabila terjadi pada trimester kedua maka faktor-faktor penyebab lain cenderung pada anatomis, terjadinya incompetensia serviks. Maka penanganannya adalah sebagai berikut:

1. Tentukan besar uterus (taksiran usia gestasi) kenali dan atasi setiap komplikasi (perdarahan hebat, syok, infeksi atau sepsis).
2. Hasil konsepsi yang terperangkap dalam serviks yang disertai perdarahan hingga ukuran sedang, dapat dilakukan secara digital atau cunam ovum, setelah itu evaluasi perdarahan:
 - a. Bila perdarahan berhenti berikan ergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol 400 mg per oral.
 - b. Bila perdarahan terus berlangsung, evaluasi hasil konsepsi dengan AVM (Aspirasi Vakum Manual) atau D&K (pilihan

tergantung usia gestasi, pembukaan serviks dan keberadaan bagian-bagian janin).

3. Bila tidak ada tanda-tanda infeksi, beri antibiotika profilaksis (ampisilin 500 mg oral atau doksisisiklin 100 mg).
4. Bila terjadi infeksi, beri ampisilin 1gr secara IV dan metranodazol 500 mg setiap 8 jam per oral.
5. Bila terjadi perdarahan hebat dan usia gestasi dibawah 16 minggu, segera evakuasi dengan AVM (Aspirasi Vakum Manual), jika evakuasi belum dapat dilakukan segera beri ergometrin 0,2 mg IM (diulangi setelah 15 menit jika perlu) atau misoprostol 400 mg per oral (dapat diulangi 4 jam jika perlu).
6. Jika kehamilan lebih daro 16 minggu, maka berikan infuse oksitosin 20 unit dalam 500ml secara IV (gram fisiologi/ranger laktat) dengan kecepatan 40 tetes/ menit sampai ekspulsi hasil konsepsi). Jika perlu berikan misoprostol 200 mg pervaginam setiap 4 jam sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi (maksimul 80mg) kemudian sisa hasil konsepsi yang tertinggal dalam uterus.
7. Bila pasien tampak anemik, berikan sulfas ferosus 600mg perhari selama 2 minggu (anemia sedang) atau tranfusi darah (anemia berat). (Prawirohardjo, 2008; h. 150).

Langkah V : PERENCANAAN ASHAN MENYELURUH

Dengan kasus abortus inkomplit rencana asuhan tindakan yang dapat dilakukan adalah:

Informed consent kepada ibu dan suami jika tidak ada bisa diwakilkan dengan anggota keluarga lainnya, kemudian awasi keadaan

umum dan TTV, beritahu ibu tentang informasi kehamilannya, Jika terjadi tanda-tanda syok maka atasi dahulu dengan pemberian cairan dan tranfusi darah. Kemudian keluarkan jaringan secepat mungkin dengan metode digital dan kuretase. Setelah itu beri obat uterotonika dan antibiotika.

Langkah VI : PELAKSANAAN RENCANA

Pelaksanaan tindakan sesuai perencanaan kasus abortus incomplit, yaitu:

- 1) Menentukan besar uterus (taksiran usia gestasi), kenali dan atasi setiap komplikasi.
- 2) Hasil konsepsi yang terperangkap pada serviks yang disertai perdarahan hingga ukuran sedang, dapat dikeluarkan secara unam ovum. Setelah itu evaluasi perdarahan:
 - a) Bila perdarahan berhenti, beri ergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol 400 gr per oral.
 - b) Bila perdarahan terus berlangsung, evaluasi hasil konsepsi dengan AVM atau D&K tergantung dari usia gestasi, pembukaan serviks dan keberadaan bagian-bagian janin.
 - c) Bila tidak ada tanda-tanda infeksi, beri antibiotik profilaksis (ampisilil 500gr oral atau dosisiklin 100 gr).
 - d) Bila terjadi infeksi, beri ampisilin 1 gr dan metranodazole 500 mg setiap 8 jam.
 - e) Bila terjadi perdarahan hebat dan usia gestasi dibawah 16 minggu segera lakukan evakuasi dengan AVM.

- f) Bila pasien tampak anemik, berikan sulfas ferosus 600mg per hari selama 2 minggu pada anemia sedang atau transfuse darah pada anemia berat. (Prawirohardjo, 2008; h. 150)

Untuk kasus abortus inkomplit erat kaitannya dengan abortus tidak aman, oleh karena itu perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a) Pastikan tidak ada komplikasi berat seperti sepsis, perforasi uterus dan cedera intra abdomen (mual-muntah, nyeri pinggang, demam, perut kembung, nyeri perut bawah, dinding perut tegang).
- b) Bersihkan ramuan tradisional, jamu, bahan kuastik, kayu atau benda-benda lainnya dari region genitalia.
- c) Berikan boster tetanus toksoid 0,5 ml bila tampak luka kotor pada dinding vagina atau kanalis servisis dan pasien pernah diimunisasi.
- d) Bila riwayat pemberian imunisasi tidak jelas, berikan serum antio tetanus (ATS) 1500 unit IM diikuti dengan pemberian tetanus toksoid 0,5 ml setelah 4 minggu.
- e) Konseling untuk kontrasepsi pasca keguguran dan pemantauan lanjut. (Prawirohardjo, 2008; h. 151).

Langkah VII : EVALUASI

Memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan pasien atau klien maupun kebutuhan perawatan kesehatan, dikatakan berhasil apabila perdarahan berhenti, keadaan pasien membaik dan tidak anemis, serta suhu badan kembali normal. (Manuaba, 2010;h. 294)

D. Aspek Hukum

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 :

1. Pelayanan kesehatan ibu;
2. Pelayanan kesehatan anak; dan
3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

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

1. 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.
2. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
 - a. Pelayanan konseling pada masa pra hamil;
 - b. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal;
 - c. Pelayanan persalinan normal;
 - d. Pelayanan ibu nifas normal;
 - e. Pelayanan ibu menyusui;

- f. Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.
3. Bidan dalam memberikan pelayanan sebagai mana dikasud pada ayat 2 berwenang untuk :
- a. Episiotomi;
 - b. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
 - c. Penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - d. Pemberian tablet Fe pada ibu hamil;
 - e. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
 - f. Fasilitasi/ bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
 - g. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan post partum ;
 - h. Penyuluhan dan konseling;
 - i. Bimbingan pada kelompok ibu hamil;
 - j. Pemberian surat keterangan kematian; dan
 - k. Pemberian surat keterangan cuti bersama.